

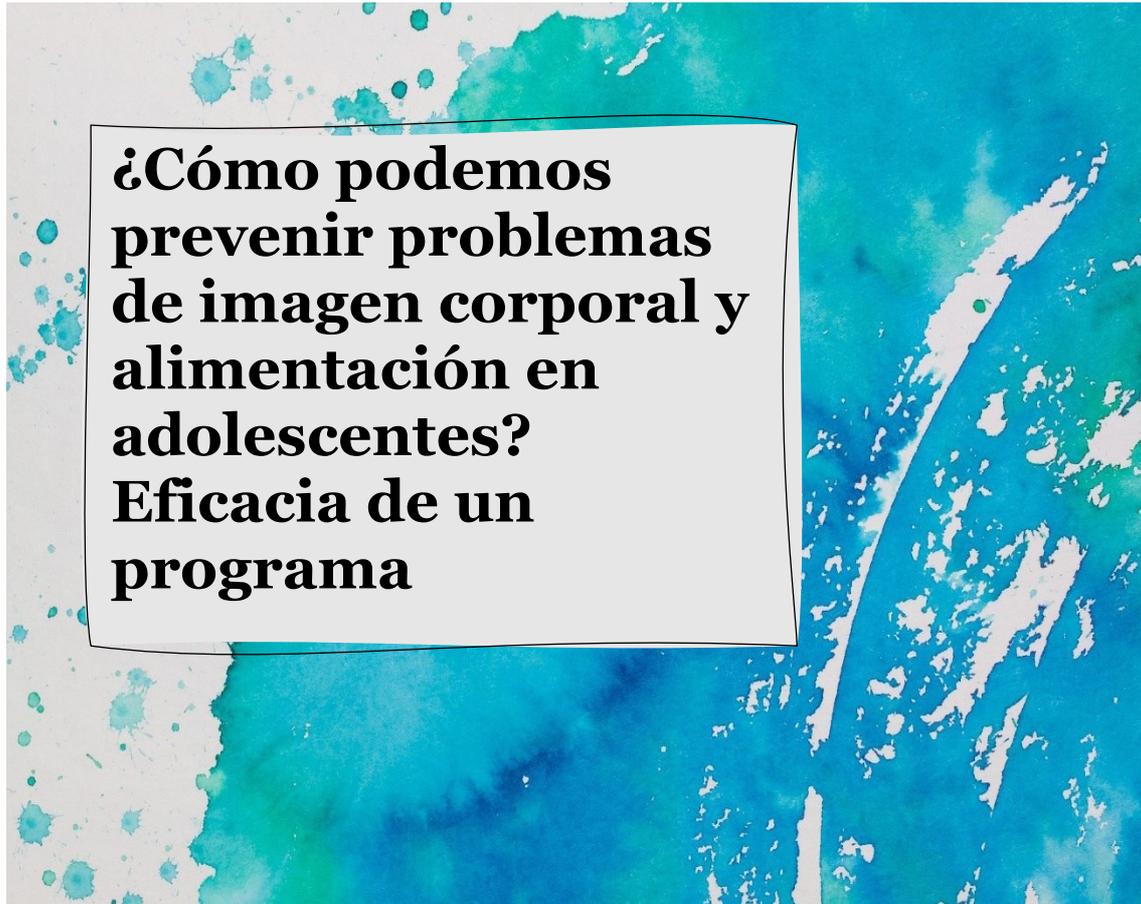


Universitat Autònoma de Barcelona

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.



**¿Cómo podemos
prevenir problemas
de imagen corporal y
alimentación en
adolescentes?
Eficacia de un
programa**

Olga Jordana Ovejero

Directora y tutora: María Soledad Mora Giral

Tesis Doctoral

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Facultad de Psicología

UAB

**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Bellaterra, 2022



"La semilla del sufrimiento puede ser fuerte, pero no esperes a que deje de haber sufrimiento para permitirte ser feliz."

Thich Nhat Hanh



"When some bodies are held up as examples of what not to look like and who not to be, all of us suffer. It creates a culture of judgement and rejection, which leads to a world of hurt and shame".

Lindo Bacon



*"Despidiendo últimamente
Todo lo que sucedió
Hoy, saludo mi presente
Y gusto de este dulce adiós"*

-Soledad y el Mar-

Natalia Lafourcade y David Aguilar



Agradecemos el apoyo financiero brindado para la realización de esta tesis doctoral por parte del *Ministerio de Economía y Competitividad (España)* con una Beca denominada: Prevención de problemas relacionados con el peso y la imagen corporal en la escuela: intervención integral y ecológica con referencia: PSI2013-47212- P.



Me gustaría también agradecer:

A mi familia, en especial a mis padres, Beatriz y Josep. A mi tío Jordi y al recuerdo precioso de mi abuela Ángela. Además, de Jenny, Francisco, Roberto, Anita y familia de Bellaterra como estructuras de barcos fuertes y hogareños.

A mi pareja, Tomás, como cada *beat* de swing. Muy difícil de seguir el ritmo, la armonía y la serenidad, sin él.

A mi directora y profesora, Marisol y a mis mentoras Rosa M Raich, Paola, Sonia y Marcela como mapas repletos de apasionantes incógnitas, atajos y rutas ejemplares.

Al equipo UAIC y al resto de investigadores que he tenido la suerte de cruzarme en este emocionante viaje, en especial a Magda, Lucero e Irene, como velas de un barco que sorteja continuamente olas y vendavales.

A mis amigos, sobre todo a Marina, Elisenda, Alba Torra y Tomàs, Laura y Marga que me han brindado grandes pinceladas de cariño, desahogos, creatividad, oportunidades y perseverancia.

A los alumnos, padres y tutores, profesores y equipo de dirección de *l'escola Grèvol*, Poeta Maragall, *col·legi Urgell*, *Institut XXV Olimpiada*, *Escola Pia Sarrià* y FEDAC Cerdanyola.

A mis compañeros de trabajo y miembros de dirección laboral por permitirme tiempo, recursos y competencias, José Luis, Teresa, Helena, Judith, Jordi y Montse.

Y a tantas otras personas que han influido en este camino.

Gracias de corazón

Se ruega enviar cualquier petición o sugerencia a **jordana.olga@gmail.com**

Índice

1. Introducción.....	15
1.1. Factores de riesgo.....	18
1.1.1. Perfeccionismo.....	18
1.1.2. Índice de Masa Corporal (IMC).....	18
1.1.3. Presión e interiorización de los ideales estéticos.....	19
1.1.3.1. Presión ejercida por los iguales.....	19
1.1.3.2. Presión ejercida por los familia.....	20
1.1.3.3. Presión ejercida por los medios.....	21
1.1.3.4. Interiorización de los ideales de belleza.....	23
1.1.4. Género.....	24
1.1.5. Presencia de dieta.....	25
1.2. Factores protectores.....	26
1.2.1. Autoestima.....	26
1.2.2. Satisfacción corporal.....	28
1.2.3. Inteligencia emocional.....	29
1.2.3.1. Razón o emoción. La evolución de un nuevo paradigma.....	29
1.2.3.2. Relación de la Inteligencia Emocional con los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA).....	31
1.2.3.3. Componentes de la educación emocional.....	22
1.3. Modelos etiológicos y subyacentes a los programas de prevención de los TCA.....	34
1.3.1. Modelo estético en los medios de comunicación.....	35
1.3.2. Teoría del Cultivo.....	35
1.3.3. Teoría de la Influencia Tripartita.....	36
1.3.4. Teoría de la Comparación Social.....	36
1.3.5. Modelo Biopsicosocial.....	37
1.3.6. Modelo de aprendizaje o modelo cognitivo-social.....	38
1.3.7. Modelo feminista o auto objetivación.....	38
1.3.8. Modelo de Habilidades Generales.....	38
1.3.9. Teoría de la Disonancia Cognitiva.....	38
1.3.10. Modelo de Vulnerabilidad no Especifica.....	39
1.4. Programas de prevención de los problemas relacionados con el peso, la imagen corporal y la alimentación.....	39

1.5. Objetivos e hipótesis.....	95
1.5.1. Primer estudio.....	95
1.5.2. Segundo estudio.....	95
2. Método de ambos estudios.....	96
2.1. Diseño.....	97
2.2. Participantes.....	98
2.3. Instrumentos.....	99
2.4. Procedimiento.....	100
2.5. Programa.....	104
2.6. Análisis de datos.....	105
3. Artículo publicado (1 ^{er} estudio).....	109
4. Resultados.....	120
4.1. Análisis descriptivos de ambos estudios.....	121
4.2. Segundo estudio.....	121
4.2.1. Resultados de las ecuaciones estructurales.....	124
5. Discusión.....	128
5.1. Primer estudio.....	129
5.1.1. Satisfacción corporal e Inteligencia Emocional.....	132
5.1.2. Internalización de los ideales estéticos.....	132
5.1.3. Dietas.....	133
5.1.4. Implicaciones.....	135
5.1.5. Limitaciones.....	136
5.1.6. Líneas futuras.....	136
5.2. Segundo estudio.....	138
5.2.1. Internalización de los ideales belleza.....	138
5.2.2. IMC (chicos).....	139
5.2.3. Autoestima y satisfacción corporal.....	140
5.2.4. Inteligencia emocional (chicos).....	140
5.2.5. Perfeccionismo.....	141
5.2.6. IMC (chicas).....	141
5.2.7. Inteligencia Emocional (chicas).....	142
5.2.8. Implicaciones.....	144
5.2.9. Limitaciones.....	144
5.2.10. Líneas futuras.....	144
6. Conclusiones.....	146
6.1. Primer estudio.....	147

6.2. Segundo estudio.....	147
7. Referencias.....	149
8. Anexo.....	186
8.1. Hoja informativa dirigida a padres de los alumnos pertenecientes al grupo experimental.....	187
8.2. Hoja informativa dirigida a padres de los alumnos pertenecientes al grupo control.....	188
8.3. Consentimiento informado dirigido a padres de los alumnos pertenecientes del grupo experimental.....	189
8.4. Consentimiento informado dirigido a padres de los alumnos pertenecientes al grupo control	191
8.5. Instrucciones de evaluación.....	193
8.6. Dossier de evaluación chica.....	197
8.7. Dossier de evaluación chica.....	205
8.8. Consentimiento informado de difusión actividad activismo.....	212
8.9. Cuestionario de alfabetización de medios chica.....	213
8.10. Cuestionario de alfabetización de medios chico.....	214
8.11. Feedback de los agentes implicados.....	215
8.11.1. Feedback de los participantes.....	215
8.11.2. Feedback de los profesores.....	215
8.11.3. Feedback de los padres y/o tutores.....	215

Lista de abreviaturas, siglas y acrónimos

AM: Alfabetización de Medios/ alfabetización de medios

AN-P: Anorexia Nerviosa Purgativa

AN-R: Anorexia Nerviosa Restrictiva

ARFID: Trastorno evitativo Restrictivo de la Ingesta

AT: Atención emocional

BASS: Body Areas Satisfacti-on Scale

BES: Body Esteem Scale

BN-P: Bulimia Nerviosa Purgativa

BN-R: Bulimia Nerviosa restrictiva

BUILT: The Bulimia's Test

BSQ: Body Shape Questionnaire

CAPS: Escala de perfeccionismo para Niños y Adolescentes / The Child and Adolescent Perfectionism Scale

CDRS: Contour Drawing Rating Scale

CES-D: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CHEAT: The Children's Eating Attitude Test

Ch-EDE-Q: Children's Eating Disorder Examination-Questionnaire

CIMEC: Influences on Body Shape Model

CLA: Claridad emocional

CSI: The Coping Strategies Inventory

DEBQ: Dutch Eating Behavior Questionnaire

DM: Dismorfia muscular o vigorexia

DS: Desviación estándar

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EAT: Eating Attitudes Test/ Cuestionario de Actitudes hacia la Comida

EDE-Q: Eating Disorder Examination

EDI: The Drive for Thinness scale from the Eating Disorder Inventory

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

EEUU: Estados Unidos

FBG: Las imágenes de figuras corporales

FRS: The Children's Body Figure Rating Scale

HHSS: Habilidades Sociales

IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña

IMC: Índice de Masa Corporal

ISE: Index of Self-Esteem

KEDS: Kid's Eating Disorder Survey

KQ: Knowledge Questionnaire

MBSRQ: The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

MCS: Modelo Cognitivo Social

MF: Modelo feminista o de auto objetivación

MSWS: Multidimensional Self Concept Scale

NUT: Nutrición

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSFED: Otros trastornos específicos de la alimentación y del comer

PANAS-N: Negative affect scale

PH-2: The Piers-Harris second edition

POTS: The Perception of Teasing Scale

PSQ: Perceived Stress Questionnaire

QÜIC: Qüestionari d'Imatge Corporal/Body Image Questionnaire/Cuestionario de imagen corporal

RE: Reparación emocional

RSE: Rosenberg Self-Esteem Scale/ Escala de Autoestima de Rosenberg

SATAQ: Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire

SES: Nivel socioeconómico

SES: The Self-Esteem Scale

SCOFF: Sick, Control, One, Fat, Food

SIQYA: McKnight Risk Factor Study Survey

SPPC: Self-Perception Profile for Children

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

STROBE: The Reporting of Observational Studies in Epidemiology

STSS: The Silencing the Self Scale

TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria

TDC: Trastorno Dismórfico Corporal

TDC: Teoría de la Disonancia Cognitiva

TMMS: Trait Meta-Mood Scale/ Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales

TpA Trastorno por atracón

TV: Televisión

TVNE: Teoría de Vulnerabilidad No Específica

WCS: Weight Concerns Scale

YRBS: Youth Risk Behavior Survey

A watercolor splash graphic in shades of blue, teal, and purple, centered on the page. The word "Introducción" is written in a black serif font over the splash.

Introducción

Introducción

La Asociación de Psicología Americana y las guías NICE [NG69] constatan que los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) están asociados con comorbilidades físicas y mentales graves, costes económicos y un alto índice de recaídas.

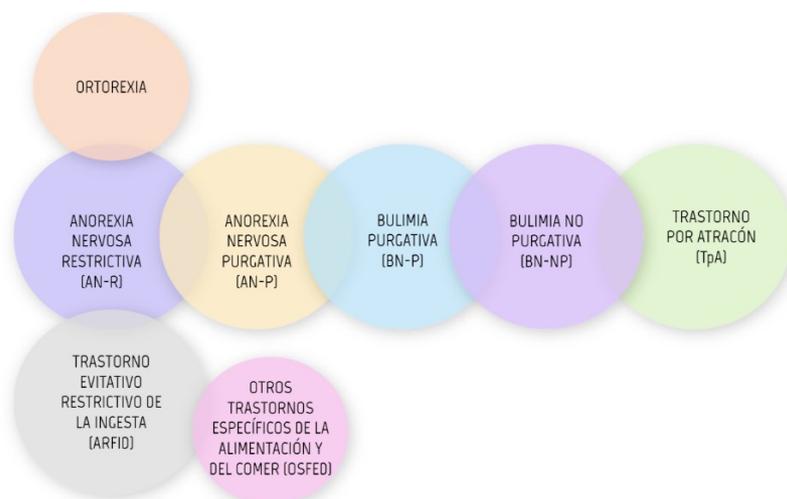
Alrededor de entre un 45- 58,8% de las chicas y el 20-28,6% de los chicos realizan conductas, algunas de ellas normalizadas, con la finalidad de alcanzar el peso, la apariencia y la figura ideales y que afectan a su salud a corto y a largo plazo (Neumark-Sztaine et al., 2006; Zhang et al., 2011)

Cabe destacar que un estudio reciente que incluía los TCA no especificados y examinaba 5.191 adolescentes, según los criterios diagnósticos del DSM-5, detectó que los TCA eran frecuentes, el 22,2% cumplían criterios para un diagnóstico. El 13,6% dicha sintomatología le ocasionaba angustia grave y problemas de adaptación funcional. Los autores informaron que sus resultados eran coherentes con estudios anteriores (Mitchison, et al., 2020).

Algunos autores contemplan que los factores de riesgo, precipitantes, de mantenimiento y factores protectores, así como síntomas y consecuencias se comparten entre varios TCA, otros trastornos clasificados en los trastornos obsesivos compulsivos del DSM-5, como la dismorfia muscular o vigorexia (DM) o Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) y algunas casuísticas de obesidad. Una misma persona afectada por algún TCA puede evolucionar a otras categorías diagnósticas. Por eso, tanto el tratamiento como la prevención suele contemplarse desde una perspectiva transdiagnóstica (Fairburn, 1998; Raich. 2017).

Figura 1

Trastornos de Conducta Alimentaria y otros trastornos contemplados desde una perspectiva transdiagnóstica



Consecuentemente, es eminente investigar los factores de riesgo y factores protectores. Asimismo, encontramos una tendencia a focalizarse en los primeros. A pesar de que, según un metaanálisis que analizaba el valor predictivo del desarrollo de los TCA de los principales factores de riesgo ampliamente estudiados, éstos solo contribuían a un rango de pequeño a moderado. Lo cual sugiere la importancia de añadir variables no contempladas (Stice, 2002). De manera análoga, los factores protectores son vitales para planificar e implementar prevención con efectos de un tamaño y duración superiores.

Además, según la OMS, la reducción de enfermedad no representa salud o bienestar (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010; Noordenbos, 2016, Piran, 2017). Algunos autores clasifican los factores en distales o históricos (IMC, perfeccionismo, autoestima...) y proximales (ej. experiencias diarias de presión y exposición de los agentes socializadores). Otros investigadores clasifican los factores en fijos (ej. adolescencia, etnia o personalidad) o bien, modificables (autoestima, internalización, inteligencia emocional...).

A continuación, se hace referencia a los principales factores de riesgo y protectores.

Factores de riesgo

Perfeccionismo. Se suele contemplar como un constructo multidimensional formado por el perfeccionismo auto prescrito y el socialmente prescrito. Ambos tipos se caracterizan por asumir metas irrealistas, una alta preocupación por equivocarse y continuas comprobaciones de su rendimiento. Lo cual desemboca en un gran malestar. La diferencia principal entre ambos es que el socialmente prescrito consiste en la percepción que los demás exigen perfección, mientras que el auto prescrito, la exigencia reside en uno mismo (Hewitt et al., 1991).

El perfeccionismo ha sido uno de los factores de riesgo más mencionados en la literatura, asociando la presencia de éste con el incremento del riesgo de padecer sintomatología alimentaria (Boone et al., 2012).

De hecho, según estudios longitudinales es un factor de la personalidad transversal en varios diagnósticos tanto de TCA como en psicopatología general (Keel, y Forney, 2013; Farstad et al., 2016; Johnston et al., 2018; Dahlenburg et al., 2019).

Referente a estudios que siguen metodología de ecuaciones estructurales o similares, destacamos en primer lugar, un estudio con una muestra de adolescentes (edad media=14,2) cuyos resultados hallaron una relación positiva entre el perfeccionismo y los síntomas de los TCA, especialmente cuando había un alto nivel de impulsividad (Boone et al., 2014). En segundo lugar, destacamos un estudio longitudinal con una muestra de chicas adolescentes de entre 12 y 15 años que también halló que el nivel de perfeccionismo se asociaba con un aumento de la sintomatología de los TCA (Boone et al., 2014).

IMC. La adolescencia se asocia con cambios físicos que alteran el IMC, incrementando normalmente el peso y alterando la imagen corporal (Ricciardelli y Yager, 2015).

Una elevada adiposidad se relaciona con más insatisfacción corporal, presiones de los agentes socializadores (familia, iguales y amigos) para adelgazar y conductas para llevarlo a cabo (Stice, 2002; Bearman et al., 2006).

Varios estudios refieren que es un factor de riesgo para la insatisfacción corporal (Paxton et al., 2006).

Ciertamente, algunos estudios longitudinales obtienen resultados que podrían sugerir relación del IMC con actitudes y conductas alimentarias alteradas (Quick et al., 2013). Asimismo, cabe destacar que hay algunas incoherencias en los resultados. Los propios autores indican que la causa de las diferencias pueden ser las variables mediadoras del nivel socioeconómico, edad y género, refiriendo que es eminente contemplarlas (Presnell et al., 2004; Espinoza, 2011).

Destacamos un estudio que evaluó la prevalencia de los TCA en 2.516 adolescentes de EEUU con 5 años de seguimiento (proyecto EAT-I), el cual demostró que había una clara relación entre el IMC, actitudes y conductas alimentarias alteradas (Croll et al., 2002). Sin embargo, la reducción de peso y el alcanzar un IMC normativo no necesariamente produjeron una reducción de la insatisfacción corporal (Ricciardelli y Yager, 2015).

Presión e interiorización de los ideales estéticos.

Presión ejercida por los iguales. Es aquel tipo de influencia que es llevada a cabo por compañeros o grupos de niños o adolescentes de la misma edad o nivel madurativo. El objetivo principal es proporcionar orientación directa o indirecta de aquello que es adecuado o aceptable en términos de imagen o apariencia, mediante normas y refuerzo social. Los iguales ejercen presión y emiten comparaciones, conversaciones vinculadas a la apariencia y al peso (fat talk), rechazo, burlas o realizan demostraciones de conductas para modelar el cuerpo. La resistencia a la presión es mínima entre los 10 y 14 años (Steinberg y Monahan, 2007). Dicha presión va más allá de comportamientos ya que dan sentido a un conjunto de creencias, valores de grupo y

estados de ánimo, lo cual conlleva a que los miembros de un grupo tengan similitudes como niveles de depresión, autoestima o IMC. Sin embargo, el efecto a largo plazo de estas presiones parece tener resultados incongruentes (Ricciardelli y Yager, 2015). A pesar de que hay pocos estudios que incluyen a chicos, se cree que la presión es mayor en las chicas y que éstas informan de mayores niveles de burlas o comentarios de apariencia y repiten patrones comentados en su círculo de iguales, teniendo un mayor impacto en la insatisfacción corporal y otros síntomas alimentarios alterados (Helfert y Warschburger, 2013; Marcos et al., 2013; Sharpe et al., 2013). Un metaanálisis realizado por Marcos et al. 2013 indicó que las presiones ejercidas por los iguales fueron más fuertes que las ejercidas por la familia en los niveles de insatisfacción corporal.

Presión ejercida por la familia. Aunque la adolescencia sea una época más independiente respecto a anteriores etapas vitales, se continúa necesitando y buscando la aprobación, soporte, guía y seguridad de las familias. Gran parte de los estudios se focalizan en los mensajes vinculados con la apariencia transmitidos por las madres (Ricciardelli y Yager, 2015). Asimismo, también hay estudios que contemplan a los padres. Diversos estudios demuestran relación entre la crítica de la apariencia y del cuerpo o alentar adelgazar o muscularse por parte de los padres con la insatisfacción corporal y la sintomatología alimentaria alterada de sus hijos. Destacamos un estudio longitudinal de cuatro años de seguimiento (Blodgett et al., 2011) y dos revisiones sistemáticas recientes que muestran relación con la influencia de los padres con el desarrollo de TCA o problemas de imagen (Dahill et al., 2021; Tort-Nasarre et al., 2021). Una vez más, se encuentra una carencia de estudios dirigidos a chicos y las chicas suelen ser más vulnerables a esta presión y aunque ambos padres comenten despectivamente la figura de sus hijos y animen a cambiarla, el impacto de los comentarios maternos parece ser superior.

Además, se cree que los comentarios maternos son más frecuentes a los paternos (Ricciardelli y Yager, 2015). A parte de los comentarios, también pueden producirse comportamientos modelados (dietas y ejercicios compartidos con algún miembro o todos los integrantes de la familia o bien la forma de hablar del propio cuerpo y el de los demás). Sin embargo, si los padres comparten comentarios positivos o alientan a sus hijos a ser activos y a comer saludablemente parece ser un factor protector de la satisfacción corporal de sus hijos. Igualmente, y aunque menos estudiados, los hermanos y los primos también podrían ejercer presión significativa (Ricciardelli y Yager, 2015).

Presión ejercida por los medios. La relación entre exposición y desarrollo de los TCA se ha investigado a través de estudios de contenido de los mensajes (Levine, y Murnen, 2009), estudios de correlación entre exposición e imagen corporal (Barlett, et al., 2008) y estudios experimentales y longitudinales prospectivos (Durkin y Paxton, 2002; Becker et al., 2011; Hausenblas, 2013). Por un lado, los contenidos de los medios de comunicación (TV, cine, vídeos musicales, *reality shows*, telenovelas, radio, revistas, redes sociales...) recuerdan constantemente lo que se considera atractivo, la importancia de dicho cometido y habitualmente se les asocia directamente con la interiorización de los ideales de belleza, el desarrollo de problemas de imagen corporal y TCA (Levine y Murnen, 2009; Ricciardelli y Yager, 2015). A pesar de que en algunos países se firmaron alianzas de *Body Positive*, algunas de ellas datan del 1997 y en los medios aún no se refleja una diversidad corporal significativa, promoviendo en mayor medida cuerpos coherentes al ideal de delgadez femenino y de musculatura masculino (Campbell, 2013; Ricciardelli y Yager, 2015). Referente al ideal de musculatura, se ha percibido un incremento del grado de musculatura en los modelos o famosos que aparecen en los medios, así como en juegos infantiles de acción. En el cine, los hombres con mayor grado de musculación tienen más éxito en la esfera romántica de la trama y también más comportamientos violentos. Además, un análisis de videojuegos demostró

que la mayoría de las figuras masculinas que aparecían tenían una complexión de musculatura mucho mayor a la normativa en EEUU (Martins et al., 2011; Ricciardelli y Yager, 2015). Cabe destacar que hay una posibilidad mayor de observar anuncios publicitarios de cómo alcanzar los ideales de belleza, eliminando grasa y aumentando el músculo, que anuncios que reflejen aspectos de salud física y mental (Labre, 2005; Ricciardelli y Yager, 2015). Varios metaanálisis que estudiaban el efecto de los medios en la imagen corporal indicaron que éste ejercía un tamaño del efecto pequeño a moderado en mujeres y en hombres (Hausenblas et al., 2013; Ioannidis et al., 2021). Otros estudios indican que el efecto puede tener un tamaño grande en mujeres menores de 19 años (Groesz et al., 2002). Además, algunos estudios longitudinales con una muestra considerable de adolescentes indicaron una relación clara entre la frecuencia y el tiempo de exposición sobre preocupaciones de la imagen corporal (Field et al., 2001) y constataron que aquellos que consumían revistas de dieta y belleza tenían el doble de posibilidades de llevar a cabo conductas no saludables para controlar el peso como el ayuno, saltarse ingestas, uso de laxantes, vómito autoinducido o fumar (Van den Berg et al., 2007). Por otro lado, Twenge et al. (2019) llevaron a cabo una investigación para conocer las tendencias de uso de los medios de comunicación de 1,021,209 adolescentes de EEUU, el 51% eran chicas y el 49% chicos, entre el 1976 al 2016. Mostraron que el uso de los medios digitales aumentó significativamente, duplicando el tiempo en línea si se comparaba con el 2006. En el 2016, la media temporal de consumo del contenido de mensajes de texto y redes sociales era de aproximadamente 6 horas al día. El 82% de los adolescentes visitaron redes sociales todos los días en 2016. En el 2010, los adolescentes del estudio pasaron menos tiempo que generaciones anteriores consumiendo materiales impresos, televisión o películas. Los estudiantes de 13-14 años (octavo grado) redujeron casi 1 hora de consumo de TV en el 2016, si se comparaba con alumnos de principios del 1990. Además, el incremento de edad se asociaba con más tiempo de exposición en los medios. No se obtuvieron

diferencias estadísticamente significativas según el sexo, etnia y nivel socioeconómico. Referente a la relación entre la exposición de medios digitales con la imagen corporal o los síntomas de TCA, se encuentran diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas como Mingoia et al. 2017 o Danthinne et al 2020. En ambos casos se manifiesta una focalización en muestras femeninas. Mingoia et al. 2017 estudió un total de 1.829 chicas con edades comprendidas entre los 10 y los 46 años. Los hallazgos sugirieron que la relación entre la exposición de medios digitales con la interiorización del ideal de delgadez tenía un efecto estadísticamente significativo en la mayoría de los casos.

Asimismo, se obtuvo un tamaño del efecto entre pequeño a moderado, similar a los resultados en relación con los medios tradicionales. Sin embargo, también se indicó que cuánto mayor fuera el uso de los medios digitales y mayor estuvieran vinculados con la apariencia, mayor sería el grado de interiorización. Diversos estudios demuestran conexiones con otras variables contempladas, puesto que, si hay una autoestima elevada y actitudes positivas y saludables acerca de la comida y la alimentación, es posible resistir a la presión ejercida por los iguales y los medios (Ricciardelli y Yager, 2015). En cambio, si se poseen niveles altos de factores de riesgo, como insatisfacción corporal, es más probable el consumo de medios vinculados con alcanzar el ideal o las conversaciones fat talk y por ende, que se incremente la sintomatología de TCA u otros factores de riesgo (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Interiorización de los ideales de belleza. La interiorización es asumir como ciertos los mensajes de apariencia difundidos por los agentes socializadores (iguales, familia y medios) y sobrevalorar la importancia de la apariencia, convirtiendo los mensajes percibidos como propios, persiguiendo el objetivo de cambio de la propia apariencia. Cuando esto ocurre hay más posibilidades de padecer TCA, según varios estudios (Stice 2002; McCabe y Ricciardelli, 2005a; Ricciardelli y Yager, 2015). La internalización suele considerarse como el principal factor de riesgo de padecer

insatisfacción corporal (Ricciardelli y Yager, 2015). Wertheim y Paxton (2011) demostraron en un estudio que durante la preadolescencia entre el 40 y el 50% de las chicas preferían ser más delgadas y durante la adolescencia se incrementaba al 70%, a pesar de que la mayoría se podían clasificar en normo peso. En cambio, un 0% de las chicas preferían aumentar el peso. Las participantes del estudio indicaron que ser delgada era de suma importancia para ellas, puesto que asociaban la delgadez con la felicidad, la buena apariencia y más éxito con los chicos (Wertheim y Paxton, 2011). Por otro lado, cuanto mayor sea el nivel de interiorización más efecto ejercerá la presión (Durkin y Paxton, 2002).

Género. Las mujeres, como se ha referido anteriormente, tienen más prevalencia que los hombres a padecer TCA. Asimismo, varios autores refieren la importancia de incluir a los hombres en la investigación, ya que se puede observar un incremento de las conductas y actitudes patológicas en éstos. Ambos géneros reciben presiones para alcanzar los ideales de belleza estéticos actuales. Para los hombres un ideal musculoso y para las mujeres un ideal de delgadez, firmeza y juventud (Ricciardelli y Yager, 2015).

A pesar de estas presiones, el impacto no es el mismo en ambos géneros. Una de las razones más mencionadas ha sido que la belleza femenina constituye el pilar central del estereotipo femenino y del autoconcepto. Este aprendizaje se llevaría a cabo según la teoría de la objetivación desde edades muy tempranas (Fredrickson y Roberts, 1997). Refiriendo incluso que la preocupación para alcanzar el ideal de belleza es un signo intrínseco y normal de la feminidad (Rodin et al., 1985).

Conviene subrayar que en ambos géneros se interioriza, a través de los agentes socializadores, el estigma de la obesidad y el mito de la transformación, refiriendo que todo cuerpo puede alcanzar el ideal y si lo consigue podrá lograr una serie de atributos positivos como éxito, salud y felicidad (Striegel-Moore y Fanko, 2002). En cambio, si fracasa obtendrá los atributos opuestos (Bacon y Aphramor, 2014).

Además, la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias y compensatorias pueden variar en función del género. Por un lado, las chicas suelen sentir más insatisfacción en muslos, cintura y cadera y los chicos en la espalda, bíceps, pecho y musculatura general. Por otro lado, los chicos tienden a informar de más atracones y exceso de deporte, suplementos alimentarios y uso de esteroides, mientras que las mujeres refieren más dietas, saltarse comidas y conductas compensatorias purgativas (Anderson y Bulik, 2004). Otra diferencia importante, que se podría vincular con la teoría de la objetivación, es que según Abbot y Barber (2010) los chicos tienden a focalizarse más en aspectos funcionales del cuerpo (rapidez, fuerza, coordinación...) que en cuestiones estéticas. No obstante, según Ricciardelli y Yager (2015) en los últimos años se está produciendo un incremento de las conductas extremas de control de peso y figura corporal realizadas por chicos.

Presencia de dieta. Generalmente es la tendencia repetitiva a autoprivarse de alimentos considerados como “prohibidos”, puesto que se asocian con un incremento de peso (De Jesús Saucedo-Molina y Pérez-Mitré, 2004)

El recorrido histórico de las dietas es largo. Se estima que en papiros egipcios y el médico Galeno de la antigua Grecia ya hacían referencia a consejos dietéticos, sobre todo con fines espirituales.

Desde entonces, especialmente en la década de los 90 podemos encontrar una gran variedad de dietas. El denominador común de todas ellas suele ser la restricción, consumiendo menos calorías de las gastadas (dietas hipocalóricas), saltarse ingestas, no consumir grasas (dietas hipolipídicas) o bien eliminar un grupo o varios grupos alimentarios, como los carbohidratos.

Asimismo, cabe destacar que en algunos lugares del mundo como Mauritania o momentos históricos de la cultura occidental como en los años 50, la finalidad de realizar una dieta era contraria a la mencionada anteriormente, puesto que se perseguía el incremento de peso. Por lo tanto, se considera la dieta como una herramienta para

tratar de modificar la figura corporal, según los ideales estéticos imperantes en la sociedad y el momento histórico al que pertenece el individuo (López-Guimerà, y Sánchez-Carracedo, 2010).

La edad media de inicio de las dietas restrictivas es entre los 9 y los 11 años (Ortega, 2008)

Realizar una dieta es un comportamiento totalmente normalizado en la población general y sigue siendo el pilar fundamental del tratamiento contra la obesidad y el sobrepeso en España. A pesar de las recomendaciones de la «Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil», se suele diagnosticar sobrepeso u obesidad y prescribir dietas sin la derivación ni acompañamiento de profesionales como nutricionistas, hematólogos, endocrinólogos, psicólogos o psiquiatras. Además, no se informan de las consecuencias de éstas ni se poseen consentimientos informados (Sancho et al., 2018). Dichas dietas, también recomendadas por la última guía publicada en el 2009 por el Sistema Nacional Español persiguen el déficit calórico. Asimismo, contraindican las dietas restrictivas y solo focalizarse en la dieta.

Consiguientemente, la industria dietética ha alcanzado un crecimiento considerable de ganancias y se estima que entre el 2021 y 2027 aumente a un ritmo sustancial (Global and United States Diet Food y Beverages Market Insights, Forecast to 2026). Sin embargo, numerosos estudios han considerado la dieta como un factor predisponente y hasta incluso precipitante de los TCA. Comprensiblemente, no todas las personas que realizan dieta desarrollan un TCA, pero se estima que el 80% de las personas con TCA indican que la dieta fue el inicio de su patología o un factor de mantenimiento importante (López-Guimerà et al., 2013). A su vez, los estudios de eficacia de las dietas más populares no reportan eficacia a largo plazo (López-Guimerà, et al., 2013; Hillier-Brown et al., 2014), puesto que la restricción suele ir ligada con sobreingestas, atracones posteriores y cambios en el metabolismo (Ricciardelli y Yager,

2015). Lo cual se asocia con alteraciones de peso (weight cycling) que suponen un riesgo en la salud cardiovascular (Kim, et al., 2020), en el desarrollo de enfermedades metabólicas (Zou, et al., 2020) y de salud mental (Himmelstein et al., 2018). Estudios longitudinales destacaron un incremento de peso adicional después de la presencia de dieta en los años posteriores, sobre todo en personas con sobrepeso (Sonneville et al., 2012). Algunos autores, incluso, consideran que el weight cycling u otras variables asociadas al sobrepeso, como el estigma, contribuyen en mayor medida a la enfermedad que el propio sobrepeso (Bacon, 2014).

Factores protectores

Autoestima. La autoestima se asocia con el bienestar psicológico y con conductas saludables como actividad física y afrontamiento adaptativo (Nock et al., 2016). Además, es un factor protector de los síntomas restrictivos, bulímicos, atracones y en general de todos los TCA (Saunders et al., 2016).

Sin embargo, generalmente los estudios contemplan la baja autoestima como un factor de riesgo. Por ejemplo, un metaanálisis de 13 estudios longitudinales con muestra femenina y con un seguimiento desde la niñez tardía hasta la adultez temprana demostró que la baja autoestima era un factor de riesgo universal para los TCA (Colmsee et al., 2021).

Asimismo, como hemos mencionado con anterioridad, el estudio de factores protectores es eminente para el tratamiento y la intervención preventiva eficaz. Por ello contemplar la autoestima como un factor protector en vez de riesgo podría suponer beneficios. Por ejemplo, otro estudio longitudinal, también enfocado en muestra femenina adolescente (9-13 años), de 7 años de seguimiento y con 228 sujetos demostró que la autoestima era un factor protector, sobre todo cuando el perfeccionismo era bajo (Westerberg-Jacobson et al., 2010).

Satisfacción corporal. Según Cash (2004), Ricciardelli y Yager (2015) y Grogan (2016) la imagen corporal es un constructo multidimensional y dinámico (no es estable) que hace referencia a:

- Percepciones (el modo en que se ve el cuerpo).
- Evaluaciones afectivas (el modo en que se siente el cuerpo).
- Conductas (acciones que se llevan a cabo vinculadas con la evaluación corporal).
- Cogniciones y creencias sobre la figura, el peso y la apariencia.

Gran parte de las investigaciones de esta área se focalizan en el constructo de la insatisfacción corporal, sobre todo vinculado al desagrado con el tamaño del cuerpo, peso o figura (percepciones). La insatisfacción corporal se define como la evaluación subjetiva negativa del propio cuerpo con relación a la apariencia, figura, peso y partes del cuerpo específicas. Esta evaluación conlleva sentimientos de disgusto, repulsión, repugnancia y odio y se llevan a cabo conductas para poder alcanzar el ideal deseado en el sistema de creencias. Dicho sistema también establece el grado de importancia de este objetivo (Ricciardelli y Yager, 2015; Grogan, 2016).

Diversos estudios longitudinales asocian la insatisfacción corporal con un menoscabo del bienestar psicológico de los adolescentes. Puesto que es un predictor del estado anímico depresivo, baja autoestima, baja actividad física, conductas extremas para alterar el cuerpo, uso de esteroides y síntomas bulímicos. Además, tiende a incrementarse con la edad (Johnson y Wardle, 2005; Paxton et al., 2006; Calzo et al, 2012; Ricciardelli y Yager, 2015). Es el factor de riesgo y de mantenimiento de los TCA más evidenciado. Stice et al. (2011) indicaron que el 24% de las chicas adolescentes con insatisfacción corporal alta incrementaron 4 veces la incidencia de desarrollar TCA, mientras que si tenían una baja insatisfacción corporal solo un 6% tenían este riesgo.

Además, la insatisfacción corporal es muy común en adolescentes (Ricciardelli y Yager, 2015), el 43% de las chicas y el 18,6% de los chicos lo tipifican como un problema importante en sus vidas (Mission Australia, 2012).

Asimismo, la imagen corporal se vincula también con la satisfacción corporal. Ésta se define como 'el grado de aceptación que tiene una persona a la hora de valorar su aspecto físico' (Benton y Karazsia, 2015). Habitualmente, se ha considerado el polo opuesto de la insatisfacción corporal y algunos autores consideran esta estrategia errónea, ya que es un continuum, es decir, se recomienda que se contemple como una variable continua y no como dicotómica (Tylka, 2011; Tylka y Piran, 2019). Un grado de aceptación y evaluación positiva de las diferentes partes del cuerpo se asocia a un mayor nivel de bienestar psicológico, menos trastornos mentales y menos sintomatología de TCA como atracones (Espinoza, 2011; Ricciardelli y Yager, 2015; Piran, 2017; McCabe et al., 2019).

Inteligencia emocional

Razón o emoción. La evolución de un nuevo paradigma. En la Filosofía antigua ya se encuentran referencias a la necesidad inherente del ser humano de conocer sus atributos (Trujillo Flores y Rivas Tovar, 2005). Sin embargo, las cualidades que tuvieron más relevancia desde entonces fueron las intelectuales o racionales, relegando las emociones a un segundo lugar o hasta incluso, en algunos casos, refiriéndose a ellas como dañinas y con la necesidad de conquistarlas para alcanzar la eudaimonia o la felicidad y el bienestar (Casado y Colomo, 2006). Se pueden encontrar algunas similitudes con autores orientales que especificaban que ninguna emoción podía influir o dominar, objetivo principal para la ecuanimidad. Otros autores, occidentales y orientales refieren que hay diferencia entre emociones, indicando que el miedo y la ira, por ejemplo, nublan el raciocinio y distorsionan la realidad. No obstante, la alegría puede ayudar a lograr la ética, el placer y la supresión del sufrimiento (Goleman, 2008).

En contraste con este paradigma, hubo autores que compartieron la necesidad de contemplar otros constructos para poder explicar por qué sujetos con un alto nivel

de cociente intelectual o capacidades cognitivas no lograban adaptarse correctamente a sus esferas vitales (Trujillo Flores y Rivas Tovar, 2005).

En el 1920, Thorndike introdujo el término de inteligencia social, precursora de la inteligencia emocional, incorporando el constructo de empatía (Trujillo Flores y Rivas Tovar, 2005). Asimismo, algunos autores indican que la definición de empatía surgió anteriormente (S. XVIII- XIX), con filósofos como Leibniz y Rousseau. Robert Vischer introdujo un término alemán que significaba “sentirse dentro de” y Titchener acuñó el término actual, a principios del siglo XX (Fernández-Pinto et al., 2008)

En el 1983, Gardner publicó *Frames of Mind*, dónde compartió la teoría de las inteligencias múltiples y añadió y separó la inteligencia inter e intrapersonal, ésta última siendo muy similar a la aportación de Thorndike (Fernández-Berrocal et al., 2006).

En el 1990, Salovey y Mayer, definieron inteligencia emocional como la capacidad de supervisar las propias emociones y sentimientos y las de los demás, guiando su razonamiento y sus acciones. Posteriormente, en el 1995, Goleman difundió y aplicó el concepto en el mundo empresarial y Salovey et al. (1995) desarrollaron un instrumento para evaluar los componentes más estables de la Inteligencia Emocional: Las capacidades percibidas de identificar (atención), clarificar y reparar las emociones (Trait Meta-Mood Scale, TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995).

Figura 2

Componentes del TMMS-24



Fernández-Berrocal et al. (2006)

Nota. Se contemplan tres dimensiones claves de la inteligencia emocional intrapersonal: “Percepción emocional (sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada); Comprensión de sentimientos (comprender los estados emocionales); y Regulación emocional (capacidad de regular los estados emocionales adecuadamente)” (*Fernández-Berrocal et al., 2006*)

Consecuentemente, la inteligencia emocional influye no solo en el rendimiento, sino también en el equilibrio personal, el bienestar y la salud mental. Por tanto, actúa como factor protector ante síntomas patológicos (Selby et al., 2008; Garrido Riquenes, 2012; Anderson et al., 2018; Goleman, 2018).

Relación de la Inteligencia Emocional con los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Una vez más, se ha estudiado en mayor medida la disregulación emocional o hasta incluso, la alexitimia. Asimismo, se ha contemplado que los niveles de inteligencia emocional de los pacientes con TCA son menores que en población normativa (Morie y Ridout, 2018).

Un estudio longitudinal y mixto con adolescentes demostró que aquellos chicos y chicas que tenían menor nivel de inteligencia emocional realizaban en mayor medida actividad física compulsiva y disfuncional para intentar regular las emociones percibidas como negativas y desagradables (Goodwin et al., 2014).

Otros estudios indicaron que aquellos individuos que tenían más capacidades de regulación emocional tenían menos frecuencia y gravedad de atracones, menos predisposición a alimentos ricos en grasas y azúcares y otras sintomatologías de TCA (Wolz et al., 2017; Cuesta-Zamora et al., 2018; Li, 2020).

Componentes de la educación emocional. Según Ekman, es imposible controlar que no surja alguna emoción, dado que es una respuesta automática. Lo que sí se puede aprender y gestionar es el impulso que es provocado ante esta respuesta emocional, evitando conductas que sean perjudiciales para nosotros y para los demás.

En la misma línea Aristóteles ya advertía: “Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso ciertamente, no resulta tan sencillo” (citado por Goleman, 1995, p. 9).

Cabe destacar el estudio de Sala y Abarca (2001) que compara los programas de educación emocional desde el 1978 al 2000. Éstos concluyen que:

- Es eminente incluir formación emocional en primaria y secundaria.
- Se necesita incorporar contenidos con base científica.
- Se necesita tener en cuenta el nivel de desarrollo emocional de cada etapa evolutiva.

Los autores indicaron que estos objetivos no se cumplían y, además, añadieron otros aspectos como la disparidad entre componentes evaluados e instrumentos. De manera similar, la revisión sistemática de Rubiales et al. (2018) realizada con estudios sobre todo con población infantil y adolescente española también confirman aspectos anteriormente mencionados.

Asimismo, los denominadores comunes de programas de educación emocional suelen ser:

- Habilidad para identificar y comprender las emociones propias y de los demás
- Capacidad para expresar emociones
- Autorregulación
- Automotivación
- Interiorizar normas sociales
- Responsabilidad social y asertividad.
- Resolución de problemas y toma de decisiones
- Autoconcepto
- Autoestima
- Habilidades Sociales (HHSS)
- Establecimiento de vínculos
- Aceptación de diferencias individuales

También se consideran otros constructos como la autoeficacia percibida, poco trabajados pero que son importantes para el desarrollo emocional.

Por otro lado, en los últimos años se han incorporado componentes de la conciencia plena y Mindfulness (Campayo y Demarzo, 2018).

Destacamos aquellos componentes procedentes de la primera generación de programas de Mindfulness.

- Definición y beneficios de la consciencia plena e identificación y relación entre pensamientos, emociones y sensaciones físicas.
- Enunciación de la flexibilidad cognitiva, beneficios y ejercicios de optimización.

Y en menor medida se hace mención a los componentes de los programas de segunda generación de Mindfulness en la prevención de los TCA, los cuales se basan en la compasión y en ejercicios para incrementarla (Tylka y Piran, 2019; Van Gordon y Shonin, 2020).

Otro aspecto, importante a trabajar es la educación emocional con perspectiva de género y cultural, puesto que, en función del sexo y la cultura, las expectativas de expresión de las emociones y su funcionalidad pueden diferir (Garrido Riquenes, 2012; Goleman, 2018).

Modelos etiológicos y subyacentes a los programas de prevención de los TCA

Cabe destacar que, aunque el modelo biopsicosocial busca reflejar los datos empíricos con parsimonia, es relevante investigar más para conocer los mecanismos subyacentes de interacción y relación entre factores biológicos, socioculturales e individuales (Ricciardelli y McCabe, 2004).

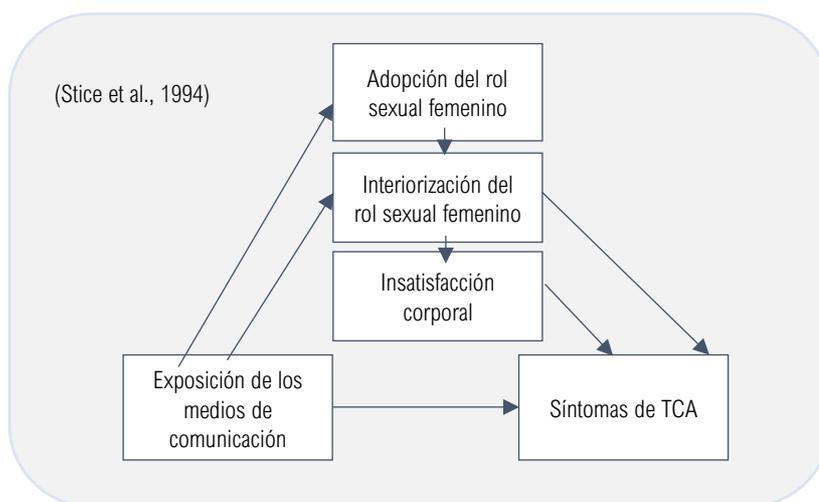
Teniendo en cuenta los estudios de ecuaciones estructurales o similares se observa una tendencia de estudiar el sexo femenino. Aunque los chicos también padezcan factores de riesgo y síntomas de TCA se contemplan pocas variables y normalmente éstas actúan como factores de riesgo y se exploran en muestra clínica y adulta (Johnston et al., 2018, Drieberg et al., 2019; Veldhuis et al., 2020). Estos aspectos se corroboran con los hallazgos de la metanálisis de 79 artículos de 2019 (Vacca et al., 2020).

A continuación se especifican los modelos de explicación con más evidencia del desarrollo de los TCA. Dichos modelos son el sustento del diseño de los principales programas de prevención de los TCA.

Modelo estético en los medios de comunicación.

Figura 3

Modelo estético en los medios de comunicación



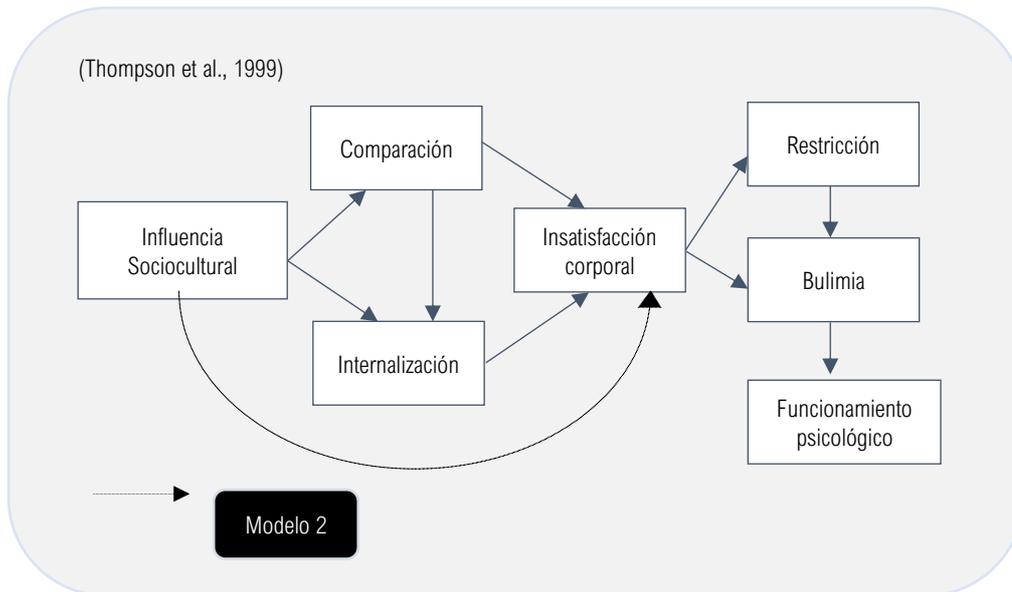
Nota. El modelo anterior se circunscribe a un segmento del proceso como se imbrican las variables: exposición a los medios, interiorización, insatisfacción corporal y TCA. No se incluyen variables que determinan una mayor interiorización del rol sexual femenino (perfeccionismo, autoestima...), ni tampoco se contempla el IMC.

Teoría del Cultivo. Dicha teoría sugiere que las imágenes, actitudes y temas presentados en los medios se acumulan con el tiempo en la mente de los consumidores e influyen en las percepciones de lo que es real y normal (Gerbner et al., 2002).

Teoría de la Influencia Tripartita.

Figura 4

Teoría de la Influencia Tripartita

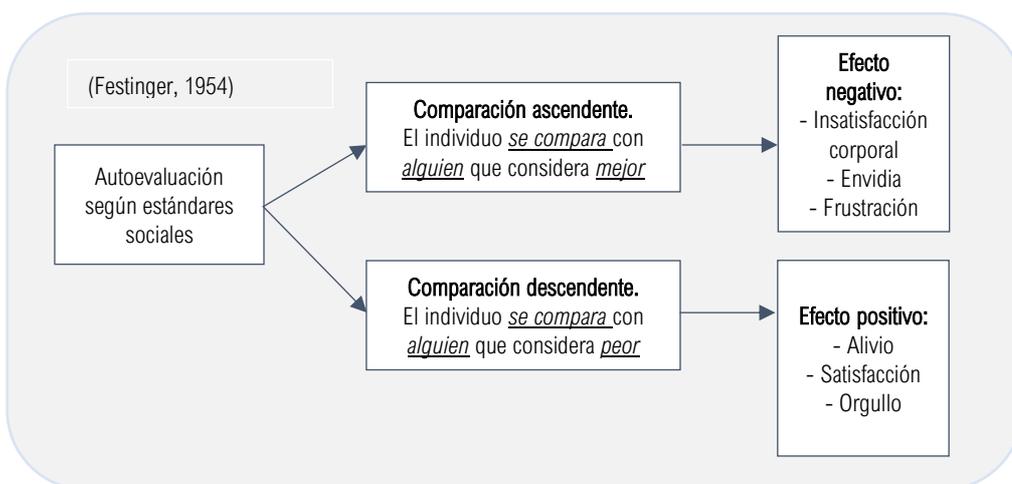


Nota. Se hallan dos modelos. El primero establece una vía de relación entre la influencia sociocultural, comparación e internalización con la insatisfacción corporal y ésta conlleva a los síntomas de TCA de restricción, bulimia y funcionamiento psicológico general. El segundo modelo contempla una simplificación de la vía, indicando que hay una vía directa entre la influencia sociocultural con la insatisfacción corporal.

Teoría de la comparación social

Figura 5

Teoría de la comparación social



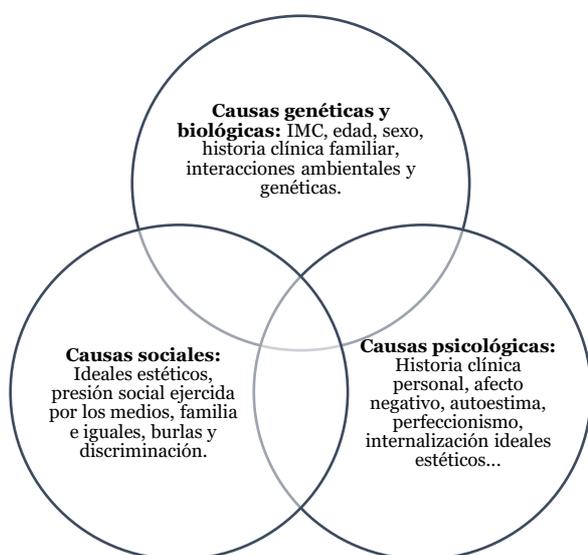
Nota. Esta teoría examina dos tipos de autoevaluación según los estándares sociales: la comparación ascendente y la descendente. La primera ocasiona efecto negativo y la segunda efecto positivo. Como se puede observar, la gran mayoría de los modelos se focalizan en los factores de riesgo, excluyendo a los factores protectores.

Modelo biopsicosocial

Figura 6

Modelo biopsicosocial (Garner, 1993)

modificado por Portela de Santana et al., (2012)

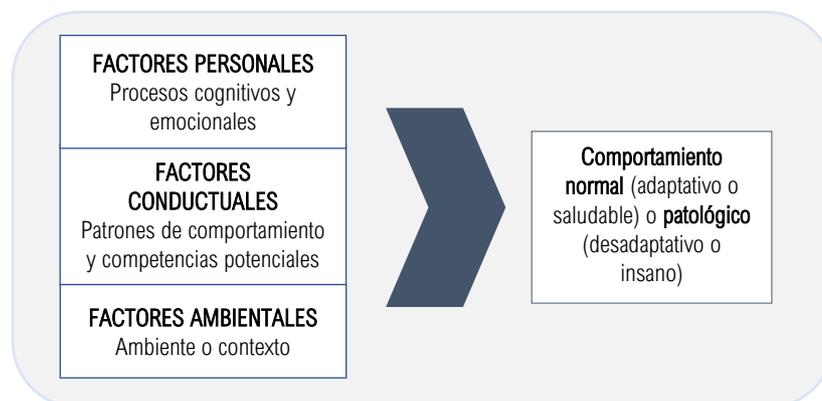


Nota. Modelo original de Garner (1993) y Portela de Santana et al. (2012). El desarrollo de los TCA es provocado por tres tipos de causas: biológicas, psicológicas y sociales. Dichas tipologías de causas interactúan entre ellas. Las causas genéticas y biológicas predisponen las causas psicológicas, éstas últimas influyen en las primeras mediante procesos epigenéticos y, en tercer lugar, intervendrían las causas sociales influyendo en el individuo desde etapas muy tempranas. Estas causas actuarían como factores predisponentes a la insatisfacción corporal y ésta, conjuntamente con dietas restrictivas y otras conductas, precipitarían el trastorno.

Modelo de aprendizaje o modelo cognitivo-social.

Figura 7

Modelo de aprendizaje o modelo cognitivo social de Bandura (MCS;1986)



Nota. Los comportamientos normales y patológicos son generados por factores personales, conductuales y ambientales.

Modelo feminista o de auto objetivación (MF). Referente al modelo feminista establece que los roles de género mostrados en los agentes socializadores convierten la apariencia física en el medio para alcanzar la aprobación y el éxito, con lo que las mujeres llegan a ver a sus cuerpos como objetos. Además, las presiones que subyacen son difícilmente coherentes con los parámetros biogenéticos de la mayoría de ellas. Además, la inversión de tiempo y esfuerzo para alcanzar una apariencia socialmente aceptada dificulta la focalización y el desarrollo de otras áreas vitales (Fredikson y Roberts, 1997, López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

Modelo de Habilidades Generales. Refiere que los trastornos mentales se desarrollan si los aspectos relacionados con la vulnerabilidad predominan sobre los factores de protección (Becoña, 1999, citado en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010).

Teoría de la disonancia cognitiva (TDC). Festinger (1957) constata que las cogniciones contradictorias causan malestar psicológico y, entonces, se crea la necesidad de mantener coherencia entre creencias, actitudes y conductas. Además, se evita buscar evidencias que refutan las propias creencias y se buscan evidencias que confirman las creencias. De este modo, si se contribuye a realizar actividades críticas que muestren

discrepancia entre las creencias y la nueva información argumentada, se producirá un esfuerzo cognitivo para poder ganar coherencia entre creencias e información adquirida.

Modelo de Vulnerabilidad no Específica (TVNE). La optimización de las habilidades personales (generalmente habilidades sociales y autoestima) supondrán una reducción de los factores de riesgo de los TCA y otras patologías (Levine y Smolak, 2006).

Programas de prevención de problemas relacionados con el peso, la imagen corporal y la alimentación

En los últimos años, los programas de prevención se han focalizado en reducir factores de riesgo como la interiorización del ideal estético, mediante la alfabetización de medios (Xie et al., 2019). El 86% de los programas preventivos universales eficaces utilizaban dicho componente (Yager et al, 2013). Este componente se centra en dotar a los alumnos de herramientas críticas para reaccionar ante los ideales estéticos actuales mostrados en los medios (Xie et al., 2019).

Noordenbos (2016) clasifica cuatro generaciones de programas preventivos. La primera generación se focaliza en sesiones de psicoeducación sobre las características y consecuencias de los problemas alimentarios y de peso. La segunda generación intenta reducir los factores de riesgo específicos de los TCA. La tercera generación se focaliza en promoción de la salud y factores de riesgo inespecíficos. Y la última generación se centra en conseguir cambios legislativos para alcanzar un contexto cultural favorable. Los programas que pertenecen a las dos últimas generaciones mencionadas logran cambios más significativos y duraderos. El presente estudio se basa en un programa que pertenecería a los programas de segunda y tercera generación. Consecuentemente, se aconseja que los programas de prevención se centren en trabajar factores protectores como satisfacción corporal, hábitos saludables e inteligencia emocional (Levine y Smolak, 2016; Noordenbos, 2016; Warschburger y Zitzmann, 2018).

A continuación, se especifican algunos programas.

Tabla 1

Programas de prevención de problemas relacionados con el peso y la imagen corporal dirigidos a adolescentes y aplicados en contexto escolar

Autores País y nombre	Diseño	Muestra	Instrumentos	Intervención	Resultados relevantes
1. Carter et al. 1997 REINO UNIDO	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimiento 6 meses	♀:459 Media de edad: 13,1 (DE ± 0,3)	Eating Disorder Examination (EDE-Q4; Fairburn y Cooper, 1993; Fairburn y Beglin, 1994) Eating Attitudes Test (EAT; Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel, 1982; Maloney, McGuire, y Daniels, 1988) Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (Piers, 1965). Test de conocimiento realizado por los propios autores.	8 sesiones de una frecuencia semanal de 45 minutos. - Información de los cambios que se producen en la adolescencia - Habilidades Sociales - Autoestima - Imagen corporal Se basa en el MVNE (Teoría de Vulnerabilidad No Específica) y MCS (Modelo Cognitivo Social).	Se observó una mejora estadísticamente significativa en las dietas restrictivas, de los conocimientos y actitudes sobre la alimentación, pero no se mantuvieron a los 6 meses.
2. Santonastaso et al. 1999 ITALIA	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y	♀:308 Media de edad: 16,1 (DE ± 0,8)	Cuestionario sociodemográfico para conocer menarquia,	4 sesiones, 2 horas cada una impartidas una vez a la semana durante un mes. 30-50 minutos de teoría	Los participantes del grupo de prevención y pertenecientes al subgrupo de bajo riesgo obtuvieron una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones EDI

<p>medidas pre y post.</p> <p>Seguimiento 12 meses</p>	<p>edad, nivel socioeconómico (índice de Hollingshead) y peso y altura.</p> <p>The Drive for Thinness scale from the Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, 1991)</p> <p>Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979)</p>	<p>y luego grupos abiertos de discusión (sobre los dos últimos temas que se nombran a continuación).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios de peso naturales provocados por la pubertad. - Efecto de estos cambios sobre la insatisfacción corporal e interiorización del ideal de delgadez. - Relaciones con los agentes socializadores y conflictos de autonomía típicos de la etapa vital. - Información de TCA (porcentaje de dieta, otros factores de riesgo y detección precoz) - Nutrición: actitudes y efecto de la interiorización del ideal de delgadez. <p>Se dividieron dos grupos según la</p>	<p>en las subescalas de comportamientos bulímicos e insatisfacción corporal.</p> <p>Sin embargo, no se lograron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental ni tampoco en el subgrupo de alto riesgo de padecer TCA.</p>
--	--	---	--

				puntuación EAT: alto riesgo y bajo riesgo. Los interventores (un psicólogo y psiquiatra), especialistas en TCA, no conocían qué grupo era cada uno.	
				Se basa en el MCS	
3. Villena y Castillo 1999 ESPAÑA <i>Tal como eres</i>	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimientos de 1 y 3 meses	♀:2109 12-15 años	Eating Attitude Test (EAT); Garner, Olmstead, Bohr, y Garfinkel, 1982; Maloney, McGuire, y Daniels, 1988). Cuestionario de hábitos nutricionales incorrectos	1 sesión de 75 minutos. -Alfabetización de medios - Efecto en la autoestima - Diversidad de peso - Hábitos alimentarios	Se produjeron cambios significativos de actitudes y comportamientos alimentarios tanto al mes como a los 3 meses. Se redujo el consumo de pipas, bollería y otros alimentos catalogados como <i>fast food</i> .
				Se basa en el MCS	
4. O'Dea y Abraham. 2000 AUSTRALIA <i>Everybody's different</i>	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimientos de 3 y 12 meses	470 estudiantes ♀: 297, ♂:173 La media de edad de las ♀ fue 13 DS ± 0,6 y de los ♂12,9 y DS ± 0,6	The Drive for Thinness scale from the Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, 1991) Self-Perception Profile for Adolescents (Harter, 1982)	9 sesiones de frecuencia semanal (50-80'). Tareas Inter sesión. Se aplicó por profesores, grupos de padres, investigadores, pediatras y orientadores escolares.	Los participantes del programa obtuvieron, después del programa unos valores estadísticamente significativos superiores de autoestima, aceptación social, apariencia física y capacidad atlética (satisfacción corporal). Se llevó a cabo un análisis diferencial en función del riesgo según los niveles de autoestima y ansiedad. Los alumnos pertenecientes al grupo con alto riesgo, a los 12 meses,

<p>Depression Inventory (Junior; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961)</p>	<p>- Gestión del estrés. ¿Qué es el estrés, cómo se manifiesta y cómo abordarlo mediante la relajación?.</p>	<p>obtuvieron menos niveles de interiorización del ideal de delgadez, más satisfacción corporal y menor peso del aspecto físico en la autoestima.</p>
<p>State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Junior; Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970)</p>	<p>- Construcción positiva de uno mismo. Autoestima. - Estereotipos de la sociedad de los chicos y de las chicas. Valorar la diversidad.</p>	
<p>Cuestionarios demográficos y hábitos alimentarios (O'Dea, Abraham, y Heard, 1996)</p>	<p>- Autoevaluación positiva. Anunciarse a uno mismo centrándose en las particularidades. - Involucrar a otras personas. ¿Cómo mejorar la imagen que tienen los demás?. ¿Cómo recibir más comentarios positivos de uno mismo?.</p>	
<p>Physical Appearance Ratings (O'Dea et al, 1996)</p>	<p>- Habilidades de comunicación.</p>	
<p>Cuestionario de satisfacción y cambios percibidos después del programa</p>	<p>- Habilidades de comunicación.</p>	
	<p>Se anima a que compartan aprendizajes y hagan actividades con sus familiares y amigos. Se basan en el MCS, AM (Alfabetización de Medios), MF</p>	

				(Modelo Feminista) y TVNE	
5. Baranowski y Hetherington 2001 ESCOCIA	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimiento de 6 meses	♀: 29 11-12 años	<p>Index of Self-Esteem (ISE; Hudson, 1982)</p> <p>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; Rosenberg, 1979).</p> <p>Body Esteem questionnaire (Mendelson y White, 1982).</p> <p>Siluetas corporales Stunkard, Sorenson, and Schulsinger (1983)</p> <p>The Children's Eating Attitude Test (chEAT; Maloney, McGuire y Daniels, 1988)</p> <p>Restricción alimentaria: Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ; Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986).</p>	<p>5 sesiones de una frecuencia semanal de 1 hora y 30 minutos. Material y actividades entre sesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Causas y consecuencias de la dieta. - Valoración de peso y figura. - Estereotipos asociados a la obesidad y a la delgadez. - Autoestima. - Imagen Corporal. - Regulación de energía y hábitos alimentarios saludables (frutas y vegetales y minerales). <p>Se basan sobre todo en la TVNE y TDC (Teoría de la Disonancia Cognitiva) y MCS.</p>	<p>No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental. Asimismo, se obtuvo una mejora en autoestima y en ambos grupos una disminución de restricción alimentaria.</p> <p>Los autores infieren que los programas tienen más efecto cuando se producen con población adolescente mayor, ya que tienen más sintomatología de TCA.</p> <p>El entrenamiento en hábitos de alimentación saludables se asocia con la reducción de dietas.</p>

6. Grave et al. 2001 ITALIA	Diseño Cuasi- experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimientos de 6 y 12 meses	106 estudian- tes ♀:61, ♂:45 La media de edad fue 11,6 y DS ± 1,2	<p>EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994)</p> <p>Eating Attitude Test (EAT; Garner, Olmstead, Bohr, y Garfinkel, 1982; Maloney, McGuire, y Daniels, 1988).</p> <p>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965)</p> <p>Questionario ad hoc creado por los autores</p> <p>Knowledge Questionnaire (KQ)</p> <p>Questionario sociodemográ- fico</p> <p>IMC</p>	<p>6 sesiones de 2 horas de duración cada una.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presión sociocultural del ideal de belleza. - Distorsiones cognitivas que predisponen los TCA (preocupación por el peso y la figura corporal, bajo autoconcepto, perfeccionismo y pensamiento dicotómico). - Efectos físicos y psíquicos de la dieta. - TCA. - Reducir la importancia del peso y la figura en la propia evaluación, aceptando los cambios típicos de la pubertad. - Desarrollo de la filosofía de vida basado en la autoaceptación. - Hábitos alimentarios saludables. <p>Trabajos intercesión, grupos de discusión y role playing de respuesta ante comentarios</p>	Los participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones superiores estadísticamente significativas en conocimientos y menores en actitudes. Estos cambios se mantuvieron a los 12 meses de la intervención.
-----------------------------------	--	--	--	---	--

				negativos del peso y la figura.	
				Se basan en el MCS, AM y MF	
7. Smolak y Levine 2001	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y nuevo control (tampoco se aplicaba la intervención) y medidas pre y post.	509 estudiantes ♀: 252, ♂: 248 11-13 años	Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ); Heinberg, Thompson, y Stormer, 1995). Body Esteem Scale (BES; Mendelson y White, 1993) McKnight Risk Factor Study Survey MRFS; Shisslak et al., 1999) IMC	- Prevención de inicio de dietas y de otras técnicas de control poco saludables. - Autoestima y diversidad corporal. - Presión social por cumplir el ideal de delgadez (e incremento de la presión en la adolescencia). - Alfabetización de medios. - Actividad física Administrado por los investigadores.	Se dividen los participantes, según sus resultados MRFS, en bajo y alto riesgo de padecer TCA. A los dos años, los participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones superiores estadísticamente significativas en autoestima e inferiores en técnicas o comportamientos de control de peso y de interiorización del ideal de delgadez. Cambio más notorio en las chicas participantes del programa. <i>Sospecha de presencia de Spillover por contacto entre el grupo experimental y del grupo nuevo (que actúa como control).</i>
EEUU					
<i>The Eating Smart, Eating for Me (ESEM)</i>					
	Seguimientos de 2 años				
8. Stewart et al. 2001	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post.	♀:474 La media de edad fue 13,4 y DS ± 0,5.	Eating Disorder Examination (EDE-Q4; Fairburn y Cooper, 1993; Fairburn y Beglin, 1994) Eating Attitudes Test (EAT;	6 sesiones de frecuencia semanal de una duración de 45 minutos. - Influencias culturales de la imagen corporal y el comportamiento alimentario. - Comprensión de la regulación de peso	Después de la intervención, las participantes obtuvieron una reducción pequeña pero significativa en conductas de restricción de dieta. Ésta no se mantuvo a los 6 meses. Sin embargo, el grupo control obtuvo puntuaciones superiores en restricción de dieta respecto al grupo experimental. Además, el grupo experimental también obtuvo puntuaciones inferiores en
REINO UNIDO					
	Seguimiento de 6 meses				

<p>Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel, 1982; Maloney, McGuire, y Daniels, 1988)</p>	<p>corporal y efectos de la dieta.</p>	<p>preocupación sobre el peso (cambio no significativo).</p>
<p>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (Piers, 1965).</p>	<p>- Imagen corporal positiva. Rol de pensamientos, emociones y comportamiento. - Naturaleza y consecuencias de los TCA. Detección precoz.</p>	<p>En la medida post, el grupo de intervención obtuvo una disminución estadísticamente significativa en preocupación por la comida, figura y sintomatología alimentaria reflejada en el EDE-Q. Asimismo, aumentaron las puntuaciones estadísticamente significativas en el seguimiento.</p>
<p>Cuestionario auto reportado de correlación de peso y altura (Fairburn y Beglin, 1994; Davis y Gergen, 1994).</p>	<p>- Cómo resistir las presiones para hacer dieta. - Reacciones ante el estrés. - Hábitos alimentarios saludables. - Autoestima.</p>	<p>Además, en la medidas post y seguimiento del grupo experimental se obtuvo una disminución de tamaño pequeño pero significativo en sintomatología TCA (EAT).</p>
<p>Test de conocimiento realizado por los propios autores.</p>	<p>Intervención realizada por un psicólogo sin experiencia clínica, pero sí en adolescentes, un psicólogo clínico, un psicólogo especializado en infancia y adolescencia y un psicólogo investigador.</p>	<p>El grupo experimental obtuvo puntuaciones superiores de conocimiento en la medida post y seguimiento.</p>
	<p>Descubrimiento guiado, juegos de rol y discusiones en grupo pequeño.</p>	<p>No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en autoconcepto, comportamientos TCA como inducción del vómito, uso de laxantes o diuréticos.</p>
		<p>También se llevaron a cabo estudios de variables predictivas. Las variables con alto nivel de predicción de las puntuaciones de sintomatología de TCA eran dieta restrictiva (valor predictivo 35%, modelo ajustado) y preocupación por la figura tanto en la medida post como en el seguimiento.</p>

			Se basan en el MCS, AM, TDC y TVNE.		
9. McVey y Davis 2002 CANADÁ <i>Every BODY Is a Somebody (basado en un programa creado en el 1997 por Seaver, McVey, Fullerton y Stratton)</i>	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimientos de 6 y 12 meses Sexto grado.	♀:263 La media de edad fue 10,9 y DS ± 0,43.	Subescala de Imagen corporal de Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA; Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer, y Jarcho, 1984). The Children's Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire, y Daniels, 1988; Maloney, McGuire, Daniels, y Specker, 1989)	6 sesiones con el siguiente contenido: - Alfabetización de medios y los peligros asociados al ideal de delgadez. - Influencia genética del peso y los aspectos negativos en el uso de técnicas de cambio de peso. - Hábitos alimentarios saludables (sin dietas). - Hábitos de vida para optimizar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoestima ▪ Técnicas de gestión del estrés ▪ Relaciones interpersonales (sobre todo entre iguales) En la última sesión se invitaron a los padres para compartir signos de alerta de los TCA. Durante todo el proyecto se habilitó a los padres un teléfono de contacto.	No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental. Asimismo, parece haberse producido un efecto madurativo puesto que en las medidas posteriores se reflejó una mejora en satisfacción corporal y una reducción en sintomatología TCA.

			Se basan en el MCS, AM, TDC y TVNE.		
10. Steiner Adair et al. 2002 EEUU <i>Full of Ourselves: Advancing Girl Power, Health and Leadership</i>	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimiento de 6 meses	♀:499 La media de edad fue 12,43 y DS ± 0,62.	Cuestionario autoinformado para conocer la satisfacción del programa y actitudes acerca de la prevención de los TCA. The Body Esteem Scalefor Adolescents and Young Adult (BES; Mendelson, Mendelson, y White, 2001; Mendelson, White, y Balfour, 1993) Subescala de áreas de satisfacción corporal de The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) Body Areas Satisfaction Scale (BASS; Brown, Cash, y Mikulka, 1990; Cash, 1994)	8 sesiones de una frecuencia semanal de entre 45 y 90 minutos cada una. - Sesión 1: Normas, lluvia de ideas, introducción del diario personal y sensaciones corporales (<i>escaneo corporal y bio-energetic punching</i>). - Sesión 2: Cambios físicos en la pubertad, peso, mitos acerca de las dietas y el cuerpo, role playing acerca de la asertividad y escaneo corporal. - Sesión 3: Interiorización y presión de ideal de delgadez. Reorientación positiva de apariencia. Relajación corporal guiada. - Sesión 4: Fat Talk y role playing para combatirlo. Meditación guiada:	Se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental, las participantes del grupo experimental obtuvieron puntuaciones mayores en conocimiento y más satisfacción corporal a pesar del peso. Dichos cambios se mantuvieron a los 6 meses. No se obtuvieron diferencias significativas en comportamientos vinculados a los TCA (saltarse comida o dieta).

			<p>The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ; Heinberg, Thompson, y Stormer, 1995)</p> <p>The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965)</p>	<p>afirmaciones positivas (Hi body).</p> <p>- Sesión 5: Alfabetización de medios y activismo (carta o publicidad).</p> <p>- Sesión 6: Mitos de la nutrición, dietas, definición de comida emocional y actividad física.</p> <p>-Sesión 7: Hábitos alimentarios saludables.</p> <p>-Sesión 8: Acción positiva. Actividad teatral. Autocuidado, estilos de afrontamiento y cómo ayudar a un amigo.</p> <p>Se basan en el MCS, AM, TDC y TVNE.</p>	
11. Haines et al., 2006	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post.	120 estudiantes ♀:80, ♂ :71	<p>Cuestionario autoinformado de burlas recibidas</p> <p>Cuestionario de satisfacción corporal (Pingitore et al., 1997)</p> <p>Sociocultural Attitudes</p>	<p><i>Contexto escolar:</i></p> <p>-Entrenamiento a profesores (mitos de peso, gestión de burlas y no fat talk). Medio día de duración.</p> <p>- Campaña de no burlas. Creadas por los propios alumnos (posters, anuncios...)</p> <p>- Libro mensual. Los alumnos leen un</p>	<p>Después de la intervención los alumnos reportaban una disminución significativa de las burlas percibidas, respecto al grupo control.</p> <p>En el 2008 se llevó a cabo un análisis cualitativo de grupos focales (focus group) con 18 participantes y mostraron que se producía una reducción significativa de interiorización y la importancia de las burlas y mensajes recibidos. Además,</p>

grupo control 10,0 (DE ± 1,0)	Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3)	libro de ficción sobre un protagonista que padece burlas y los efectos de éstas.	incrementó la satisfacción corporal (Haines et al., 2008).
	Autoconfianza percibida de no burlarse de los demás (Neumark-Sztainer y Harris, 1998)	Después de la lectura hay una discusión. - Producción teatral llevada a cabo por un profesional del teatro. Participantes alumnos y profesores.	
	Comportamientos no saludables de cambio de peso y presencia de dieta en el último año, presión percibida de los padres y de los iguales (Neumark-Sztainer y Harris, 1998)	<i>También se llevó a cabo la intervención con las familias.</i> Acudían a ver a su hijo/a en un festival de hip-hop y una obra teatral, se trabajan postales trabajadas en clase con la familia.	
	Cuestionario sociodemográfico	Además, asistían a 2 conferencias entre profesores y padres.	
	Medidas antropométricas de peso y altura	<i>Después se llevaba a cabo 10 sesiones con los alumnos.</i> Se trabajaba: Imagen corporal, impacto de burlas de peso, alfabetización de medios, hábitos alimentarios y físicos saludables. Antes de cada sesión se hacía	

				deporte y luego se comía un snack con poca grasa, pero gran aporte nutricional, duración prevista 1 hora.	
				Se basan en el MCS, AM, TVNE y TDC	
12. McVey et al. 2007 CANADA <i>Healthy Schools-Healthy Kids (HS-HK)</i>	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimiento de 6 meses. Sexto y séptimo grado.	982 estudiantes ♀:157, ♂:130 Media de edad: 11,27 (DE ± 0,67)	Body Satisfaction Scale (Slade, Dewey, Newton, Brodie, y Kiemle, 1990; Neumark-Sztainer, Sherwood, Coller, y Hannan, 2000) Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ; Heinberg, Thompson, y Stormer, 1995). Adaptación de adolescents The Perception of Teasing Scale (POTS; Williams, 2000).	12 sesiones semanales. El programa tiene componentes dirigidos a: - Equipo integral de la escuela (profesores, administración, dirección, conserjería...) Duración de 2 horas donde se trabaja: Preocupación imagen corporal, dieta restrictiva y otros métodos insalubres de control y hábitos. - Padres: Preocupación de la imagen corporal, conciencia de los mensajes transmitidos y mitos de peso, figura y alimentación. - Alumnos: Los profesores imparten	Los participantes de la condición experimental mostraron menos conductas de reducción de peso (no se mantuvo a los 6 meses). Además, se encontró una reducción estadísticamente significativa en la interiorización de los ideales (sobre todo en las chicas y chicos con alto riesgo, puesto que ya llevaban a cabo conductas para perder peso) y reducción de los comportamientos alimentarios alterados e incremento de la satisfacción corporal.

			<p>The children's version of the Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire, y Daniels, 1988; Maloney, McGuire, Daniels, y Specker, 1989)</p> <p>Questionario ad hoc por si se han realizado comportamientos de reducción de peso y ganancia de musculatura.</p> <p>The Silencing the Self Scale (STSS; Jack y Dill, 1992; Sippola y Bukowski, 1996)</p> <p>Satisfacción del programa</p> <p>Questionario de peso y altura autoreportado.</p>	<p>en sus clases cada día un contenido basado en Every BODY Is a Somebody (Seaver et al., 1997). Se trabaja: Alfabetización de medios, autoestima, imagen corporal, diversidad corporal, no dieta, actividad física, gestión estrés y técnicas de relajación.</p> <p>- Enfermeras trabajadoras del centro de salud público de referencia basado en Empowering Early Adolescent Girls (Lecroy and Daley, 2001). Se trabaja la dieta, gestión estrés, estilos de afrontamiento y HHSS.</p> <p>También se lleva a cabo un musical, focus groups, presentaciones, pósteres y vídeos.</p> <p>Se basan en el MCS, TDC y AM</p>	
13. de León et al. 2008	Diseño Cuasi-experimental con grupo	120 estudiantes ♀:61, ♂:59	The children's version of the Eating Attitudes Test	8 sesiones de 90 minutos. Dos formatos de intervención:	Se produjeron mayores cambios en la modalidad de intervención interactiva respecto al grupo control, tanto en chicos como en chicas. Se incrementó

MÉXICO	control y medidas pre y post. Seguimiento de 6 meses.	Media de edad: 9,93 (DE $\pm 0,44$)	<p>(ChEAT;Maloney, McGuire, y Daniels, 1988; Escoto y Camacho, 2008)</p> <p>Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987; Vazquez et al., 2006)</p> <p>The Bulimia's Test (BULIT; Smith y Theien, 1984; Alvarez et al., 2000)</p> <p>Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26; Toro, Salamero, y Martínez, 1994).</p> <p>The Children's Self- Esteem Inventory (PAI; Pope et al., 1988; Caso, 1999)</p>	<p>Interactivo y didáctico.</p> <p>- Relaciones interpersonales</p> <p>-Autoafirmaciones positivas relacionadas con la apariencia</p> <p>- Cambios de la adolescencia, prejuicios de peso y figura y mitos de la gordura.</p> <p>- Asertividad en situaciones relacionadas con el peso y la figura.</p> <p>- Alfabetización de medios y resistencia de las presiones del ideal de delgadez.</p> <p>- Hábitos alimentarios saludables.</p> <p>- Inteligencia emocional: identificación, sensaciones físicas, situaciones y gestión.</p> <p>- Estilo de afrontamiento. Relaciones saludables y gestión del conflicto.</p> <p>Se basan en el TVNE, MCS, TDC y AM</p>	significativamente la autoestima en chicos, la satisfacción corporal en ambos sexos que se mantuvo a los 6 meses y se disminuyó la interiorización del ideal de delgadez (cambios no significativos estadísticamente). Se disminuyó significativamente la sobre ingesta en chicos y se mantuvo a los 6 meses. Además, se optimizaron las relaciones interpersonales, disminuyendo actitudes irreales y poco saludables).
--------	--	--------------------------------------	--	--	--

14. Ortega MÉXICO 2008	Diseño Cuasi- experimental con grupo control y medidas pre y post.	28 ♀ Media de edad: 13,07 (DE ± 5,39)	Instrumento ad hoc formado por dos secciones. La segunda es validada por Saucedo-Molina. Se median variables de hábitos alimentarios, cambios físicos durante la pubertad, conductas alimentarias de riesgo, tiempos de comida, preocupación por el peso y la comida y factores socioculturales como malestar con la imagen corporal e influencia de la publicidad	9 sesiones de una hora. - Hábitos de alimentación (los nutrientes y relación con el crecimiento). - Imagen corporal. - Medios de comunicación e influencia de la publicidad. - Significado del ideal de delgadez. - Autoestima. Al grupo control se le administró educación de hábitos alimentarios básicos. Se basan en el MCS, TDC, AM y TVNE.	Se observó una disminución de los factores de riesgo asociados a TCA en el grupo experimental, diferenciándose estadísticamente significativamente con el grupo control.
15. Wilksch et al. 2009 AUSTRALIA <i>Media Smart</i>	Diseño Cuasi- experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimiento de 30 meses	540 Estudian- tes ♀:273, ♂ :267 La media de edad fue de	EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994) 12 ítems de la subescala de problemas de figura y peso.	Programa de 8 sesiones, dos por semana de 50 minutos de duración. - Alfabetización de medios. - Activismo. - Actividades intercesión.	Los participantes de la condición que recibe el programa en el seguimiento de 30 meses obtienen una diferencia significativamente menor de los problemas de peso y figura corporal ($d=0,29$) y en las medidas post informan de una puntuación estadísticamente inferior en dieta ($d=0,26$), insatisfacción corporal ($d=0,20$), sentimientos de ineficacia

(2 años y medio).	13,62 DS ± 0,37	<p>Dutch Eating Behavior Questionnaire—Restraint scale (DEBQ-R) (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986)</p> <p>Subescalas de insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia de The Drive for Thinness scale from the Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, 1991).</p> <p>SATAQ-3; (Heinberg, Thompson, y Stormer, 1995).</p> <p>Perceived Sociocultural Pressure Scale (Stice, Ziemba, Margolis, y Flick, 1996).</p> <p>Versión corta de Child Depression Inventory (Kovacs, 1992)</p>	<p>Se basan en el MCS, TDC, MF y AM</p>	<p>($d=0,23$) y síntomas depresivos ($d=0,26$) y mayores en autoestima ($d=0,25$)</p> <p>Wilksch, 2010 realizó un estudio de eficacia y obtuvo que el programa fue efectivo tanto en los chicos como en las chicas, independientemente del grupo de riesgo a desarrollar TCA que pertenecían.</p>
-------------------	--------------------	---	--	--

		The Self-Esteem Scale (SES; Rosenberg, 1965)			
16. Lobera et al. 2010 ESPAÑA	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post.	371 estudiantes ♀:174, ♂ :197 La media de edad fue de 14,72 DS ± 1,96 en el grupo experimental y 14,99 DS ± 1,80 Grado 8	The Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1998) The Self-Esteem Scale (SES; Rosenberg, 1965) The Coping Strategies Inventory (CSI; Tobin et al., 1989) Influences on Body Shape Model (CIMEC and CIMEC-V; Toro et al., 1994; Toro et al., 2005) Perceived Stress Questionnaire (PSQ; Levenstein et al., 1993)	10 sesiones: - 5 módulos: - Nutrición - Autoestima - Estilos de afrontamiento - Alfabetización de medios - Imagen corporal Adaptación española del Girls' Group. 2 sesiones posteriores dirigidas a los padres y profesores. La intervención se llevaba a cabo por nutricionistas, psicólogos, farmacéuticos y profesores, todos ellos previamente entrenados. Material de trabajo visual y lúdico. El grupo control se le administra información de los TCA con una	Los participantes de la condición experimental obtuvieron, después de la intervención y respecto al grupo control, menores medidas de insatisfacción corporal e interiorización del ideal de delgadez y presión de los medios. Además, obtuvieron una mejoría en las medidas de autoestima, hábitos alimentarios y estilos de afrontamiento.

				aproximación tradicional.	
				Se basan en TVNE.	
17. McCabe et al. 2010 AUSTRALIA	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimientos de 3, 6 y 12 meses.	421 ♂ Media de edad del grupo experimental: 12,96 (DE ± 0,78) Media de edad del grupo control: 13,18 (DE ± 0,95)	The Drive for Thinness scale from the Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner, 1991) Depression Anxiety Stress Scales (Lovibond y Lovibond, 1995) Suescalas de autoestima, percepción de la popularidad y subescala de relaciones de iguales del mismo sexo Self-Description Questionnaire II (Marsh, 1990) Subescala de influencias mediáticas Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire	5 sesiones semanales de 1 hora implementadas por un investigador externo. - Diferencias individuales. - Importancia de la comunicación y herramientas - HHSS - Estrategias de afrontamiento (sobre todo emociones negativas) Consolidación de aprendizajes Se basan en TVNE.	- El grupo experimental, a pesar de haber obtenido medidas pre más bajas en insatisfacción corporal, demostraron una reducción significativa del estado de ánimo negativo en la medida post y en el seguimiento de 6 meses.

			(McCabe y Ricciardelli, 2001)		
18. Raich et al. 2010 ESPAÑA	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post.	349 ♀ Media de edad: 13 (DE ± 0,47) Curso: Segundo de la ESO	Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979); versión Española 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: - Aprendizaje de conceptos básicos de nutrición (NUT) - Crítica del modelo estético femenino (ABM) - Alfabetización de medios (desarrollo del pensamiento crítico ante los mensajes emitidos en los medios de comunicación, Alfabetización de medios) (ML) Se formaban 2 grupos experimentales según si se impartían los 3 (NUT+ ABM+ ML) componentes o solo 2 (ABM+ ML) o grupo control (sin intervención). Se basan en MCS, TDC, AM y MF.	- Los grupos de alto riesgo (menarquia temprana, sobrepeso y grupos con mayor grado de interiorización de los modelos estéticos femeninos) redujeron la presión percibida por ser delgada, las actitudes negativas acerca de la alimentación y el conocimiento de la nutrición, en mayor medida. - Ambos grupos experimentales (ML+ABM+NUT o ML+ABM) obtuvieron resultados estadísticamente significativos inferiores en las variables anteriormente mencionadas, comparándolas con el grupo control.
19. Richardson y Paxton 2010	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y	194 ♀ Media de edad: 12,4 (DE ±	Sociocultural Attitudes Toward Appearance	Tres sesiones de 50 minutos cada una. - Media Literacy y cómo	- Los participantes del grupo experimental obtuvieron menos puntuaciones en las escalas que reflejan factores de riesgo como insatisfacción

AUSTRALIA	medidas pre y post.	4,13 meses)	<p>Questionnaire Internalization Subscale (Heinberg, Thompson, Stormer, 1995)</p> <p>Physical Appearance Comparison Scale (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991)</p> <p>Body Satisfaction Visual Analogue Scale (Durkin, y Paxton, 2002)</p> <p>Weight Teasing subscale of the Perception of Teasing Scale (Thompson, Cattarin, Fowler, y Fisher, 1995)</p> <p>Eating Disorder Examination Questionnaire Restraint subscale (Fairburn, y Beglin, 1994)</p> <p>Eating Disorder Inventory</p>	<p>afrontar a los mensajes publicitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversaciones de apariencia. - Comparaciones. <p>Se basan en MCS, AM, TDC y MF.</p>	<p>corporal y dieta restrictiva y más autoestima que el grupo control, tanto en la medida post como en la medida de seguimiento a los 3 meses.</p>
-----------	---------------------	-------------	--	--	--

			<p>Bulimia subscale (Garner, Marion, Olmstead, Polivy, 1983)</p> <p>Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965)</p>		
20. González et al. 2011 ESPAÑA	<p>Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post.</p> <p>Seguimientos de 7 y 30 meses.</p>	<p>443 estudiantes ♀:254, ♂:198</p> <p>La media de edad fue 13,5 DS ± 0,4</p>	<p>Datos socio biográficos</p> <p>Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979). Adaptación Española de (Castro, Toro, Salamero, y Guimerá, 1991) phases studied).</p> <p>Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26; Toro, Castro, Gila, y Pombo, 2005; Toro, Salamero, y Martínez, 1994).</p> <p>IMC</p>	<p>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)</p> <p>Los participantes se asignaron a una de las siguientes tres condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfabetización de medios (ML). - Alfabetización y conocimientos básicos 	- Los participantes ML+NUT i ML obtuvieron puntuaciones estadísticamente inferiores respecto al grupo control en la medida post y en los seguimientos en la interiorización del ideal de delgadez y en actitudes negativas hacia la comida.

				de nutrición (ML+NUT). - Grupo control. Se basan en MCS, TDC, AM y MF.	
21. López-Guimerà et al. 2011 ESPAÑA	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post. Seguimiento de 6 meses.	♀:263 La media de edad fue 13,41 DS ± 0,38	Datos socio biográficos Eating Attitudes Test (EAT-40); (Garner y Garfinkel, 1979). Adaptación Española de (Castro, Toro, Salamero, y Guimerà, 1991) Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26; Toro, Castro, Gila, y Pombo, 2005; Toro, Salamero, y Martínez, 1994). Indicador de la adhesión a las actividades (ACT) IMC	Programa de alfabetización de medios interactivo ML (2 sesiones de 90 minutos y 2 sesiones de 60 minutos). La última es activismo. NUT (1 sesión de 90 minutos) ML+NUT Se basan en MCS, TDC, AM y MF.	- Ambos grupos experimentales obtuvieron resultados estadísticamente significativos inferiores en actitudes adversas hacia la comida. - El grupo experimental que recibió el programa ML+NUT obtuvo una disminución significativa en las puntuaciones que reflejan la interiorización del ideal de belleza en el seguimiento. - Los tamaños del efecto del programa fueron más grandes que el promedio de las obtenidas en programas universales anteriores. - Aunque no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, aquellos participantes que hicieron actividades entre sesiones obtuvieron un tamaño del efecto mayor.
22. Austin et al. 2012	Medidas pre y post.	♀:16.369 45 institutos	Cuestionario de medidas sociodemográ-	A toda la muestra se implementó el programa.	Gran diversidad entre escuelas sobre las conductas compensatorias basales y sus características.

<p>EEUU <i>Planet Health Intervention of Eating Disorder Symptoms</i></p>	<p>Seguimiento de 3 años Sin grupo control.</p>	<p><i>No se aportan datos de la edad de las participantes</i></p> <p><i>Grado 6 a 8</i></p>	<p>ficas, nivel de conocimientos, valoración de los participantes y medidas ad hoc auto informadas de comportamientos de compensación alimentarios (vómitos, laxantes o píldoras adelgazantes)</p>	<p>El objetivo era prevenir la obesidad, reduciendo el consumo de TV y mejorando la actividad física y la nutrición (incremento de ingesta de frutas y verduras y reduciendo el consumo de grasas saturadas).</p> <p>Por tanto, se llevaron a cabo 30 clases de 5-10 minutos y 6 clases más sobre aptitud deportiva, durante las clases convencionales.</p>	<p>En el seguimiento de los 3 años hubo una reducción del consumo de TV y en algunas escuelas, una reducción de conductas compensatorias. Sin embargo, a nivel general la media no difirió entre el nivel basal y el seguimiento de 3 años.</p> <p>La probabilidad de realizar conductas compensatorias se reducía un 20% si la escuela llevaba a cabo sesiones adicionales.</p> <p>En el estudio publicado en el 2010, obtuvieron que menos de la mitad de los alumnos (29,5%- 42,5%) tenían hábitos alimentarios saludables. Los chicos reportaban mejores hábitos (42,5%).</p>
<p>Se basan en la MCS, TDC y TVNE</p>					
<p>23. Berger et al. 2013 ALEMANIA <i>Torera</i></p>	<p>Medidas pre y post. Dos grupos controles: no tratado o pre-tratado.</p>	<p>533 estudiantes ♀:277, ♂:256</p> <p>La media de edad fue 12,03 DS ± 0,65</p>	<p>Cuestionario de datos sociodemográficos. Medidas auto informadas de IMC.</p> <p>German Body Experience Questionnaire (FBeK; Strauss and Richter-Appelt 1996)</p>	<p>9 sesiones. - Alfabetización de medios - Dietas y <i>weight cycling</i> (mediante atracones) - Hábitos alimentarios saludables (alternativas de alimentos grasientos y dulces). -Componentes imagen corporal. -Actividad deportiva.</p>	<p>Los participantes del programa Torera, en la medida post reportan menos conductas alimentarias de riesgo ($d=0,28$) y mayor SC. Los tamaños del efecto suelen ser pequeños a moderados.</p> <p>Los tamaños del efecto son mayores en chicas y en grupo de riesgo.</p>

			- SCOFF (Morgan, Reid, y Lacey, 1999)	- Consecuencias de burlas y cómo pararlo.	
			Adaptación germánica de Eating attitudes test EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982)	Se basan en el MCS, AM, TDC y TVNE	
24. Bird et al. 2013 REINO UNIDO <i>Happy Being Me</i>	Diseño cuasi experimental con medidas pre y post y grupo control. Seguimiento a los 3 meses.	88 estudiantes ♀:42, ♂:46 10-11 años de edad.	Cuestionario de datos sociodemográficos. Medidas auto informadas de IMC. Body Satisfaction Visual Analogue Scale (Durkin y Paxton, 2002) Subescala de internalización de Socio-cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004)	3 sesiones de 1 hora con frecuencia semanal. - Alfabetización de medios - Fat talk - Comparación corporal Se basan en la MCS, TDC y AM	En los chicos, el grupo experimental obtuvo mejores puntuaciones estadísticamente significativas en la comparación corporal y en la interiorización del ideal estético, en la medida post, pero no en los seguimientos. En las chicas, el grupo experimental obtuvo mejores puntuaciones estadísticamente significativas en comportamientos alimentarios, SC, conversaciones acerca de la apariencia y comparación corporal. Sin embargo, solo se mantuvo dicha mejoría en la medida de SC.

Subescala de conversaciones de apariencia con amigos de
Appearance Culture Among Peers Scale
(Jones et al., 2004)

The Physical Appearance Comparison Scale (Thompson, Heinberg, y Tantleff, 1991).

Perception of Teasing Scale (Thompson, Cattarin, Fowler, y Fisher, 1994)

Subescalas de restricción cognitiva y comida emocional de
Three Factor Eating Questionnaire
(Stunkard y Messick, 1985)

Self-Esteem Scale (Robins, Hendin, y Trzesniewski, 2001)

			<p>5 ítems creados por los autores originales de Happy Being Me (Richardson y Paxton, 2010) que evalúan el grado de conocimiento de los temas abordados en el programa</p>		
25. Espinoza et al. 2013	Diseño cuasi experimental con medidas pre y post	443 adolescentes.	<p>IMC (medidas in situ)</p> <p>Qüestionari d'Imatge Corporal (QÜIC)/Body Image Questionnaire (Penelo et al., 2012).</p>	<p>2 condiciones experimentales:</p> <p>- NUT + ML 5 sesiones:</p> <p>1 sesión de nutrición (NUT) de 90 minutos</p> <p>2 sesiones de alfabetización de medios (ML) de 90 minutos</p> <p>2 sesiones de activismo de 60 minutos</p> <p>- NUT solo la sesión de nutrición.</p> <p>Se basan en la MCS, TDC y AM.</p>	<p>Los alumnos pertenecientes a las dos condiciones experimentales, después de los 30 meses de la intervención, obtuvieron puntuaciones estadísticamente superiores en cuanto a la satisfacción corporal y menos problemas de la imagen corporal, respecto al grupo control.</p>
ESPAÑA	Seguimiento de 7 meses y 2,5 años.	<p>♀:254, ♂:189</p> <p>La media de edad fue 13,4 DS ± 0,4.</p>			

26. Franko et al. 2013 EEUU <i>BodiMojo</i>	Diseño cuasi experimental con grupo control. Evaluación pre, post y seguimiento de 3 meses. Se dividieron aleatoriamente las clases de las escuelas cuyos alumnos participaron.	♀:113, ♂:65 La media de edad de los chicos fue 15,4 DS ± 1,04 y la de las chicas fue 15,2 DS ± 0,78	<p>Cuestionario de datos sociodemográficos</p> <p>Body Esteem Scale for Adolescents and Adults (BES) (Mendelson, Mendelson, y White, 2001)</p> <p>Eating Disorder Inventory (EDI)-Body Dissatisfaction Scale (Garner, 2004)</p> <p>Physical Appearance Comparison Scale (PACS) (Thompson, Heinberg, y Tantleff-Dunn, 1991)</p> <p>Encuesta de satisfacción</p>	Programa online de 4 semanas de frecuencia semanal, 45 minutos cada una. El grupo control continuó realizando sesiones de educación sanitaria estándar. - Hábitos saludables (alimentación y actividad física). - Satisfacción corporal, consecuencias y rol de las emociones. Papel de los medios. Riesgo TCA. Body talk Se basan en la TVNE, TDC y MCS.	<ul style="list-style-type: none"> - Las chicas después de la intervención, comparando sus resultados con el grupo control, obtuvieron menos puntuaciones en insatisfacción corporal y comparación. Asimismo, no se mantuvieron en el seguimiento. - Los chicos después de la intervención no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental.
27. Niide et al. 2013 HAWAII	Diseño cuasi experimental con medidas pre y post.	297 chicos y chicas. ♀:61,7%, ♂:29,9%	<p>The Children's Body Figure Rating Scale (FRS) (Stunkard AJ, Sørensen T, y Schulsinger F, 1983)</p>	10 sesiones. - Autocuidado - Hábitos alimentarios - Mindful body	- Después de la intervención, el grupo experimental obtuvo mejores puntuaciones en SC, autoestima y menos actitudes alimentarias alteradas. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas

<i>The Healthy Body Image Curriculum (HBI)</i>	Cursos de cuarto a sexto	The Children's version of the Eating Attitudes Test (ChEAT) (Maloney MJ, McGuire JB, y Daniels SR,1988)	- Autoestima (fortalezas ajenas a la apariencia) - Alfabetización de medios - Riesgos de la dieta -Cambios físicos de pubertad	entre cursos y sexos. Asimismo, los chicos sí que obtuvieron puntuaciones superiores en la interiorización de la musculatura. Se obtuvieron menores puntuaciones de la medida que reflejaba este constructo después de la intervención. Generalmente, hubo el mismo efecto de la intervención en grupos de riesgo de TCA.	
		The Piers-Harris second edition (PH-2) (Piers EV, y Harris DB, 1984)	Se basan en la TVNE, AM, TDC y MCS.		
		The Drive for Muscularity Scale (DMS) (McCreary DR, y Sasse DK, 2000)			
28. Ross et al. AUSTRALIA 2013 <i>Y's Girl</i>	Diseño cuasi experimental con medidas pre y post.	♀:60 La media de edad fue 11,24 DS ± 0,44	Body-Esteem Scale (Mendelson, Mendelson, y White, 2001) Subescala de internacionalización: Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004) Subescala de confianza entre	6 sesiones de 60 minutos cada una. Se enfoca en factores de riesgo de problemas de imagen. Se trabaja: - Diversidad - Amistad -Variabilidad de ideales de belleza entre culturas e historia. - Comunicación (elogios y asertividad). - Belleza individual y holística - Estilos de afrontamiento	- Las participantes del grupo experimental, después de la intervención y comparándolas con las puntuaciones del grupo control obtuvieron más puntuaciones en SC y AE. Menos internalización del ideal de belleza femenino y menos discrepancia entre la figura real e ideal.

			<p>iguales: 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>- Autoestima (nuestras cualidades), salud y bienestar.</p> <p>- Manipulación digital</p> <p>Se basan en TVNE, AM, TDC y MCS</p>	
29. Valles 2013 ESPAÑA	<p>Diseño cuasi experimental</p> <p>Medidas pre y post con grupo control y con</p>	<p>406 alumnos ♀:214; ♂:192 10 centros.</p>	<p>EDI-2 (Garner,1998)</p> <p>Imagen Corporal (Salono y Cano, 2010)</p>	<p>5 sesiones de 1 hora de duración.</p> <p>- Nutrición - Imagen corporal y crítica del modelo estético.</p>	<p>Medidas Pre:</p> <p>- Las mujeres tienen más preocupaciones y actitudes alimentarias alteradas, insatisfacción corporal y más interiorización de los ideales estéticos.</p>

	seguimiento de 3 meses. 2 grupos de intervención: trabajando la imagen corporal y sin imagen corporal	La media de edad fue 12,21 DS ± 0,72. 1ero de la ESO.	Escala de Habilidades Sociales (Gismero, 2002) Nutrición (Ruiz-Lázaro, 1999) Test de Rosenberg (Rosenberg, 1973) Índice de masa corporal	Alfabetización de medios. - Autoestima y autoconcepto. - Asertividad y HHSS. Se basan en la MCS, AM, TDC y TVNE	- Mejores niveles de autoestima, hábitos alimentarios y HHSS en los hombres - Más nivel de satisfacción corporal en mujeres. Medidas posteriores: - En el seguimiento, los participantes de la intervención obtuvieron una disminución de la sintomatología de TCA e insatisfacción corporal y mejoraron las puntuaciones de autoestima, HHSS y nutrición. Incluido al grupo de riesgo de TCA.
30. Wilksch 2013 AUSTRALIA <i>Life Smart</i>	Diseño experimental con grupo control y medidas pre y post.	115 estudiantes ♀, ♂ No se especifica la proporción. Curso: Séptimo La media de edad fue 12,71 DS ± 0,41	Dutch Eating Behavior Questionnaire—Restraint scale (DEBQ-R) (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986) Escala de insatisfacción corporal de Eating Disorder Inventory (EDI-BD) : (Garner, Olmstead, y Polivy, 1983) Subescala de Internalizació. Sociocultural	8 sesiones. Dos sesiones semanales de 50 minutos. Contenidos: - Alfabetización de medios. - Hábitos alimentarios. - Descanso y actividad. - Pensamientos y emociones. - Relaciones. Se basan en la MCS, AM, TDC y TVNE	- El grupo que completó el programa obtuvo en la medida post, resultados menores en las medidas de preocupación corporal y de peso, sobre todo en chicas. Tamaño del efecto .54.

**Attitudes
Towards
Appearance
Questionnaire³**
(Thompson, van
den Berg, Roehrig,
Guarda, y
Heinberg, 2004)

**Children's
Depression
Inventory—
Short Form (CDI)**
(Kovacs, 1992)

Subescala
preocupación por
errores de

**Multidimensio-
nal
Perfectionism
Scale** (Frost,
Marten,
Lahart, y
Rosenblate, 1990)

**Mcknight Risk
Factor
Survey** (McKnight
Investigators,
2003)

3 ítems que
exploran hábitos
alimentarios y 4 de
tiempo de pantalla

**Project Eating
Among Teens
(EAT-II:**
Haines et al., 2006)

		Actividad física: GUTS (Field et al., 2003)			
31. Golan et al. 2014 ISRAEL <i>In Favor of Myself</i>	Diseño cuasi experimental . Medidas pre y post. Grupo control con aplicación de clase convencional . Seguimiento de 3 meses	210 chicos y chicas. ♀:114, ♂ :96 La media de edad en chicas fue 13,12 DS ± 0,97 y en chicos 13,5 DS ± 0,86.	- Cuestionario de medidas sociodemográficos y cambios puberales. - Subescala de presión percibida de SATAQ-3 - Subescala de apariencia de (CSW) - Rosenberg self-esteem scale - Las imágenes de figuras corporales (FBG) - Eating attitudes test EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) - Subescalas de interiorización del ideal de belleza e insatisfacción corporal de Eating Disorders Inventory-2	8 sesiones de 90 minutos administradas con frecuencia semanal y en grupos entre 15 y 20 participantes. Aplicado por profesores anteriormente entrenados. Contenido: - Autoestima - Imagen corporal - Autoimagen - Alfabetización de medios y disonancia cognitiva Se basan en TDC, MCS, AM y TVNE.	- En la medida pre, las chicas obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en autoestima. Éstas influidas en mayor medida por la autoimagen, la apariencia física, la popularidad, la comunicación interpersonal y las personas que admiran. Además, obtuvieron mayor insatisfacción corporal, más discrepancia entre figura real y deseada y mayores intentos conductuales para alcanzar el ideal. - Al final de la intervención, se produjo una reducción estadísticamente significativa en la puntuación de las chicas en la importancia de la apariencia física y más importancia en otros aspectos como el rendimiento escolar. Además, se redujo el impacto de las comparaciones con los iguales y la familia en la autoimagen. La mejora en las chicas se mantuvo a los 3 meses.

32. Halliwell y Diedrichs 2014 REINO UNIDO	Diseño cuasi experimental Medidas pre y post con grupo control y con seguimiento de 1 mes.	♀: 106 La media de edad fue 12,07 DS ± 0,27	The Thin Ideal Internalization Scale (Stice y Agras, 1998)	6 sesiones basadas en Body Project (proyecto dirigido a chicas universitarias) (Stice y Presnell, 2007)	Las chicas que participaron en el programa obtuvieron puntuaciones menores en insatisfacción corporal e internalización del ideal de delgadez y más resistencias para hacer frente a las presiones de los medios, en las medidas post, respecto al grupo control.
	Se dividieron aleatoriamente las clases de las escuelas cuyos alumnos participaron, la mitad iba en una condición y la otra a otra.		Body Parts Scale (Berscheid, Walster, y Bohrnstedt, 1973)	Alfabetización de medios y psicoeducación de estándares de belleza. Role Playing de situaciones donde hay presión para hacer dieta y cómo gestionarlo.	Sin diferencias estadísticamente significativas en restricción alimentaria entre grupos.
			The Dutch Restrained Eating Scale (DRES; Van Strien, Frijiters, Bergers, y Defares, 1986)	Retos entre sesiones.	
			Cuestionario autoinformado con una escala Likert de 7 niveles para evaluar satisfacción de tamaño y forma corporal.	Se basan en la MCS, AM y TDC	
33. Jones et al. 2014 EEUU <i>StayingFit</i>	Medidas pre y post. Sin grupo control ni seguimiento.	336 estudiantes. ♀:137; ♂:199	Medidas antropométricas . Medidas de peso y altura auto informadas.	12 sesiones online. 9 semanas. - Hábitos alimentarios (alimentos buenos y malos). - Actividad deportiva para controlar el peso. - Comidas regulares, evitar bebidas	Los participantes del programa disminuyeron su IMC. Asimismo, el percentil no cambió en el grupo de hábitos alimentarios saludables (grupo sin sobrepeso). Además, también disminuyeron las preocupaciones de peso y de figura corporal y aumentó el consumo de frutas y verduras, en ambos grupos.
	2 grupos de intervención en función del IMC de	La media de edad del grupo sobrepeso	Weight Concerns Scale (WCS; Killen et al., 1994)		

los participantes .	fue 14,3 DS \pm 0,74 y el grupo sin sobrepeso fue 14,3 DS \pm 0,63	<p>Youth Risk Behavior Survey (YRBS) (Centers for Disease Control. Youth Risk Behavior Survey, 2011)</p> <p>The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D); Radloff, 1991)</p>	<p>hipercalóricas y saber leer etiquetas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imagen corporal, autoestima y efecto de los pensamientos y emociones negativas. - Hábitos saludables. <p>Higiene del sueño, deporte y barreras que no ayudan a realizar hábitos alimentarios saludables.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Snacks saludables. <p>Efecto de la dieta y por qué no funcionan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información TCA. <p>Reestructuración cognitiva para sentirse bien con su cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente. <p>Influencia para consumir malos alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje cómo no contribuir al estigma de peso y burlas y cómo afrontarlas. - Hábitos alimentarios saludables. <p>Mantenimiento.</p>	En el grupo con sobrepeso, después del programa, la actividad deportiva aumentó y disminuyeron el consumo de refrescos y el tiempo de TV.
			<p>Se basan en la MCS, TDC y TVNE</p>	

34. Wilksch y Wade 2014 AUSTRALIA <i>Media Smart</i>	Diseño cuasi experimental Medidas pre y post con grupo control y con seguimientos de 6 meses y 2,5 años. Se dividieron aleatoriamente las clases de las escuelas cuyos alumnos participaron, la mitad iba en una condición y la otra a otra.	540 chicos y chicas. ♀:126, ♂:107 La media de edad fue 13,62 DS ± 0,37 Octavo curso	<p>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (Thompson et al., 2004)</p> <p>Subescalas de insatisfacción corporal e inefectividad</p> <p>Eating Disorder Inventory (EDI) (Garner et al., 1983). <i>Para los chicos utilizan otro estudio de adaptación.</i></p> <p>Eating Disorder Examination e Questionnaire (Fairburn y Beglin, 1994)</p> <p>Subescala de restricción de</p> <p>Dutch Eating Behaviour Questionnaire (Van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986)</p> <p>Perceived Sociocultural</p>	8 sesiones de 50 minutos con frecuencia semanal, durante 4 semanas. Se basan en AM, MF, MCS y TDC	Los participantes que realizaron el programa de prevención obtuvieron puntuaciones que reflejaban menos preocupaciones por el peso y figura, ineficacia y menos interiorización de los medios y dieta, a diferencia del grupo control, sobre todo en mujeres. Los efectos de preocupación por el peso y la figura se mantenían en los seguimientos, sobre todo en aquellos alumnos con niveles de síntomas depresivos altos. En cambio, los participantes que tenían menos síntomas depresivos tenían menos efecto de la intervención al seguimiento de los 2 años y medio.
---	--	--	---	---	---

Pressure Scale (Stice, Ziemba, Margolis, y Flick, 1996)					
35. Atkinson y Tracey 2015 AUSTRALIA	Medidas pre y post con seguimiento de 6 meses. 3 grupos: grupo control y dos grupos experimentales.	♀:347 La media de edad fue 15,70 DS ± 0,77	<p>Cuestionario de datos sociodemográficos. Medidas auto informadas de IMC. EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994)</p> <p>Subescala de PANAS Negative affect scale (PANAS-N) (Watson, Clark, y Tellegen, 1988).</p> <p>Subescala de restricción de Dutch Eating Behavior Questionnaire – (DEBQ-Restraint: Van Strien, Frijters, Berger, y Defares, 1986)</p> <p>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ; Heinberg, Thompson, y Stormer, 1995).</p> <p>Impedimiento funcional: The Clinical Impairment</p>	3 sesiones: Grupo A: DBI (Basado en The Body Project) Basado en TDC, MCS y AM Grupo B: MBI (Adaptado de la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) Basado en TVNE	<p>Los participantes del programa basado en Mindfulness obtuvieron una reducción significativa en problemas de peso y figura ($d=0,65$), dieta restrictiva ($d=0,67$), presiones socioculturales percibidas ($d=0,47$), síntomas de TCA ($d=0,61$) e impedimento funcional ($d=0,59$). Los participantes del grupo DBI obtuvieron una reducción significativa en presiones socioculturales ($d=0,59$).</p> <p>Todos los cambios fueron respecto al grupo control y solo a los 6 meses. Se producen efectos madurativos, puesto que la variable tiempo ejerce un efecto significativo en varias variables dependientes.</p>

<p>Assessment (CIA; Bohn et al., 2008)</p> <p>The Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM; Greco, Baer y Smith, 2011)</p> <p>Evaluación profesores</p>					
<p>36. Diedrichs et al. 2015 REINO UNIDO <i>Confident Me</i></p>	<p>Diseño cuasi experimental. Medidas pre, post y seguimiento de 4 y 9 semanas y medio. 3 condiciones: Grupo control, intervención realizada por parte del profesorado y por parte del equipo de investigación.</p>	<p>1707 chicos y chicas ♀: 50.83% La media de edad en chicas fue 12.14 DS ± 0.68 y en chicos 12.18 DS ± 0.70.</p>	<p>- Body Esteem Scale for adolescents y adults (Mendelson, Mendelson, y White, 2001)</p> <p>- Weight and appearance subscales combined (Neumark-Sztainer et al., 2007)</p> <p>- Project-EAT III Body Areas Satisfaction Scale (Neumark-Sztainer et al., 2007)</p> <p>- Subescala de internización general Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004),</p>	<p>Una sola sesión de 90 minutos.</p> <p>- Ideales de apariencia. Qué y cuáles son, consecuencias y dónde encontrarlos.</p> <p>- Media Literacy: Métodos de manipulación en los medios.</p> <p>- Comparaciones: Qué son, sesgos cognitivos implicados, cómo identificarlas y mejorarlas, cómo evitar comparaciones.</p> <p>- Resumen. Identificar mensajes claves y escribir un compromiso de acción futura para promover la imagen corporal propia y de los demás.</p>	<p>Efectos pequeños y medianos y no se mantuvieron en el seguimiento.</p> <p>No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la medida post y seguimiento y entre los grupos: control e intervención en satisfacción corporal, comparaciones de apariencia, burlas, autoestima y conversaciones de apariencia.</p> <p>La intervención tiene un beneficio muy corto en chicas referente a la dieta restrictiva, síntomas de TCA y algunos resultados psicosociales como el afecto negativo en chicas y la repercusión de la preocupación por la apariencia en la vida cotidiana, tanto en chicos como en chicas.</p> <p>Las intervenciones implementadas por parte de investigadores permiten resultados significativamente mejores que las impartidas por profesores. Sin embargo, hay que remarcar que éstos solo se manifiestan en el seguimiento cuando no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo de intervención.</p>

- Propósito de cambiar el cuerpo a través de escalas existentes, **scales of sociocultural pressures** (Stice y Bearman, 2001; Thompson et al., 2004)

- **Social Comparison to Models and Peers Scale** (Jones, 2001), *Adaptaciones de peso, figura corporal, moda y apariencia.*

- **Project EAT-III Teasing Scale** (Neumark-Sztainer et al., 2007). *Adaptación de aspectos de apariencia.*

- **Conversaciones de apariencia entre amigos** (Jones, Vigfusdottir, y Lee, 2004)

-**Positive and negative affect schedule for children** (Ebesutani et al., 2012)

- Versión reducida de **Rosenberg Self-esteem** (Neumark-Sztainer et al., 2007; Rosenberg, 1965)

Se basan en TDC, MCS, y AM.

			<p>- Subescala de dieta restrictiva de Dutch Eating Behaviour Questionnaire (van Strien, Frijters, Bergers, y Defares, 1986)</p> <p>- SCOFF (Morgan, Reid, y Lacey, 1999)</p> <p>- Medida ad hoc de afectación de la preocupación de apariencia y del cuerpo en la vida cotidiana.</p>		
37. Mora et al. 2015	Diseño cuasi experimental y medidas pre y post.	200 chicos y chicas.	<p>Medidas antropométricas de IMC</p> <p>Cuestionario sociodemográfico (índice de Hollingshead)</p> <p>Adaptaciones españolas de:</p> <p>- Eating Attitudes Test (EAT-26) (Gandarillas, Zorrilla, Sepulveda, y Muñoz, 2013)</p> <p>- Sick, Control, One, Fat, Food Questionnaire (SCOFF) (García-Campayo, Sanz-Carrillo, Ibanez, Lou,</p>	2 grupos de intervención:	Los participantes de ambos grupos de intervención obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en autoestima, tanto en la medida post como en todos los seguimientos.
ESPAÑA	Seguimientos de 5 y 13 meses. Grupo control: Clase convencional.	♀:100, ♂ :100 La media de edad fue 13,4 DS ± 0,5. 2º curso de ESO (octavo).		<p>- Alfabetización de medios y nutrición</p> <p>- Teatro Vivo: * Se ensayan nuevas estrategias para lidiar comportamientos problemáticos en situaciones cotidianas simuladas en un espacio seguro.</p> <p>Ambas intervenciones: 10 sesiones de 120 minutos cada una. 30 alumnos por grupo.</p>	El grupo de ML+NUT obtuvo puntuaciones inferiores en internalización de los ideales estéticos respecto al grupo control.

			<p>Solano, y Alda, 2005)</p> <p>- Sociocultural Attitudes towards Appearance Questionnaire-R (SATAQ-R) (Calado, 2008)</p> <p>- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) (Guillen, Quero, Baños, y Botella,1995)</p> <p>Contour Drawing Rating Scale (CDRS) (Thompson y Gray, 1995)</p>	<p>Se basan en TDC, MF, MCS y AM.</p>	
38. Weigel et al. 2015 ALEMANYA	<p>Diseño cuasi experimental con grupo control.</p> <p>Seguimiento 6 meses</p>	<p>1848 chicos y chicas 14-17 años Octavo y onceavo</p>	<p>- Variables sociodemográficas (IMC, nivel socioeconómico, actividad física semanal, número de hermanos...)</p> <p>- Children's Eating Disorder Examination-Questionnaire (Ch-EDE-Q)</p> <p>-Cuestionario ad hoc de los conocimientos sobre los TCA</p> <p>- Adaptación alemana sobre Sociocultural</p>	<p>3 unidades de 90 minutos con actividades Inter sesión.</p> <p>- Ideales estéticos (diferencias de género) y cómo afectan. - Actividad de Mindfulness de escaneo corporal, afrontamiento de emociones negativas, identificar partes neutrales y problemáticas del cuerpo y recursos de confianza.</p>	<p>Los autores indican que la brevedad del número de sesiones conlleva que las hipótesis no se confirmen y que no haya un efecto positivo del programa. No constan los resultados.</p>

			<p>Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ-G)</p> <p>-Kid's Eating Disorder Survey (KEDS) Childress et al., 1993)</p> <p>- Adaptación Alemana Multidimensional Self Concept Scale (MSWS, Rotatori, 1994)</p> <p>- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Gräfe et al., 2004)</p> <p>- 7 ítems de Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) (Spitzer et al., 2006)</p>	<p>Consecuencias de los TCA</p> <p>-Presentación de testimonios de TCA de Anorexia, Bulimia y trastorno por atracón (síntomas, señales de alarma, recursos...)</p> <p>Se basan en TDC, MF, MCS y AM.</p>	
39. Wilksch et al. 2015 AUSTRALIA	<p>Diseño cuasi experimental con grupo control.</p> <p>Seguimiento 12 meses.</p> <p>3 grupos de intervención:</p> <p>- Media Smart</p> <p>- Life Smart</p> <p>- HELP</p>	<p>1316 chicos y chicas</p> <p>♀:20%, ♂ :17%</p> <p>Media de edad de 13.12 DS ± 0.68</p> <p>Séptimo y octavo</p>	<p>- Ítems de preocupación de peso, alimentación y figura de Eating Disorder Examination – Questionnaire (Fairburn y Beglin, 1994).</p> <p>- Subescala de restricción de Dutch Eating Behavior Questionnaire</p> <p>- Subescala de insatisfacción corporal de Eating Disorder</p>	<p>MEDIA SMART</p> <p>- Estereotipos. Cuáles son y dónde se encuentran.</p> <p>- Anuncios: Manipulación.</p> <p>- Presión individual, iguales y medios. Identificar y cómo gestionar.</p> <p>LIFE SMART</p> <p>- Salud física. Alimentación, Deporte y sueño.</p> <p>- Salud mental y social.</p>	<p>Las chicas participantes de la condición Media Smart tenían la mitad de la tasa de aparición de preocupaciones sobre la forma y el peso en el seguimiento de 12 meses, respecto al grupo control.</p> <p>Las chicas que participaron en la condición Media Smart y HELPP reportaron preocupaciones de peso y forma significativamente menores que las niñas de Life Smart en el seguimiento de 12 meses.</p> <p>Las niñas participantes en las condiciones Media Smart y grupo control obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que HELPP en las preocupaciones sobre la</p>

Inventory (Garner et al. 1983)	Relaciones familiares y amigos y emociones	alimentación y la presión percibida durante el seguimiento de 6 meses.
- Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 para chicas (Thompson et al. 2004) y para chicos la siguiente adaptación (Wilksch y Wade, 2012)	HELPP - Ideales de apariencia - Presión de apariencia y burlas - Conversaciones de apariencia - Conversaciones de alimentación - Comparaciones de apariencia - Preocupaciones de alimentación - Retos de apariencia (disonancia cognitiva: presión de ideal, comparaciones y dieta)	Los niños que participaron en Media Smart y HELPP experimentaron un beneficio significativo en la internalización de los medios en comparación con los niños de control y éstos se mantuvieron a los 12 meses seguimiento. Un efecto de grupo \times tiempo mostró que los participantes de Media Smart informaron más actividad física que los participantes de control y HELPP en el seguimiento de 6 meses.
- Perceived Sociocultural Pressure Scale (Stice et al. 1996)	(disonancia cognitiva: presión de ideal, comparaciones y dieta)	Los participantes con más nivel de media Literacy reportaron menos tiempo en pantallas.
- Versión corta de Child Depression Inventory (Kovacs, 1992)		
- McKnight Risk Factor Survey (Shisslak et al. 1999)	Se basan en TDC, MF, MCS y AM.	
- Subescala de preocupación de cometer errores de Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al. 1990)		
- Alimentación regular Project EAT (Haines et al. 2006)		
- Subescalas de tiempo de pantalla y actividad física de GUTS (Field et al. 2003)		

40. Sánchez-Carracedo et al. 2016	Diseño Cuasi-experimental con grupo control y medidas pre y post.	♀565	IMC	8 sesiones + sesión de repaso	Las participantes que asistieron a las sesiones del grupo experimental obtuvieron, en el seguimiento al año, una reducción significativa en internalización del ideal de delgadez, actitudes negativas de alimentación y burlas relacionadas con el peso, respecto al grupo control.
ESPAÑA		152 chicas formaban el grupo experimental y 413 el grupo control.	Cuestionario sociodemográfico Subescalas de la presión percibida e internalización.	Componentes:	
MABIC	Seguimiento de 1 año	La media de edad fue 13,83 DS ± 0,53	Sociocultural attitudes toward appearance questionnaire 3 (SATAQ-3) (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004) Se utilizó la adaptación española 3 (Sánchez-Carracedo, Barrada, et al., 2012)	Nutrición: 2 sesiones de 60 minutos. Se imparten conocimientos básicos de nutrición como la alimentación equilibrada, los nutrientes, la importancia del agua, la pirámide alimentaria y los análisis de diferentes menús.	
	Diseño multicéntrico, no aleatorio, controlado.	Curso: 2º ESO	Children eating attitudes test (ChEAT) (Maloney, McGuire, y Daniels, 1988). Adaptación Española (Sancho, Asorey, Arija, y Canals, 2005)	- Alfabetización de medios: 3 sesiones de 60 minutos + 2 sesiones de activismo. Dónde se trabajan: el ideal de belleza femenina alrededor del mundo y a lo largo de la historia, el contenido de los anuncios y herramientas para mitigar el efecto de la manipulación.	
			Perception of teasing scale (POTS) (Thompson, Cattarin, Fowler, y Fisher, 1995) Adaptación Española (Lopez-Guimerà et al., 2012)	Se llevan a cabo 2 actividades de activismo donde se analiza un anuncio y se escribe una carta al creador de éste.	

			<p>Subescala de insatisfacción Corporal de EDI-3 (Garner, 2004). Adaptación Española (Elosua, López-Jáuregui, y Sánchez-Sánchez, 2010)</p> <p>SCOFF (Morgan, Reid, y Lacey, 1999), the SCOFF-c (Muro-Sans, Amador-Campos, y Morgan, 2008)</p> <p>Subescala de PANAS Negative affect scale (PANAS-N) (Watson, Clark, y Tellegen, 1988). Adaptación española (Sandin, 2003)</p> <p>RSES (Rosenberg, 1989). Adaptación Española (Martín-Albo, Núñez, Navarro, ~ y Grijalvo, 2007)</p> <p>Preguntas ad hoc para evaluar opinión</p>	<p>En la sesión de repaso se realiza un resumen de los contenidos trabajados de alfabetización de medios y se comparte un feedback de la actividad 2.</p> <p>Se basan en AM, MF, TDC y MCS</p>	
41. Clee et al. 2017	<p>Estudio de cohorte prospectivo de un solo grupo experimental</p> <p>1 mes</p>	<p>164 estudiantes</p> <p>♀:86, ♂ :83</p> <p>Curso: sexto grado</p>	<p>Body Estem Scale for Adolescents and Adults (BESAA) (Mendelson, Mendelson, y White, 2001)</p> <p>Self-Perception Profile for Children (SPPC)</p>	<p>El programa consistió en seis lecciones de 50-60 minutos impartidas en clase por profesores o interventores de salud e incluyó alfabetización de medios, mejora de la autoestima, estado anímico y discusión de</p>	<p>- En la medida pre, las chicas tenían menor SC y AE que los niños, y su SC y AE mejoraron después del programa. La mejoría se mantuvo en el seguimiento de 1 mes. Los resultados de la frecuencia de “Fat talk” correlacionaron con los resultados de SC.</p>

42. Kwag et al. 2021 KOREA <i>Me, You y Us</i>	3 años de seguimiento.	La media de edad en ♀ fue 12,29 DS \pm 0,27 y en ♀12,31 DS: 0,29	(Harter, 2012) La cual evalúa SC, autoestima y evaluaciones propias del cuerpo y apariencia. Questionnaire Screens for Eating Disorders (SCOFF) (Morga, Reid y Lacey JH, 1999)	la influencia de los compañeros a través del “ <i>Fat talk</i> ” Se basan en AM, TDC, MCS y TVNE.	<ul style="list-style-type: none"> - El programa fue más eficaz en chicas con posibles síntomas de un TCA, según la primera medida. - El 93,7% de los chicos y el 77,4% de las chicas respondieron que disfrutaron del programa. <p>Los mismos autores en el 2021 publicaron un análisis del seguimiento a los 3 años. <i>Los resultados son los siguientes:</i></p> <p>Los niveles de SC y AE después de la intervención, en chicos, se mantuvieron a los 3 años, en cambio los niveles de las chicas sufrieron una disminución.</p>
43. Dunstan et al. 2017 AUSTRALIA <i>Happy Being Me Co-educational (HBM Co-ed)</i>	Estudio cuasi experimental, medidas pre, post y seguimiento de 6 meses. 3 condiciones experimentales: - Prevención selectiva: solo dirigida a mujeres - Prevención universal: chicos y chicas. - Grupo control	200 chicas Curso séptimo	<ul style="list-style-type: none"> - Subescala de insatisfacción corporal de Eating Disorder Inventory – Body Dissatisfaction Subscale (EDI-BD; Garner, Olmstead, y Polivy, 1983) - Subescala de internalización General de los medios de Sociocultural Attitudes Toward Appearance Scale-3 – Internalization-General Media Subscale (SATAQ-I: Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda, y Heinberg, 2004) 	6 sesiones 1) Imagen corporal. Introducción y desafíos. 2) Presión y prejuicios 3) <i>Fat talk</i> entre amigos 4) Comparaciones con los amigos 5) Comparaciones con los medios 6) Resumen Se basan en AM, TDC y MCS	<ul style="list-style-type: none"> - Se obtuvieron medidas inferiores en insatisfacción corporal, internalización del ideal de delgadez y comparaciones de apariencia en los dos grupos experimentales, respecto al grupo control. Además, se mantuvieron en el seguimiento la interiorización del ideal de delgadez y comparaciones de apariencia. - Aumento de autoestima en la medida post y al seguimiento. Tamaño del efecto pequeño-moderado. - No se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos experimentales. - Tamaños de efecto pequeños.

- Physical Appearance Comparison Scale

(Thompson, Heinberg, y Tantleff, 1991)

- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES;
Rosenberg, 1965)

- Subescala de iguales e insultos de peso de **McKnight Risk Factor Survey**
(Shisslak, Renger, Sharpe, Crago, y McKnight, 1999)

- Appearance Conversations Scale
(Jones et al., 2004)

- Subescala de restricción de Dutch Eating Behavior Questionnaire –
(DEBQ-Restraint: Van Strien, Frijters, Berger, y Defares, 1986)

<p>44. Mora et al. 2017 ESPAÑA</p>	<p>Estudio cuasi experimental con medidas pre, post y seguimientos de 6 y 12 meses.</p>	<p>178 adolescentes ♀:103 ♂ :75 La media de edad fue 13.3 DS ± 0.4.</p>	<p>Cuestionario para calcular índice de Hollingshead (1975) Medidas antropométricas de peso y altura (IMC)</p>	<p>2 tipos de intervención. 10 sesiones cada uno de 60 minutos de duración: - Teatro vivo</p>	<p>En comparación con el grupo de control, tanto Teatro Vivo (d = 0,88) como NUT + MEM + MEF + ML (d = 0,60) obtuvieron puntuaciones más bajas a lo largo de los tiempos en cogniciones específicas relacionadas con los TCA.</p>
--	---	---	---	--	---

<p><i>Teatro vivo</i></p> <p><i>Basado en la tesis previamente publicada por Rosés-Gómez, M. del R. (2014).</i></p>		<p>Cuestionario de Cogniciones Específicas relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, CE-TCA (Abellán, Penelo, y Raich, 2012)</p>	<p>-</p> <p>NUT+MEF+MEM+ML</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje de conceptos básicos de nutrición (NUT) - Crítica del modelo estético femenino (MEF) y masculino (MEM) y alfabetización de medios (desarrollo del pensamiento crítico ante los mensajes emitidos en los medios de comunicación, Alfabetización de medios) (ML) - Activismo (escribir una carta de queja) 	
<p>Se basan en AM, MF, TDC y MCS</p>				
<p>45. Agam-Bitton et al. 2018</p> <p>ISRAEL</p> <p><i>In Favor of Myself</i></p>	<p>Estudio experimental con lista de espera.</p> <p>El grupo experimental se dividía en dos grupos, grupo con escuelas solo femeninas y de ambos sexos.</p>	<p>♀:259 estudiantes</p> <p>Curso: séptimo u octavo.</p> <p>La media de edad fue 13,82 DS ± 0,64</p> <p>Rosenberg self-esteem scale (RSES)</p> <p>Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3).</p> <p>Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)</p> <p>Figure Rating Scale (FRS)</p> <p>Body-esteem (BES)</p>	<p>9 sesiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima y adolescentes - Cómo afectan los anuncios en la autoestima - Estereotipos e impacto en la autoestima - Mito de la belleza - El poder de las palabras, la comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambos grupos de intervención demostraron mejoras estadísticamente significativas en la identificación de estrategias publicitarias en comparación con los controles. El grupo con muestra femenina mostró mejores resultados. - En comparación con el grupo solo para chicas y el grupo de control, el grupo mixto demostró mejoras significativas en la internalización de la presión para la delgadez, mejores puntuaciones en la

	Muestreo no aleatorio		Cuestionario anteriormente validado para evaluar niveles de Media Literacy o alfabetización de Medios. Indican propiedades psicométricas.	interpersonal y la AE La identidad externa e interna. Se basan en AM, TDC y MCS	subescala SC, así como reducciones en la diferencia entre sus siluetas corporales actuales y silueta ideal. - La insatisfacción corporal se incrementó después del programa, aunque no de manera significativa. Este empeoramiento fue mayor en el grupo de solo chicas. - Los modelos de mediación revelaron que la SC estaba directamente mediada por el grupo de intervención, con mediación estadísticamente significativa sólo en el grupo mixto. La imagen corporal actual fue mediada indirectamente a través de la alfabetización de los medios de comunicación con significación estadística sólo en el grupo mixto. - Se notifica una mayor satisfacción del programa en el grupo mixto de género (91 %) frente al grupo solo para chicas (79%)
	Aleatorización de condición experimental o lista de espera.				
	3 meses de seguimiento				
46. Eickman et al.	Estudio cuasi experimental con medidas pre y post con grupo control (lista de espera).	71 estudiantes	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994)	Durante un año académico. 6 módulos + suplementos - Imagen corporal: fat talk y discursos de gratitud y positivos acerca del cuerpo. - Problemas alimentarios: Mitos y estereotipos de los TCA, identificar señales de alarma y cómo afrontarlas y crear servicio público.	En la medida post, los participantes obtuvieron medidas estadísticamente significativas inferiores en las medidas de problemas de alimentación, restricción y preocupación alimentaria, figura y peso y menos estereotipos de los cuerpos ideales. Además, obtuvieron puntuaciones estadísticamente superiores en alimentación consciente (Mindful eating), autoestima, afecto positivo y empoderamiento. - Tamaño del efecto entre medio ($d = 0.55$) y grande ($d = 1.31$).
2018		37 grupo experimental y 20 grupo control.	Mindful Eating Questionnaire (MEQ; Framson et al., 2009).		
EEUU			Body Checking Questionnaire		
REbeL	Se aplicaba por profesores y alumnos entrenados.		Rosenberg Self Esteem Scale		

			<p>Positive and Negative Affect Scale</p> <p>Empowerment Scale</p> <p>Ideal Body Stereotypes Scale-Revised</p>	<p>conscientes: Mitos y peligros de la dieta, alimentación y actividad física</p> <p>consciente, yoga, cómo incrementar</p> <p>consciencia de las señales de saciedad, hambre y movimiento.</p> <p>- Autoestima y autocuidado.</p> <p>Identificar virtudes, talentos y características propias y reconocerlas a los iguales y a la familia.</p> <p>-Sesgos de peso, bullying y apreciación: Fat talk, alternativas y diversidad corporal.</p> <p>- Alfabetización de medios: Identificar manipulación y conocer impacto.</p> <p>- Suplemento de módulo: El Selfie, comida buena VS comida mala, hombres, músculos y los medios.</p> <p>Se basan en AM, TDC, TVNE y MCS</p>	
47. Bell et al. 2019	Estudio cuasi experimental con medidas pre y post	336 participantes	<p><i>Publicación 2014</i></p> <p>Medidas auto informadas de peso y</p>	12 sesiones online de una frecuencia semanal durante la clase de educación física de	- Los estudiantes con sobrepeso y obesidad, después de la intervención redujeron su percentil de IMC.

AUSTRIA Y ESPAÑA	con grupo control.	<u>Grupo intervención con hábitos saludables</u>	altura, alimentación, actividad física y tiempo de pantalla.	unos 30 minutos de duración. Material para profesores y padres.	<ul style="list-style-type: none"> - Los estudiantes con normopeso o infrapeso no cambiaron su peso después de la intervención. - Las preocupaciones de peso y figura disminuyeron significativamente entre los participantes de ambos grupos de intervención. Sobre todo, aquellos en la medida basal demostraron niveles superiores. - El consumo de frutas y vegetales aumentaron en ambos grupos de intervención. - La actividad física aumentó en el grupo de intervención de participantes con sobrepeso y obesidad. - El consumo de bebidas carbonatadas y el tiempo de TV disminuyeron.
Healthy Teens@ School Adaptación de StayingFit (EEUU)	Seguimientos de 6 y 12 meses.	<u>Grupo intervención con gestión de peso</u>	Weight Concerns Scale (WCS) (Killen et al., 1996)	1) Alimentos buenos y malos. Necesidades nutricionales.	
En el 2014 publicaron un estudio vinculado Jones et al.	Dos grupos experimentales: Hábitos saludables y gestión de peso. El último grupo estaba dirigido a aquellos alumnos con sobrepeso y obesidad.	♀:137, ♂ :88	Youth Risk Behavior Survey (YRBS) (Centers for Disease Control. Youth Risk Behavior Survey, 2011)	2) Importancia de la actividad física.	
		♀:63, ♂ :48	Intuitive eating scale – 2 (Tylka and Kroon Van Diest, 2013)	3) Creación de un plan de actividad física	
			Center for Epidemiological Studies Depression Scale.	4) Importancia de comer regularmente y evitar bebidas hipercalóricas y aprender a leer etiquetas de los alimentos	
			<i>Publicación 2019</i>	5) Atracones y sobre ingestas, incorporar alimentos prohibidos en la dieta, señales de saciedad y hambre y actividad de alimentación consciente.	
			Intuitive eating scale – 2 (Tylka and Kroon Van Diest, 2013)	6) Imagen corporal y autoestima y	
			Eating disorders examination-questionnaire (Hilbert et al., 2007)		
			Para chicas: Weight concerns scale (Killen et al., 1994) y para chicos:		

<p>Male body image concerns scales (Weisman et al., 2014)</p>	<p>cómo se relacionan</p>
<p>Child depression inventory (Kovacs, 2004)</p>	<p>7) Hábitos saludables de comida y actividad física</p>
<p>Estilos de afrontamiento. KIDCOPE (Spirito et al., 1988)</p>	<p>8) Snacks saludables, efectos adversos de las dietas y porciones.</p>
<p>Credibility y expectancy questionnaire (adaptación intervenciones online Devilly and Borkovec, 2000)</p>	<p>9) Información sobre TCA, reestructurar creencias falsas de pensamientos, consejos para tener una buena imagen corporal.</p>
<p>Rosenberg self-esteem scale (Rosenberg, 1965)</p>	<p>10) Efecto del ambiente en la alimentación.</p>
<p>Alcohol use test (Bohn et al., 1995)</p>	<p>11) Discriminación de peso y conversaciones <i>fat talk</i></p>
<p>Inventory of life quality in children and adolescents (Mattejat y Renschmidt, 2006)</p>	<p>Consejos para mantener a largo plazo los buenos hábitos y cómo solucionar problemas.</p>
<p>Working alliance inventory SR (adaptación de Hatcher and Gillaspay, 2006)</p>	<p>Se basan en TDC, TVNE y MCS</p>
<p>Client satisfaction questionnaire</p>	

(adaptación para
intervenciones online
Attkisson y Greenfield,
2004)

Nota. ♀:chicas, ♂ :chicos/ TCA: Trastornos de Conducta Alimentaria/ ML: Media Literacy o alfabetización de medios/ NUT: Nutrición/ IMC: índice de masa corporal/ SES: Nivel socioeconómico/ SC: Satisfacción corporal/ AE: Autoestima/ DS: Desviación estándar/ TDC: Teoría de la Disonancia Cognitiva/ TVNE: Teoría de Vulnerabilidad No Específica/ MCS: Modelo Cognitivo Social/ AM: Alfabetización de Medios/ MF: Modelo feminista

Figura 8

Epítome de programas universales de prevención primaria en escuelas

ASPECTOS GENERALES





PAÍSES



E.E.U.U, Australia, España, Canada, Reino Unido, México, Brasil, Italia, Hawaii, Israel, Korea

Objetivos e hipótesis

La presente tesis está constituida por dos estudios.

Primer estudio. El primer estudio tiene como objetivo conocer la eficacia a los 6 y 12 meses de seguimiento de un programa de prevención universal administrado a chicos y chicas de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), con un grupo control. Los componentes de dicho programa eran alfabetización de medios, educación en hábitos saludables de alimentación y actividad física, inteligencia emocional y activismo.

Hipotetizamos que:

- Los sujetos de la condición experimental obtendrán menores puntuaciones de sintomatología de TCA, presión percibida e interiorización de los ideales de belleza y perfeccionismo. Y paralelamente, mejores puntuaciones de satisfacción corporal, criticismo hacia los ideales estéticos actuales, autoestima, inteligencia emocional, hábitos alimentarios y más actividad física.

Segundo estudio. Cuyo objetivo era conocer las relaciones entre dos variables latentes: factores de riesgo y factores protectores con las actitudes y conductas alimentarias desadaptativas (EAT), teniendo en cuenta el IMC y el género.

Hipotetizamos que:

- El perfeccionismo, el IMC y la interiorización de los ideales estéticos asumirán roles de indicadores de la primera variable latente (factores de riesgo) y la inteligencia emocional, la satisfacción corporal y la autoestima como indicadores de la segunda variable latente (factores protectores) según el modelo de ecuaciones estructurales.
- El modelo obtendrá un mayor ajuste en la muestra femenina del estudio que en la masculina.

A watercolor splash graphic in shades of blue, green, and purple, serving as a background for the title text.

Método de
ambos
estudios

Método

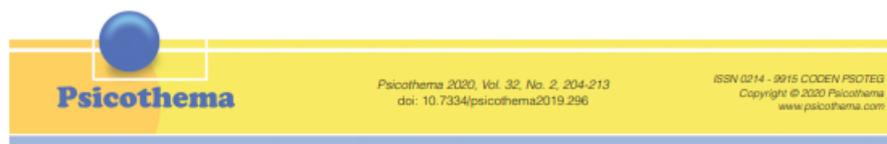
Diseño

En el primer estudio, el diseño fue cuasi experimental, longitudinal-prospectivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Por lo tanto, no se escogían a los participantes dado que eran asignados en función de la institución a la cual pertenecían para evitar efectos de *Spillover*.

En el segundo estudio, el diseño fue transversal, llevando a cabo los análisis teniendo en cuenta la muestra y los resultados de la primera evaluación del estudio anterior. En esta segunda parte de la tesis, se siguieron las recomendaciones de “The Reporting of Observational Studies in Epidemiology” (STROBE) (Von Elm et al., 2007).

El primer estudio fue publicado en:

Jordana, O., Espinoza, P., González, M., Subiza, I., Becerra A., Escursell, R. M. R., y Mora, M. M. (2020). Universal prevention program of eating, weight and body image problems in adolescents: A 12-month follow-up. *Psicothema*, 32(2), 204-213. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.296>



Universal prevention program of eating, weight and body image problems in adolescents: A 12-month follow-up

Olga Jordana Ovejero¹, Paola Espinoza Guzmán¹, Marcela González González², Irene Subiza Pérez¹,
Arianne Becerra Castro¹, Rosa M^a Raich Escursell¹, and Marisol Mora Giral¹
¹ Universidad Autónoma de Barcelona and ² Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona (ITA)

Abstract

Background: In recent years, the broad spectrum of weight-related problems has increased considerably among both teenage boys and girls. This makes it fundamental to create programs that are more efficient. The objective of this study was to evaluate the short-, mid- and long-term efficacy of the current prevention program applied to 14-year-old teenagers. **Method:** For this study, 73 girls and 83 boys were assigned to an experimental condition (n=156), while 68 girls and 84 boys were assigned to a control condition (n=152). We used a mixed 2 (control and experimental condition) × 3 (Time: post-test, 6 month-follow-up and 12-month-follow-up) factorial design. **Results:** Those participants who belonged to the experimental condition exhibited significantly higher scores of body satisfaction, self-esteem, emotional repair and clarity, lower scores of self-oriented perfectionism, and internalization of thinness and ideal muscularity compared to the control group in post-intervention assessments and in both follow-ups. No statistically significant gender differences were found regarding the effectiveness of the program. **Discussion:** Universal, ecological programs may be effective in reducing risk factors and/or maximizing protective factors, which could in turn reduce concerns about body image, eating and weight.

Keywords: Prevention intervention, adolescent girls and boys, risk and protection factors, weight and image problems, eating disorders.

Resumen

Programa preventivo universal de problemas de alimentación, peso e imagen corporal en adolescentes: seguimiento de 12 meses. Antecedentes: en los últimos años se ha producido un incremento de amplio espectro de problemas relacionados con el peso entre adolescentes. Consecuentemente, la creación de programas más eficientes es primordial. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia a corto, medio y largo plazo de un programa de prevención aplicado a adolescentes de 14 años. **Método:** para este estudio, 73 chicas y 83 chicos fueron asignados a la condición experimental (n = 156), mientras que 68 chicas y 84 chicos al grupo control (n = 152). Utilizamos un diseño factorial mixto 2 (condición) × 3 (tiempo: post-test y seguimientos de 6 y 12 meses). **Resultados:** los participantes del grupo experimental mostraron puntuaciones significativamente más altas de satisfacción corporal, autoestima, reparación y claridad emocional y puntuaciones menores en perfeccionismo orientado hacia sí mismo e interiorización del ideal de delgadez y de musculatura respecto al grupo control y en las medidas post intervención y en ambos seguimientos. El género no difirió significativamente en la efectividad del programa. **Conclusiones:** los programas universales y ecológicos podrían ser efectivos para reducir los factores de riesgo y/o maximizar factores de protección, y reducir los problemas de imagen corporal, de alimentación y de peso.

Palabras clave: intervención preventiva, chicos y chicas adolescentes, factores protectores y de riesgo, problemas de peso y de imagen corporal, trastornos alimentarios.

The prevalence of eating disorders (ED) (anorexia and bulimia nervosa, binge eating disorders, and subclinical symptoms) in Spain was approximately 3.6% in an adolescent sample between 12 and 17 years of age (Rojo-Moreno et al., 2015). This rate was lower than those portrayed in other studies with the same age group (Stice, Marti, & Rohde, 2013). Furthermore, eating problems were characterized by chronicity, comorbidity and low effectiveness of intervention (Stice, 2016; Stice, Becker, & Yokum, 2013; Stice & Shaw, 2002).

Received: September 28, 2019 • Accepted: February 10, 2020
Corresponding author: Olga Jordana Ovejero
Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Universidad Autónoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Spain)
e-mail: Jordana.Olga@gmail.com

Moreover, distinct studies have indicated that most of the adolescents assessed have related negative thoughts on weight and body-image, and negative emotions (Reel, 2013; Salk & Engeln-Maddox, 2011; Shirasawa et al., 2016). One recent study points out that around 45% of girls and 20% of boys assessed reported that they followed a diet and engaged in unhealthy behavior to achieve the current beauty ideal. This behavior was associated with an increase in their weight over the following years, enlarging the prevalence of obesity (López-Guimerà et al., 2013).

Body dissatisfaction has been one of most powerful changeable risk factors in ED. Additionally, prevention programs that have been focused on this construct have verified a significant reduction in the onset of ED, and of its symptoms and other risk factors. Finally, body-image disturbances were partially related to the mass media and were also associated with health and financial problems.

204

Participantes

Los participantes fueron reclutados desde cinco escuelas secundarias de Barcelona (España). Se procedió a la obtención de consentimientos orales por parte de los participantes y consentimientos escritos de los padres o tutor/es legal/es. Se excluyeron los participantes que no cumplieron el cuestionario o no contaron con el consentimiento de los padres. También se excluyeron los participantes con trastornos mentales y/o físicos o discapacidad intelectual.

En el primer estudio, la muestra inicial fue de 308 participantes. De los cuales, 141 eran chicas (73 en la condición experimental y 68 en el grupo control) y 167 fueron chicos (83 en la condición experimental y 84 en el grupo control). Por tanto, el 45,78% de la muestra eran chicas y el 54,22% eran chicos.

En el segundo estudio, la muestra inicial estuvo conformada por 227 estudiantes de tercer año de secundaria. Se incluyeron un total de 226 participantes, n=110 niños (50,9%) y n=106 niñas (49,1%).

Instrumentos

Tabla 2

Evaluación antropométrica

Variable	Instrumento	Marca
Peso (Kg)	Báscula portátil	Seca
Altura (Cm)	Tallímetro con base y portátil	
Grabadora de voz	Smartphone	Samsung

En todo momento se garantizó la privacidad de los alumnos. Las mediciones se tomaron en dos salas contiguas a las aulas principales de evaluación. Se consideró oportuno separar las aulas de medición antropométrica por sexo. No se reportó ningún caso trans o de alguna persona cuya separación por sexos la incomodará. También se procedió a la organización del espacio interior de las aulas para garantizar la intimidad.

Se instruyó a los investigadores con un protocolo de actuación ante la presencia de angustia, ocultando los resultados de la medición con un estímulo neutro y valorando posteriormente la inclusión o exclusión del sujeto posterior según diagnóstico de TCA.

Se transformaron las puntuaciones de IMC en puntuaciones z, siguiendo las recomendaciones de la OMS, en el segundo estudio (Wang & Chen, 2012).

Tabla 3*Evaluación de medidas psicológicas o sociales*

VARIABLES	Nombre de la prueba Adaptación española	Descripción de la prueba
Sexo, edad, estatus generacional, nivel socioeconómico, dieta para adelgazar, edad de menarquia o cambio de voz y frecuencia y tipo de actividad física y de ingestas.	<i>Cuestionario ad hoc de datos socio biográficos, actividad física y dieta.</i> ➤ Índice de Hollingshead (Hollingshead, 1975)	El índice de Hollingshead se obtiene a través del nivel de estudios y de la categoría profesional de la madre y el padre, aplicando una fórmula ponderanda (puntuación ocupacional x 7) + (puntuación educacional x 4), consiguiendo 5 niveles (alto, medio-alto, medio, medio-bajo y alto-bajo).
Actitudes y conductas alimentarias alteradas	<i>Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-26)</i> (Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública, 2013), adaptación española del Eating Attitude Test EAT-26 (Garner et al., 1982)	Consiste en 26 ítems con 6 opciones de respuesta (escala Likert). Con rango de entre 1= nunca y 6= siempre. Las puntuaciones altas de este cuestionario reflejan altos niveles de actitudes y conductas de alimentación alterados. El rango de puntuaciones totales va de 26 a 156. La consistencia interna de la muestra del estudio de la adaptación española fue alfa = 0,82, similar a la obtenida en nuestro primer estudio (alfa = 0,92) y el segundo estudio (alfa = 0,82).
Inteligencia emocional percibida	<i>Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24)</i> (Fernández-Berrocal et al., 2004).	Cuestionario autoadministrado con 24 ítems organizados en 5 opciones de respuesta tipo Likert. Con rango de entre 1=muy en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. Las puntuaciones totales altas en este cuestionario reflejan altos niveles de inteligencia emocional. El rango de puntuaciones va de 24 a 120. Se diferencian tres subescalas: atención, claridad y reparación emocional. En el estudio original se obtuvo una consistencia interna de alfa = 0,85, igual que en la muestra

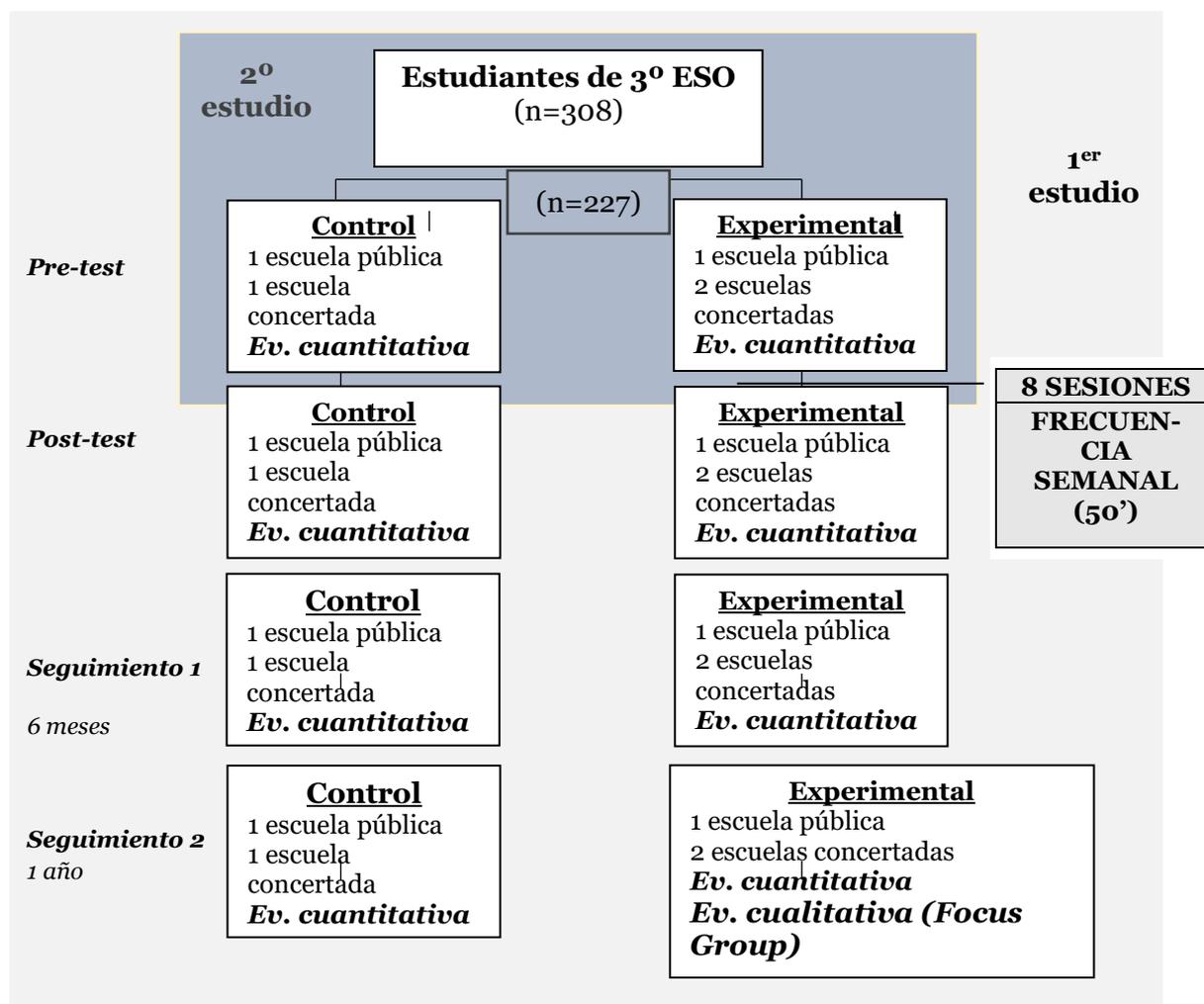
		del segundo estudio y parecida a la obtenida en el primer estudio ($\alpha \geq 0,94$).
Medida Global y unidimensional de la autoestima	<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)</i> (Atienza et al., 2000).	Formado por 10 ítems con 4 niveles de respuesta tipo Likert 1=totalmente en desacuerdo y 4=totalmente de acuerdo. Las puntuaciones totales van de 10 a 40. Las puntuaciones altas se asocian con mayores niveles de autoestima. La consistencia interna obtenida en el estudio original fue de $\alpha = 0,86$. En la muestra del primer estudio fue $\alpha \geq 0,95$ y en el segundo estudio fue de $\alpha = 0,73$.
Satisfacción corporal	<i>Cuestionario de la imagen corporal (QÜIC)</i> (Penelo et al., 2012).	El cuestionario evalúa diferentes partes del cuerpo y se diferencia según el género. Consiste en 10 ítems con 10 niveles de respuesta tipo Likert (1=muy mala puntuación a 10= muy buena puntuación). El rango de puntuaciones totales va de 0 a 180. Una puntuación alta se relaciona con un nivel alto de satisfacción corporal. El instrumento ha obtenido buenos niveles de validez divergente y convergente. En el estudio original se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0,91$ y en la muestra del segundo estudio fue $\alpha = 0,94$ y del primero en la subescala del torso fue 0,89 y de la subescala de cabeza y extremidades 0,85.
Perfeccionismo	<i>Escala de perfeccionismo para Niños y Adolescentes</i> (Castro et al., 2004), adaptación española de <i>The Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)</i> (Hewitt et al., 1991)	El formulario está formado por 22 ítems con dos subescalas: perfeccionismo auto y socialmente prescrito. Los ítems tienen 10 niveles de respuesta tipo Likert 1 = falso y 5 = verdadero. Cuanto mayor sea la puntuación total obtenida, mayor será el nivel de perfeccionismo. El rango de puntuaciones oscila entre 22 y 110. En la muestra del estudio de la adaptación española se obtuvo una consistencia interna de $\alpha = 0,85$. En la muestra del

		segundo estudio fue de alfa = 0,81 y del primer estudio fue 0,89 en la subescala de auto-prescrito y 0,79 en la subescala socialmente prescrito.
Interiorización del modelo estético social	Adaptación española (Llorente et al., 2015). del <i>Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire</i> (SATAQ-4; Schaefer et al., 2015)	Tiene 22 ítems con una escala likert de 5 puntos 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Formada por dos subescalas: interiorización y presión. De las cuales, la internalización se divide en dos subescalas más: ideal de delgadez o bajo nivel de grasa e ideal de musculatura o atletismo. Mientras que la subescala de presión se divide a su vez en tres subescalas según el agente socializador (familia, iguales y medios). Cuanto mayor sea la puntuación, mayores serán los niveles de interiorización y presión de los ideales estéticos. Las puntuaciones oscilan entre 22 y 110. Nuestra muestra obtuvo una consistencia interna de alfa $\geq 0,91$ en el segundo estudio y $\alpha \geq 0,95$ en el primer estudio y la de la muestra del estudio de adaptación fue alfa = 0,85.
Alfabetización de medios	Basado en McLean et al. (2013).	Cuestionario sobre las críticas de los medios de comunicación, hacia el ideal de delgadez para las chicas y el de musculatura para chicos.
<i>No se tuvo en cuenta en el segundo estudio. Solo se administró en la medida de seguimiento al año</i>		Este instrumento está formado por 10 ítems, distintos para cada género. Las puntuaciones más altas mostraron menos capacidad crítica y una mayor creencia que los ideales mostrados en los medios son reales, fáciles de conseguir y, al obtenerse, el/la poseedor/a sería más inteligente, bello/a guapo/a, perfecto/a y feliz.

Procedimiento

Figura 11

Cronograma



Cada sesión de evaluación se organizó en 5 días diferentes en el transcurso de una semana. Cada uno de estos días, los investigadores realizaron sesiones de 50 minutos en diferentes escuelas, durante el horario escolar, en formularios de papel y bolígrafo. Durante la sesión se utilizó un protocolo donde se estandarizaban los procesos de presentación del estudio, la resolución de dudas, así como la privacidad de las respuestas y la detección de patrones de respuesta alterados. Todos los evaluadores recibieron instrucciones y entrenamiento previo.

Este estudio se ha realizado según los principios expresados en la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983, y teniendo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999,

de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El Comité Ético de Barcelona aprobó este estudio. También recibimos la autorización del equipo directivo de cada uno de los colegios participantes.

Programa

El programa se sustenta por la Teoría de la Disonancia Cognitiva, la Teoría de Vulnerabilidad No Específica, el Modelo Cognitivo Social, la Alfabetización de Medios y el Modelo feminista.

Se implementaron 8 sesiones semanales de una duración de 50 minutos a los alumnos pertenecientes al grupo experimental. La implementación se llevó a cabo por nueve psicólogos investigadores previamente entrenados, doctores en psicología o doctorandos de edad comprendida entre los 24 y 45 años. Tanto el programa como la evaluación seguía un protocolo de actuación. Los contenidos del programa eran la alfabetización de medios, hábitos saludables (sobre todo nutrición y actividad física), inteligencia emocional y activismo. El grupo control recibió clase regular.

A continuación, se detallan los objetivos generales y específicos de cada sesión.

Tabla 4

Contenido del programa de prevención

Sesiones	Objetivo general	Objetivos específicos
Sesiones 1 y 2	Incrementar los conocimientos de alfabetización de medios o Media Literacy	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la historia del ideal de belleza ➤ Evaluar el ideal de belleza desde una perspectiva intercultural ➤ Analizar los mensajes transmitidos en los medios de comunicación (publicidad) ➤ Percibir los roles de género en los juguetes, los ideales de belleza y los mensajes en los medios de comunicación (sobre todo en la publicidad)
Sesión 3	Descubrir hábitos alimentarios saludables	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incrementar la ingesta de frutas y verduras ➤ Conocer la relación presente entre la publicidad y la elección de alimentos ➤ Definir y diferenciar la nutrición y la comida ➤ Definir y analizar nutriciones equilibradas

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Percibir mitos de alimentos (dietas restrictivas, alimentos prohibidos, carbohidratos, grasas...) ➤ Consciencia plena: sensaciones, señales de hambre y saciedad. ➤ Diferenciar y valorar funciones de grupos de alimentos
Sesiones 4 y 5	Identificar estilos de afrontamiento saludables y descubrir herramientas de inteligencia emocional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conocer la relación entre nutrición y emoción ➤ Identificar, diferenciar y saber el rol que asumen las emociones en nuestra vida (funciones) ➤ Practicar estrategias de afrontamiento de problemas frecuentes en las vidas de los adolescentes usando fragmentos de series o películas o de ejemplos proporcionados por los mismos participantes (cómo actuar frente las pérdidas, los insultos o los fracasos) ➤ Percibir los beneficios de practicar actividades físicas (gestión emocional). ➤ Incrementar la autoestima ➤ Definir, valorar e incrementar la comunicación asertiva
Sesiones 6, 7 y 8	Realizar activismo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificar e implementar una vídeo parodia de un anuncio de publicidad con índices elevados de visualización ➤ Puntuar y reforzar esfuerzos mediante un concurso

Objetivos transversales de todas las sesiones:

- Facilitar la comunicación, el respeto y la tolerancia
- Incrementar la consciencia y el trabajo de grupo
- Retar a mejorar la capacidad de escucha activa, empatía y la argumentación
- Fomentar la creatividad, el humor y la atención

Análisis de datos

En ambos estudios, los análisis estadísticos se llevaron a cabo con STATA, en el primer estudio, mediante STATA 12.0 y en el segundo, con STATA 16.0.

En el primer estudio, se procedió a realizar análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y se obtuvieron la media y la desviación estándar en las variables cuantitativas, mediante Chi cuadrado. Además, se llevó a cabo un análisis de diseño

mixto 2 x 3 de medidas repetidas (comparación intergrupo según la variable condición: grupo control y experimental) x (Comparación intragrupo según la variable tiempo: medida post, seguimiento de 6 meses y 1 año), ajustado por el nivel basal (medida pre), nivel socioeconómico, sexo e IMC. Teniendo en cuenta los modelos jerárquicos, dado que la interacción del efecto (grupo x Tiempo) resultó significativa, primero se analizó dicha interacción y posteriormente, se interpretaron sus efectos principales según si el nivel de significación era igual o mayor a 0,05. Se realizaron análisis ad-hoc ajustados por Bonferroni para evaluar las diferencias de medias (intervalos de confianza del 95 %) entre los grupos y los tamaños del efecto se calcularon mediante la *d* de Cohen. Los resultados se interpretaron como pequeños si los valores de *d* eran menores o iguales a 0,2, promedio para valores de *d* menores o iguales a 0,5 y grandes para valores mayores de 0,8 (Sullivan y Feinn, 2012).

Se siguen las recomendaciones de “Statistical Analyses and Methods in the Published Literature” (SAMPL guidelines) (Lang y Altman, 2015) para poder transmitir los resultados hallados en el segundo estudio.

Referente al segundo estudio, la distribución de normalidad de los datos multivariados se testó mediante el coeficiente de la simetría y de curtosis de Mardia. Se obtuvo un valor de 19,9 de simetría ($p < 0,001$) y referente al valor de la curtosis, 98,8 ($p < 0,001$), sugiriendo una desviación moderada de la distribución normal. La distribución de normalidad de los datos univariados se analizó mediante el coeficiente de simetría (valores absolutos comprendidos entre 0,1 hasta 2,5) y el coeficiente de curtosis (valores absolutos con rango entre 2,5 y 12,0), sugiriendo también una desviación moderada a la distribución normal. La simetría de la variable dependiente (ej. sintomatología alimentaria alterada) fue 2,5 y el valor de la curtosis fue 12,0, ambos positivos.

Se llevo a cabo análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y se obtuvieron la frecuencia, el percentil, la media, la desviación estándar, mediana y rango

intercuartil en las variables cuantitativas. Además, las comparaciones intergrupo según el sexo se realizaron a través de la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas que no cumplieran criterios de normalidad, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba de Fisher cuando las frecuencias esperadas de las variables categóricas eran menores a cinco. El tamaño del efecto de las variables cuantitativas se calculó mediante el coeficiente de Cohen (d) y de las variables categóricas a través de Cramer V (coeficiente V). Las superposiciones entre las covariables se examinaron con las correlaciones bivariadas de Spearman y con el factor de inflación de la varianza (VIF).

Se examinaron los modelos de ecuaciones estructurales multigrupo para conocer las relaciones entre las variables predictores y las dependientes, el método de estimación de máxima verosimilitud robusto (MLR), adecuado para examinar variables dependientes continuas que no se rigen por distribuciones normales (Weston y Gore, 2006).

La bondad de ajuste se evaluó mediante el coeficiente de determinación múltiple (R cuadrado) y el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR), una medida del residuo de correlación absoluta que se recomienda para muestras pequeñas y no normales. Los datos con valores más pequeños sugieren un buen ajuste del modelo (Pavlov et al., 2020).

Los modelos de ecuaciones estructurales examinaron la relación entre las variables predictoras: IMC, SATAQ-4, CAPS, TMMS-24, RSES y QUIC y la variable dependiente de sintomatología alimentaria alterada, EAT-26. Para cada predictor se reportaron los coeficientes no estandarizados, su intervalo de confianza (IC 95%), así como los coeficientes estandarizados. El nivel de significación se tomó como 0,05 para todas las pruebas estadísticas.

Se consideró oportuno calcular la potencia observada para ambos modelos, teniendo en cuenta los valores de los parámetros incluidos para el cálculo según el

número de predictores, el R^2 observado, el nivel de probabilidad α (0.05) y el tamaño de la muestra (Soper, 2021).

A watercolor splash background in shades of blue, green, and purple, centered on the page.

Artículo
publicado
(1^{er} estudio)

Universal prevention program of eating, weight and body image problems in adolescents: A 12-month follow-up

Olga Jordana Ovejero¹, Paola Espinoza Guzmán¹, Marcela González González², Irene Subiza Pérez¹,

Ariane Becerra Castro¹, Rosa M^a Raich Escursell¹, and Marisol Mora Giral¹

¹ Universidad Autónoma de Barcelona and ² Instituto de Trastornos Alimentarios de Barcelona (ITA)

Abstract

Background: In recent years, the broad spectrum of weight-related problems has increased considerably among both teenage boys and girls. This makes it fundamental to create programs that are more efficient. The objective of this study was to evaluate the short-, mid- and long-term efficacy of the current prevention program applied to 14-year-old teenagers. **Method:** For this study, 73 girls and 83 boys were assigned to an experimental condition (n=156), while 68 girls and 84 boys were assigned to a control condition (n=152). We used a mixed 2 (control and experimental condition) × 3 (Time: post-test, 6 month-follow-up and 12-month-follow-up) factorial design. **Results:** Those participants who belonged to the experimental condition exhibited significantly higher scores of body satisfaction, self-esteem, emotional repair and clarity, lower scores of self-oriented perfectionism, and internalization of thinness and ideal muscularity compared to the control group in post-intervention assessments and in both follow-ups. No statistically significant gender differences were found regarding the effectiveness of the program. **Discussion:** Universal, ecological programs may be effective in reducing risk factors and/or maximizing protective factors, which could in turn reduce concerns about body image, eating and weight.

Keywords: Prevention intervention, adolescent girls and boys, risk and protection factors, weight and image problems, eating disorders.

Resumen

Programa preventivo universal de problemas de alimentación, peso e imagen corporal en adolescentes: seguimiento de 12 meses. **Antecedentes:** en los últimos años se ha producido un incremento de amplio espectro de problemas relacionados con el peso entre adolescentes. Consecuentemente, la creación de programas más eficientes es primordial. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia a corto, medio y largo plazo de un programa de prevención aplicado a adolescentes de 14 años. **Método:** para este estudio, 73 chicas y 83 chicos fueron asignados a la condición experimental (n = 156), mientras que 68 chicas y 84 chicos al grupo control (n = 152). Utilizamos un diseño factorial mixto 2 (condición) × 3 (tiempo: post-test y seguimientos de 6 y 12 meses). **Resultados:** los participantes del grupo experimental mostraron puntuaciones significativamente más altas de satisfacción corporal, autoestima, reparación y claridad emocional y puntuaciones menores en perfeccionismo orientado hacia sí mismo e interiorización del ideal de delgadez y de musculatura respecto al grupo control y en las medidas post intervención y en ambos seguimientos. El género no difirió significativamente en la efectividad del programa. **Conclusiones:** los programas universales y ecológicos podrían ser efectivos para reducir los factores de riesgo y/o maximizar factores de protección, y reducir los problemas de imagen corporal, de alimentación y de peso.

Palabras clave: intervención preventiva, chicos y chicas adolescentes, factores protectores y de riesgo, problemas de peso y de imagen corporal, trastornos alimentarios.

The prevalence of eating disorders (ED) (anorexia and bulimia nervosa, binge eating disorders, and subclinical symptoms) in Spain was approximately 3.6% in an adolescent sample between 12 and 17 years of age (Rojo-Moreno et al., 2015). This rate was lower than those portrayed in other studies with the same age group (Stice, Marti, & Rohde, 2013). Furthermore, eating problems were characterized by chronicity, comorbidity and low effectiveness of intervention (Stice, 2016; Stice, Becker, & Yokum, 2013; Stice & Shaw, 2002).

Moreover, distinct studies have indicated that most of the adolescents assessed have related negative thoughts on weight and body-image, and negative emotions (Reel, 2013; Salk & Engeln-Maddox, 2011; Shirasawa et al., 2016). One recent study points out that around 45% of girls and 20% of boys assessed reported that they followed a diet and engaged in unhealthy behavior to achieve the current beauty ideal. This behavior was associated with an increase in their weight over the following years, enlarging the prevalence of obesity (López-Guimerà et al., 2013).

Body dissatisfaction has been one of most powerful changeable risk factors in ED. Additionally, prevention programs that have been focused on this construct have verified a significant reduction in the onset of ED, and of its symptoms and other risk factors. Finally, body-image disturbances were partially related to the mass media and were also associated with health and financial problems.

Received: September 28, 2019 • Accepted: February 10, 2020
 Corresponding author: Olga Jordana Ovejero
 Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
 Universidad Autónoma de Barcelona
 08193 Bellaterra (Spain)
 e-mail: Jordana.Olga@gmail.com

In this respect, therefore, they influence public health (Halliwell, Diedrichs, & Orbach, 2015; Sharfan, 2019).

A substantial part of the relevant academic literature has focused on the diagnosis, treatment and progress of ED. Prevention has been left in the background (Austin, 2016; Noordenbos, 2016). Moreover, discrepancies have been observed in the content of preventive intervention and its assessment (Stice & Shaw, 2010), a persistence in focusing exclusively on the feminine gender and that preventive effects did not continue over the mid and long term.

Noordenbos (2016) classified preventive programs into four generations. The first focused on psychoeducational sessions about the characteristics and consequences of ED. The second aimed to reduce specific risk factors in ED. The third generation attempted to deal with health promotion and non-specific risk factors. The final generation was directed at promoting legislative change to bring about a favorable cultural context. According to the author, programs belonging to the third and fourth generations were more effective in reducing the symptoms of eating disorders. Accordingly, the preventive program of this current study is framed within the second and third generation.

Similarly, according to a systematic review that included studies with a sample of individuals having an average of 13 and from different countries, as well as a meta-analysis with an international sample, effective programs have a media-literacy component as one of their main characteristics. This component aims at providing students with a critical tool to be able to react in light of the current esthetic ideals portrayed in the media (Xie, Gai, & Zhou, 2019). Other characteristics of effective preventive programs were addressing young people; applying the program through trained teachers or health professionals in schools working with issues of emotional intelligence; body image; self-esteem; social skills; problem-solving; and nutrition (Levine & Smolak, 2016; Watson et al., 2016; Xie, Gai, & Zhou, 2019).

The aim of the present study was to evaluate effectiveness in a mid- and long-term universal prevention program implemented on third-year secondary-school boys and girls with a control group. Dependent variables were compared inter and intra group. The confusionist variables that were analyzed were gender, BMI, socioeconomic level and ethnicity.

We hypothesized that, in post and follow-up measures at 6 months and 1 year, participants in the experimental condition would obtain lower scores for ED symptomatology, diet, awareness and internalization of beauty ideals and perfectionism compared to the control group and pre-post measure. Concurrently, better scores of body dissatisfaction, criticism of current esthetic ideals, self-esteem, emotional intelligence, eating habits and physical activity were obtained.

Method

Participants

Participants were recruited from five secondary schools in Barcelona (Spain). Verbal consent was required from participants and written consent from parents. Sampling and assignment were incidental. The initial sample was 308 boys and girls.

As regards sociodemographic data, 110 participants were girls (53 experimental condition and 57 control) and 114 were boys (46 experimental condition and 58 control group). 76.44% of the sample was European; 16.89% South-American; 4.89% Asian;

1.33% from Arabic countries; and 0.45% from other continents. The average age of participants was 14.6 years with a 0.54 standard deviation.

Regarding socioeconomic level, 28.97% of participants were middle to mid-low class.

Instruments

Socioeconomic level and sociobiographic data. Through an ad-hoc questionnaire, the participants were asked about the following aspects: Presence or absence of diet to change physical appearance and what this consisted of. Additionally, participants were asked about the educational and professional background of their parents or their main caregivers. The Hollingshead Index was obtained from this information. This index is organized into five levels: the higher the index, the lower the socioeconomic level (Hollingshead, 1975). This information was also extracted from a weighted formula. Finally, eating and physical activity habits were collected.

Body Mass Index Level (BMI). BMI was calculated from in situ weight and height measures using Seca 100g scale and a Kw 444.440 Kawe measuring rod (World Health Organization, 2006). Measures were taken in a private space close to the classroom, respecting confidentiality and intimacy at all times.

Eating Attitudes toward food (EAT-26) (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982). This questionnaire measured disturbing eating attitudes and behavior. A high score was associated with a higher risk. The questionnaire consisted of 26 items assessed in 6-point scales. We used its official Spanish adaptation (*Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública*, 2013). In the current sample, the total consistency of scores at each one of the assessment measures was excellent ($\alpha \geq .92$).

Perfectionism Scale for children and adolescents (CAPS) (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, & Mikail, 1991). We used the official Spanish adaptation of this by Castro et al. (2004). It was a self-report questionnaire of 22 items based on conceptualization of the multidimensional construct of perfectionism shaped by two subscales: social-perceived and self-perceived perfectionism, both consisted of a Likert scale. A high score was associated with a higher level of perfectionism. The sample data obtained displayed good internal consistency, with .89 in the Self-Oriented factor and .79 in the Socially Perceived factor.

Body Image Questionnaire (QUIC). This questionnaire asked both genders about distinct part of the body. Responses were assessed through a Likert scale. A high score was associated with a higher body satisfaction. Regarding convergent and divergent validity data, the instrument has correlations with other recurrently used scales as EAT-40, EDE-Q and CIMEC. In this sample these factors displayed good internal consistency, with .89 for Torso and .85 for Head and Limbs.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE). We used the official Spanish adaptation (Atienza, Moreno, & Balaguer, 2000). This consisted of a self-report of 10 items that measured self-esteem as a global and unidimensional measure. A high score was associated with a higher self-esteem. The Spanish adaptation had psychometric characteristics that are as good as the English version (Gray, Williams, & Hancock, 1997). In this sample, the internal consistency reached in each of the measures was excellent ($\alpha \geq .95$).

Trait Scale of Emotional-States Meta-Knowledge (TMMS-24). This self-report questionnaire assessed perceived emotional

intelligence. It involved 3 scales: attention, clarity and emotional reparation. A high score was associated with a higher emotional intelligence. The response scales were Likert type (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004). Internal consistency obtained through the responses of this sample was excellent ($\alpha \geq .94$).

Sociocultural influences Questionnaire (SATAQ-4). This was composed of 22 items that measured level of approval of current standard esthetic ideals. Response scales were Likert type, involving two factors: sociocultural pressure and body-ideal internalization. The first factor has three subscales: pressure from peers; family; and media. The internalization factor has two subscales: thin-ideal internalization or low-level lipids; and muscled ideal internalization. A high score was associated with greater pressure and internalization of beauty ideals. The Spanish validation by Llorente, Gleavevws, Warren, Pérez, and Rakhkovskaya (2015) was used. Internal consistency for this sample was excellent ($\alpha \geq .95$).

Questionnaire on criticism felt towards the thin ideal for girls and the muscle ideal for boys portrayed in the media, based on McLean, Paxton, and Wertheim (2013). This instrument enquired into 10 items that were distinct for each gender. Higher scores showed less critical ability and stronger belief of the idea that the ideals shown in the media are real, easy to obtain and, that if obtained, the possessor would be more intelligent, beautiful/handsome, perfect, happy and experience greater enjoyment.

Procedure

This study began by asking participants and their parents or legal tutors for reported consent. Our research project was approved by the Ethics Committee of the Universitat Autònoma de Barcelona. The research had a quasi-experimental and longitudinal design. To avoid the spill-over effect, individuals belonging to the control group attended a different school than that of the experimental group. Four measures were taken during school hours on paper-pencil forms (pre-intervention, post-intervention, six months and one year later).

Program

The theories that substantiated our prevention program were Cognitive-social theory, a feminist approach and the general skills model. Cognitive-social theory was proposed by Bandura (1986), who recognized that the development of ED is regulated by internal and external aspects through social agents. Regarding the feminist model, this characterises gender roles displayed by social agents that focus on making physical appearance a means of achieving approval and success, so that women learn to see their bodies as an object. Additionally, underlying pressure is not at all coherent with biogenetic parameters in most of these (López-Guimerá & Sánchez-Carracedo, 2010; Sinton & Taylor, 2010). Regarding the general skills model, this holds that mental disorders develop if the vulnerabilities surpass protection factors (López-Guimerá & Sánchez-Carracedo, 2010).

With respect to the experimental condition, the itinerary followed was that portrayed in Table 1. The procedure consisted of eight weekly sessions, lasting fifty minutes each, during normal class time with the tutor. Nine previously trained psychology researchers, PhD students or PhD holders, women from 24 to 45 years old, implemented the intervention program and assessment sessions. The components of this program were media literacy; healthy eating habits; physical activity; emotional intelligence; and activism. During the program sessions, the control group attended a regular class.

Data analysis

Statistical analyses were performed with STATA12.0. An analysis of mixed design 2×3 (Intergroup comparison, control and experimental \times Intragroup comparison. Time: post, follow-up of 6 months and 1 year) of repeated measures, adjusted for baseline level, sex, BMI and socioeconomic level was used. By hierarchical models, since the interaction of the effect (group \times Time) turned out to be significant, this interaction was first analyzed and its main effects were subsequently interpreted according to the level of significance equal to or greater than 0.05. Bonferroni-adjusted post-hoc analyses were performed to assess mean differences (95%

Table 1
Prevention program content

Table 1 Prevention program content	
Session 1 and 2	Media literacy
	<ul style="list-style-type: none"> - History of the beauty ideal analyzed from a historical perspective (girls: Greeks, Marilyn and Barbie icons; boys: masculinity in the 20th century and great development of muscles). - Beauty ideal from a cross-cultural perspective (giraffe-women, obese women in Mauritania, deformed feet in Chinese women). - Analysis of advertising messages. - Promotion of traditional roles through toys.
Session 3	Healthy eating habits
	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion of intake of fruits and vegetables. - Advertising and food choice. - Definition and difference between nutrition and food. - Definition and analysis of balanced nutrition (food pyramid). - Food myths (carbohydrates, fats, forbidden foods, etc.) - Full awareness and satiety. - Differentiating functions and food groups. Identifying type of menus.
Session 4 and 5	Healthy coping styles. Emotional intelligence
	<ul style="list-style-type: none"> - Knowledge of the relationship between nutrition and emotions. Types of emotions - Problem solving with practical examples of the participants and fragments of films (How to act against loss, insult, failure) - Benefits of doing physical activity and the relationship with emotion modulation and self-esteem. - Social abilities (assertive communication)
Session 6, 7 and 8	Activism
	<ul style="list-style-type: none"> - Making a video parody of an advertisement from a guided critical analysis. - Exhibition of videos; competition.

confidence intervals) between the groups, and effect sizes were calculated through Cohen's *d*. Results were interpreted as small if the values of *d* were less than or equal to 0.2, average for values of *d* less than or equal to 0.5 and large for values greater than 0.8 (Rosnow & Rosenthal, 1996).

Results

A sampling loss of 26.95% was registered, which was largely explained by a change of school or by not answering an assessment measure.

As regards Body Mass Index (BMI), the mean for boys was 21.25 (*SD* = 3.80) and 21.60 (*SD* = 4.58) for girls.

Table 2 shows the means and standard deviations obtained from each of the dependent variables considered at each moment of evaluation, in addition to the level of significance of time and the interaction of time and condition.

All measurements were adjusted by baseline level and BMI. The other confounding variables contemplated (SES and gender) did not show a change greater than or equal to 10% compared to the pure model.

RSES results

Results indicated that the score obtained by the participants of the experimental condition was 1.91 points higher, $\chi^2(3, N = 225) = 14.58$,

Table 2
Observed means (and SD) of measures over time and Chi-Squared Distribution results

Measure (minimum + maximum)	Group (n)	Observed mean (SD)				Chi-Squared Distribution (P value)	
		Pre-test (baseline)	Post-test (month 1)	1st follow-up (month 6)	2nd follow-up (month 12)	Interaction	Time
RSES (0 + 40)	ECOPREV (109)	26.42 (3.068)	28.71 (4.37)	29.58 (3.87)	29.69 (3.99)	14.58	91.18
	Control (116)	27.34 (3.07)	28.61 (3.87)	28.60 (3.71)	28.73 (4.08)		
TMMS-24 emotional attention (0 + 40)	ECOPREV (109)	23.35 (7.02)	23.74 (6.73)	23.53 (6.79)	24.34 (6.91)	2.24	6.41
	Control (116)	24.05 (6.59)	22.34 (6.53)	23.39 (6.15)	23.95 (7.25)		
TMMS-24 clarity (1 + 40)	ECOPREV (109)	24.90 (6.37)	25.34 (5.89)	25.68 (6.31)	27.42 (6.68)	23.85	16.28
	Control (116)	27.61 (5.98)	25.29 (5.89)	25.65 (5.26)	26.97 (6.37)		
TMMS-24 emotional repair (1 + 60)	ECOPREV (109)	24.42 (6.26)	27.50 (6.71)	29.03 (6.61)	29.72 (6.89)	76.65	46.52
	Control (116)	27.99 (6.43)	27.34 (6.88)	25.71 (6.19)	28.22 (6.46)		
EAT-26 (0 + 78)	ECOPREV (109)	6.96 (7.02)	5.61 (6.42)	4.54 (5.26)	4.61 (5.50)	7.23	16.71
	Control (115)	7.23 (8.15)	6.14 (8.40)	6.17 (7.12)	6.95 (7.26)		
CAPS Self-oriented (1 + 60)	ECOPREV (103)	37.93 (7.90)	35.43 (8.03)	35.28 (7.23)	34.81 (8.01)	15.43	12.85
	Control (115)	35.87 (6.60)	35.58 (7.05)	35.49 (7.83)	35.60 (8.51)		
CAPS socially perceived (1 + 50)	ECOPREV (106)	27.55 (6.75)	26.08 (7.91)	25.42 (7.81)	25.52 (7.26)	7.38	10.64
	Control (111)	25.87 (7.40)	25.28 (7.46)	24.80 (7.99)	26.58 (8.82)		
QUIC- Torso (0 + 70)	ECOPREV (109)	50.9 (1.50)	54.89 (1.27)	55.62 (1.19)	54.17 (1.04)	31.03	10.71
	Control (116)	53.61 (1.05)	53.09 (0.90)	54.07 (1.03)	56.29 (1.17)		
QUIC- Head and limbs (0 + 110)	ECOPREV (109)	66.36 (19.22)	72.91 (13.86)	73.37 (13.78)	74.06 (14.85)	46.91	14.34
	Control (116)	70.1 (12.97)	69.39 (12.28)	70.72 (13.36)	70.13 (13.78)		
General physical appearance (0 + 10)	ECOPREV (107)	7.43 (1.80)	7.87 (1.53)	7.98 (1.39)	8.02 (1.34)	25.89	13.80
	Control (115)	7.83 (1.26)	7.47 (1.55)	7.74 (1.31)	7.71 (1.34)		
SATAQ fitness pressure (1 + 25)	ECOPREV (109)	12.52 (4.99)	12.32 (4.97)	11.89 (5.29)	12.08 (4.89)	2.64	5.70
	Control (116)	11.6 (5.06)	11.73 (4.84)	11.51 (4.64)	12.05 (5.20)		
SATAQ thinness pressure (1 + 25)	ECOPREV (109)	12.75 (5.70)	12.80 (5.96)	11.69 (5.52)	12.42 (5.45)	1.24	13.29
	Control (116)	12.40 (5.41)	12.33 (5.03)	11.88 (4.90)	12.47 (5.42)		
SATAQ familiar pressure (1 + 20)	ECOPREV (116)	7.05 (3.35)	6.98 (3.39)	7.17 (3.61)	7.50 (3.62)	3.16	5.60
	Control (116)	7.99 (3.64)	7.41 (3.59)	7.32 (3.56)	8.08 (4.26)		
SATAQ peer pressure (1 + 20)	ECOPREV (109)	5.65 (2.72)	5.55 (2.48)	5.74 (2.74)	6.19 (3.21)	1.07	7.42
	Control (116)	6.18 (2.98)	5.87 (2.67)	5.62 (2.57)	6.41 (3.45)		
SATAQ media pressure (1 + 20)	ECOPREV (109)	12.40 (5.41)	12.33 (5.03)	11.88 (4.90)	12.47 (5.42)	.89	.46
	Control (109)	12.52 (4.99)	12.32 (4.97)	11.89 (5.29)	12.08 (4.89)		
Dietary Habits (0 + 40)	ECOPREV (107)	23.21 (4.16)	22.79 (4.67)	23.87 (4.48)	22.71 (4.20)	5.22	4.83
	Control (115)	22.98 (3.94)	23.57 (4.18)	23.48 (3.41)	23.41 (3.86)		

Note: Data highlighted in bold are statistically significant

Olga Jordana Ovejero, Paola Espinoza Guzmán, Marcela González González, Irene Subiza Pérez, Arienne Becerra Castro, Rosa Mª Raich Escursell, and Marisol Mora Giral

$p < .0005$, 95% CI (.86, 2.96), $d = 0.26$ with respect to the control group in the 6 month follow-up, and 1.58 points higher, $p = .003$, 95% CI (.52, 2.63), $d = 0.24$ in the yearly follow-up, as shown in Figure 1.

TMM5-24 results

Regarding the scale of emotional clarity, the experimental group obtained 2.50 points more than the control group, $\chi^2(3, N = 225) = 23.85, p = .005, d = 0.01$, 95% CI = (.77, 5.24). In the 6 month follow-up, 4.29 points more, $p < .0005, d = 0.07$, 95% CI = (2.55, 6.02) and in the yearly follow-up 2.62 points more, $p = .003, d = 0.07$, 95% CI = (.88, 4.36).

In addition, on the emotional-repair scale, the experimental group obtained 3.73 points more than the control group in the subsequent measure, $\chi^2(3, N = 225) = 76.65, p < .0005, d = 0.02$, 95% CI (2.13, 5.33); 6.88 points more than the control group in the first follow-up, $p < .0005, d = 0.52$, 95% CI = (5.28, 8.48); and, finally, 5.07 points more in the second follow-up, $p < .0005, d = 0.22$, 95% CI = (3.47, 6.67).

CAPS results

The ECOPREV group obtained statistically lower scores than the self-oriented scale in at each of the evaluation moments, as shown in Figure 3. In the subsequent measurement, it obtained 2.08 points less, $\chi^2(3, N = 225) = 15.57, p = .024, d = 0.2$, 95% CI = (-3.89, -.27). In the first follow-up, 2.22 points less $p = .017, d = 0.3$, 95% CI = (-4.04, -.40) and in the yearly follow-up, 3.61 less, $p < .0005, d = 0.095$, 95% CI = (-5.42, -1.80), as shown in Figure 2.

QÜIC results

The ECOPREV group obtained 4.27 points more on satisfaction in the Torso scale with respect to the control group in the subsequent

test, $\chi^2(3, N = 225) = 31.03, p = .001, d = 1.66$, 95% CI = (1.68, 6.86); 4.31 points more, $p = .001, d = 1.40$, 95% CI = (1.72, 6.91) in the first follow-up; and, finally, 4.93 points more $p < .0005, d = 1.92$, 95% CI = (2.35, 7.51), as shown in Figure 3.

Moreover, the ECOPREV group obtained 6.57 points for level of satisfaction in the Head and limbs' scale with respect to the control group in the post-test $\chi^2(3, N = 225) = 46.91, p < .0005, d = 3.50$, 95% CI = (2.90, 10.25). At the 6-month follow-up, the ECOPREV group obtained 4.21 points more than the control group $p = .024, d = 1.92$, 95% CI = (0.54, 7.88). At the 1- year follow-up, The ECOPREV group obtained 4.82, $p = .010, d = 2.29$, 95% CI = (1.17, 8.47), as shown in Figure 4.

Regarding overall body assessment, the ECOPREV group obtained .56 points more than the control group in the post measurement, $\chi^2(3, N = 225) = 25.59, p = .002, d = 0.26$, 95% CI = (.20, .92). In the first follow-up, the ECOPREV group obtained .40 more compared to the control group, $p = .030, d = 0.18$, 95% CI = (.04, .76) and .50 points more in the follow-up year, $p = .006, d = 0.23$, 95% CI = (.14, .87) as shown in Figure 5.

Similarly, in the other measures contemplated in Table 2, no statistically significant differences were obtained.

Questionnaire regarding criticism of the aesthetic ideal

This was administered one year subsequently, and participants belonging to the experimental group presented statistically lower levels compared to the control group. It was considered appropriate to adjust the model by ethnicity and BMI variables since these were the only variables that contributed to a difference greater than or equal to 10% with respect to the pure model. For Caucasian ethnicity, the experimental group obtained 2.41 points less than the control group, $F(6, 212) = 6.36, p = .04, d = 0.54$, 95% CI =

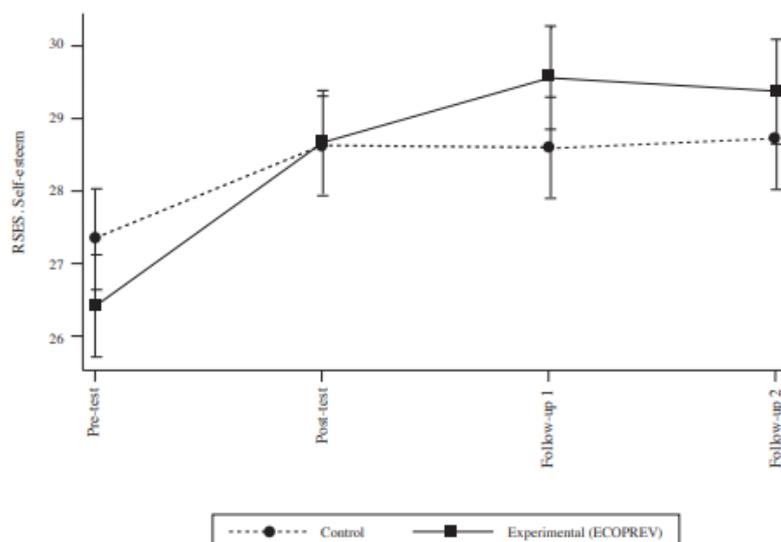


Figure 1. Mean scores for RSES adjusted by BMI in the three groups over the follow-up months showing predictive margins of conditions with 95% confidence interval

(-4.65, -.16). In the Hispanic ethnic group, the experimental group obtained 10.12 points less than in the control group, $p < .0005$,

$d = .71$. Individuals belonging to the Asian and Arabic ethnic groups obtained reductions that were not statistically significant.

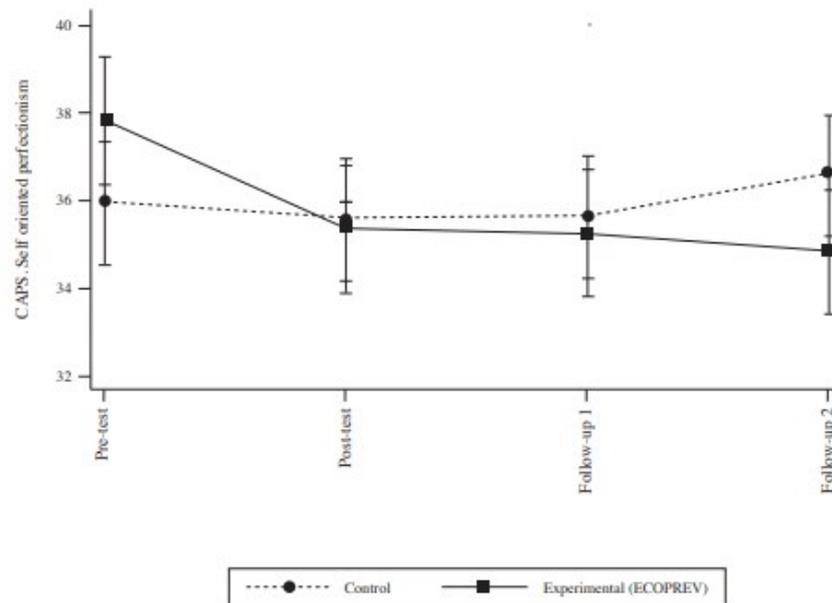


Figure 2. Mean scores for the Self-Oriented Perfectionism scale adjusted by BMI in the three groups over the follow-up months showing predictive margins of conditions with 95% confidence interval

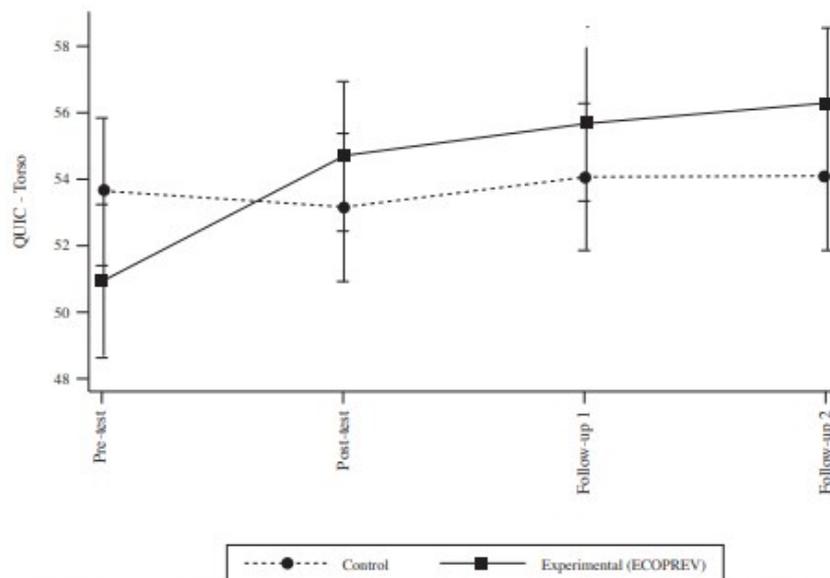


Figure 3. Mean scores for the Torso scale of QIIC adjusted by BMI in the three groups over the follow-up months showing predictive margins of conditions with 95% confidence interval

Olga Jordana Ovejero, Paola Espinoza Guzmán, Marcela González González, Irene Subiza Pérez, Arianne Becerra Castro, Rosa Mª Raich Escursell, and Marisol Mora Giral

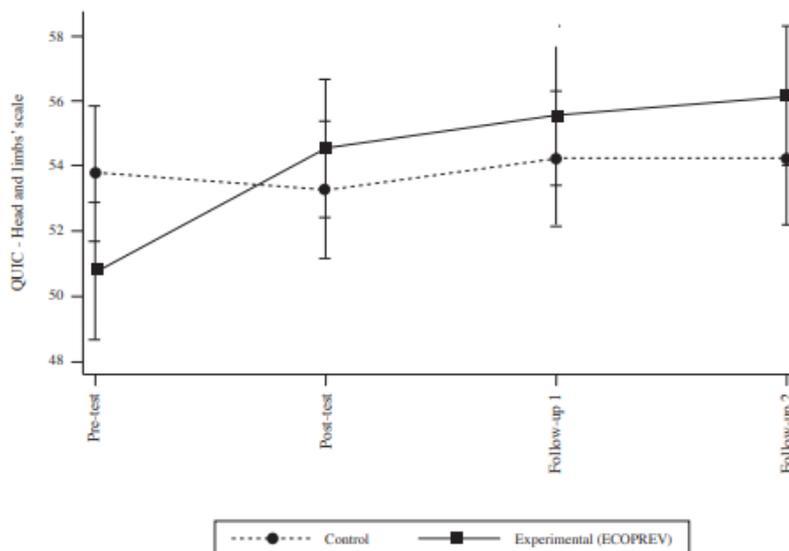


Figure 4. Mean scores for the Heads and Limbs' scale adjusted by BMI in the three groups over the follow-up months showing predictive margins of conditions with 95% confidence interval

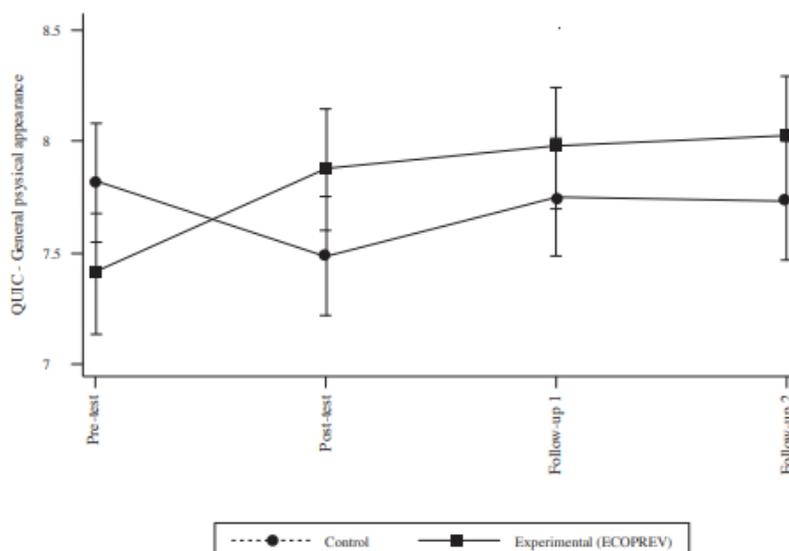


Figure 5. Mean scores for General physical appearance adjusted by BMI in the three groups over the follow-up months showing predictive margins of conditions with 95% confidence interval

Discussion

The aim of this study was to ascertain the short-, mid- and long-term effectiveness of a universal prevention program administered

to adolescents in their school environment. The contents of this program were media literacy, healthy eating habits and physical activity, emotional intelligence and activism.

We can confirm that the results for all of the variables contemplated in the study were in keeping with what we had previously hypothesized. However, we obtained statistically significant changes only for the scales of clarity and emotional repair, body satisfaction, critical ability with respect to the aesthetic ideal, self-esteem and self-perceived perfectionism. In addition, as in other similar studies aimed at teenagers of a similar age in Spain, the sizes of effect are small or medium.

In this study we obtained unexpected results linked to a greater degree of maturation than expected in the scales pertaining to body satisfaction and clarity and emotional repair, compared to similar studies (Mora et al., 2015), which may have affected the ability to show the reality of the change produced by the program. The explanation that we considered most plausible for this is that biological effects are associated with growth. In adolescence, changes taking place in the brain would facilitate an increase in individuals' emotional abilities. A cohort design of 14 to 19 years obtained results that could confirm a tendency of growth in the ability to cope with stressful situations, linked to emotional intelligence. In addition, we observed covariates that could explain differences between rhythms of maturity such as school and family connections (Lando-King, 2011). Regarding maturity related to body satisfaction, this could be attributed to the biological changes produced in adolescence, since in certain cases, especially in boys, these can help achieve current aesthetic requirements such as an increase in muscle mass or the development of genitals in boys and the development of buttocks or breasts in girls (Hayward, 2003).

Internalization of current aesthetic ideals, body satisfaction, self-esteem and perfectionism

Other similar studies (both Spanish and from other countries) with teenage populations obtained significant changes in reducing the internalization of current aesthetic ideals (González, 2011; Sánchez-Carracedo et al., 2016; Wilkch, 2013); better body satisfaction (Espinoza, Penelo, & Raich 2013; Wilkch, 2013; Dunstan, 2017); self-esteem (Richardson & Paxton, 2010); and less perfectionism (Castillo, Solano, & Sepúlveda, 2016). Similarly, no statistically significant differences were obtained between the control and the experimental group in altered eating behavior, in contrast to González, et al., (2011). However, we observe that the contemplated changes in the experimental group were maintained or increased in the mid and long term, unlike other previous studies (Austin, 2016; Diedrichs, 2015; Franko, Cousineau, Rodgers, & Roehrig, 2013).

According to O'Dea (2012), based on cognitive-social theory, the promotion of better body self-perception reflects changes in beliefs and attitudes that, without such changes, would predict risk behaviors related to weight and diet.

On the one hand, emotional regulation is the ability to modify emotional states and the evaluation of such modification. It allows a state of openness towards feelings, to modulate one's own and those of others, as well as promoting understanding and personal growth. To manage one's emotions, it is necessary to be able to observe, distinguish and label them, to believe that they can be modified and to implement more specific strategies in order to modify negative emotions (Mestre & Fernández-Bercoac, 2007).

A longitudinal study showed that adolescents who obtained lower scores in emotional regulation were associated, after one year, with higher levels of anxiety, depression, social stress, poor psychological adjustment and worse general mental health.

On the other hand, a meta-analysis showed evidence that emotional-adaptive regulation was one of the risk factors with the largest size of mediating effect between insecure attachment and eating disorders. In addition, other risk factors were found such as body dissatisfaction and perfectionism (Cortés-García, Takkouche, Seoane, & Senra, 2019).

Although no statistically significant differences were obtained in the presence or absence of diets at the distinct evaluation times between the control and experimental groups, qualitative differences were observed in the content of diets after intervention, with respect to the control group. These differences are characterized by the greater extent of consumption of fruit, vegetables (five daily intakes), healthy fats and water, and less varied diets, restrictions or skipping intakes and banning certain foods.

These results could mean that the ECOPREV program facilitates behavioral changes according to healthier eating habits. It should also be noted that no statistically significant differences between the control group and experimental group in other indicators of healthy habits were found.

In terms of other limitations, weight of the proportion of sample loss is similar to other longitudinal investigations. Nevertheless, we consider sample loss in our study to be high; certainly, it implies a loss of important data (López-Guimera et al., 2011). At the same time, most of the measures that were used in this investigation were self-reported, and no longitudinal measures of criticism regarding aesthetic ideals were obtained. In addition, this type of incidental sampling limits the extraction of chance (Xie, Gai, & Zhou, 2019). We also need to bear in mind the Hawthorne Effect (McCarney et al., 2007), by which adolescents may have biased their responses when observed by researchers. Future research should analyze the data in a more sophisticated way by using Generalized Estimation Equations (GEE) to increase the rigor of the data assessed (Liang, & Zeger, 1986).

However, this study has several strengths. First, it used a mixed sample. Second, it focused on protective factors both in the content of the program and in the evaluation of its effectiveness. And finally, it records mid- and long-term cognitive and behavioral changes pertaining to protection and risk factors related to eating disorders.

Consequently, programs that focus on protection and risk factors can generate mid- and long-term changes in adolescents' strategies for reducing the prevalence and severity of weight and body-image problems. In addition, offering these programs within an educational context could be a valuable idea for accessing the largest number of integrators using fewer resources (Neumark-Sztainer, 2016).

Acknowledgements

We gratefully acknowledge the financial support provided in writing this article by the Ministry of Economy and Competitiveness (Spain).

References

- Atienza, F., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos [Analysis of the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale in a sample of Valencian adolescents]. *Revista de Psicología: Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Austin, S. (2016). Accelerating progress in eating disorders prevention: A call for policy translation research and training. *Eating Disorders*, 24(1), 6-19. doi:10.1080/10640266.2015.1034056
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of Thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Castillo, I., Solano, S., & Sepúlveda, A. (2016). Programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad en estudiantes universitarios mexicanos [Program for prevention of eating disorders and obesity in Mexican university students]. *Behavioral Psychology*, 24(1), 5-28. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10486/679158>
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., & Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 392-398. doi:10.1016/j.jadohealth.2003.11.094
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, 14(3). doi:10.1371/journal.pone.0213099
- Dunstan, C., Paxton, S., & McLean, S. (2017). An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. *Eating Behaviors*, 25, 23-31. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.03.016
- Espinoza, P., Penelo, E., & 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. doi:10.1016/j.bodyim.2012.11.004
- Fernández-Bercoval, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. doi:10.2466/pr0.94.3.751-755
- Franko D. L., Cousineau T. M., Rodgers R. F., & Roehrig J. P. (2013). BodyMojo: Effective Internet-based promotion of positive body image in adolescent girls. *Body Image*, 10(4), 481-488. doi:10.1016/j.bodyim.2013.04.008
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., & Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. doi:10.1017/s0033291700049163
- González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., & Raich, R. (2011). Disorder eating prevention programme in schools: A 30-Month-Follow-Up. *European Eating Disorders Review*, 19(4), 349-356. doi:10.1002/erv.1102
- Gray-Little, B., Williams, V., & Hancock, T. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(5), 443-451. doi:10.1177/0146167297235001
- Halliwel, E., Diedrichs, P. C., & Orbach, S. (2014). *Costing the invisible: A review of the evidence examining the links between body image, aspirations, education and workplace confidence*. Retrieved from <https://uwe-repository.worktribe.com/output/806655>
- Hayward, C. (Ed.) (2003). *Gender differences at puberty*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hewitt, P., Flett, G., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464. doi:10.1037/1040-3590.3.3.464
- Hollingshead, A. B. (1975). Four-factor index of social status [Unpublished manuscript]. Yale University, New Haven, CT.
- Lando-King, E. A. (2011). *Trajectories of emotional intelligence in adolescent females who engage in high risk sexual behaviors* (Doctoral dissertation). University of Minnesota, Minnesota. Retrieved from <https://conservancy.umn.edu/handle/11299/117402>
- Lázaro, P., Picazo, J., & Fraile, E. (2017). *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* [Good practices in the prevention of eating disorders]. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Levine, M., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders*, 24(1), 39-46. doi:10.1080/10640266.2015.1113826
- Liang, K. Y., & Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73(1), 13-22. Retrieved from <https://academic.oup.com/biomet/article/73/1/13/246001>
- López-Guimerà, G., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Fauquet, J., Loh, K., & Sánchez-Carracedo, D. (2013). Unhealthy weight-control behaviours, dieting and weight status: A cross-cultural comparison between North American and Spanish adolescents. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 276-283. doi:10.1002/erv.2206
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., & 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. *Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293-303. doi:10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.26
- Llorente, E., Gleaves, E., Warren, C., Pérez, L., & Rakhkovskaya, L. (2015). Translation and Validation of a Spanish Version of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *International Journal of Eating Disorders*, 48(2). doi:10.1002/eat.22263
- McCarney, R., Warner, J., Liliffe, S., Van Haselen, R., Griffin, M., & Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 30. Retrieved from <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-7-30>.
- Mora, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Espinoza, P., González, M., & 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*, 328753. doi:10.1155/2015/328753
- Neumark-Sztainer, D. (2016). Eating disorders prevention: Looking backward, moving forward; looking inward, moving outward. *Eating Disorders*, 24(1), 29-38. doi:10.1080/10640266.2015.1113825
- Noordenbos, G. (2016). How to block the ways to eating disorders. *Eating Disorders*, 24(1), 47-53. doi:10.1080/10640266.2015.1113827
- Panelo, E., Espinoza, P., Portell, M., & Raich, R. (2012). Assessment of body image: Psychometric properties of the Body Image Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 17(4), 556-566. doi:10.1177/1359105311417913
- Raich, R., González, M., Espinoza, P., Mora, M., & Gutiérrez, T. (2017). Prevención primaria de los trastornos de alimentación: evolución de un programa [Primary prevention of eating disorders: Evolution of a program]. In Ruiz, P.M., Velillo, E., & González, E. (Eds.). *Buenas prácticas en prevención de los trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 151-169). Madrid: Pirámide.
- Richardson S., & Paxton S. (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. doi:10.1002/eat.20682
- Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., ... & Liviános, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*, 227(1), 52-57. doi:10.1016/j.psychres.2015.02.015
- Rosnow, R., & Rosenthal, R. (1996). Computing contrasts, effect sizes, and counterfactuals on other people's published data: General procedures for research consumers. *Psychological Methods*, 1(4), 331. doi:10.1037/1082-989x.1.4.331
- Salk, R., & Engeln-Maddox, R. (2011). "If you're fat, then I'm humongous!" Frequency, content, and impact of fat talk among college women. *Psychology of Women Quarterly*, 35(1), 18-28. doi:10.1177/0361684310384107
- Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Leiva, D., Puntí, J., Trepal, E., ... & Palao, D. (2016). The MABIC project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 23-33. doi:10.1016/j.brat.2015.11.010
- Sarfan, L., Clerkin, E., Teachman, B., & Smith, A. (2019). Do thoughts about dieting matter? Testing the relationship between thoughts about dieting, body shape concerns, and state self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 7-14. doi:10.1016/j.jbtep.2018.08.005
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., Calogero, R. M., ... & Kelly, M. (2014). Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4

- (SATAQ-4). *Psychological Assessment*, 27(1), 54-67. doi:10.1037/a0037917
- Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública (2013). *Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario* [Eating behavior disorders: Prevalence of clinical cases of eating disorders] (No. 07/2003). Retrieved from <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-disposition&blobheadervalue2=cadena&blobheadervalue3=file%3DDes%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true>
- Shirasawa, T., Ochiai, H., Nanri, H., Nishimura, R., Ikeda, K., Hoshino, H., & Kokaze, A. (2016). Association between distorted body image and changes in weight status among normal weight preadolescents in Japan: A population-based cohort study. *Archives of Public Health*, 74(1), 39. doi:10.1186/s13690-016-0151-y
- StataCorp (2011). *Stata Statistical Software: Release 12* [Computer software]. College Station, TX: StataCorp LP.
- Stice, E. (2016). The implementation of evidence-based eating disorder prevention programs. *Eating Disorders*, 24(1), 71-78. doi:10.1080/10640266.2015.1113832
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445. doi:10.1037/a0030679
- Stice, E., Ng, J., & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02212.x
- Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., ... & Egan, S. J. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 833-862. doi:10.1002/eat.22577
- Wilksch, S., & Wade, T. (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. doi:10.1093/jpepsy/jst036
- World Health Organization (2006). *Fact sheet: obesity and overweight*. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Xie, X., Gai, X., & Zhou, Y. (2019). A meta-analysis of media literacy interventions for deviant behaviors. *Computers & Education*, 139, 146-156. doi:10.1016/j.compedu.2019.05.008

A decorative watercolor splash in shades of blue, teal, and purple, centered on the page. The word "Resultados" is written in a black serif font over the splash.

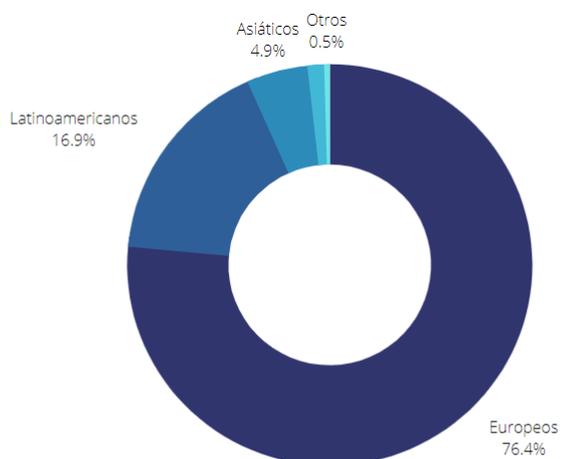
Resultados

Análisis descriptivos de ambos estudios

La media de edad del grupo de ambos estudios fue de 14,6 años (DE 0,5).

Figura 9

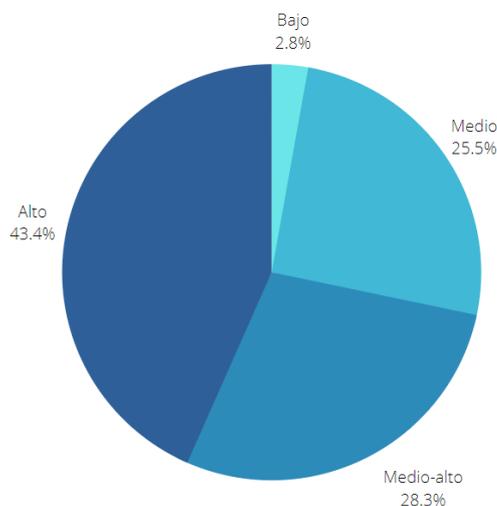
Distribución de países de nacimiento de la muestra



Nota. El 76,44% de la muestra era de procedencia europea, el 16,89% Latino Americana, el 4,89% asiática, el 1,33% de los países árabes y el 0,45% provenía de otros países.

Figura 10

Distribución de niveles socioeconómicos de la muestra



Nota. El 2,8% de los participantes de la muestra pertenecían a familias con nivel socioeconómico bajo, el 25,5% medio, el 28,3% medio-alto y finalmente, el 43,4% alto.

Segundo estudio

La tabla 5 muestra las variables sociodemográficas, además de las comparaciones de éstas según el género. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre sexos en relación al IMC ($p = 0,474$, $d = 0,004$, ni de nivel socioeconómico ($p = 0,581$, $V = 0,09$).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos con relación a la puntuación total de la escala EAT-26 (medias: 7 vs. 4; $p = 0,004$; $d = -0,28$). La puntuación total de la escala RSES (medias: 32 vs. 28,5; $p < 0,00$; $d = 0,46$). La subescala de TMMS-24 de reparación emocional (medias: 30 vs. 27; $p < 0,001$; $d = 0,44$). La puntuación de la subescala de apariencia física general de QÜIC (medias: 16,1 vs. 14,9; $p = 0,003$; $d = 0,40$), como las subescalas de Torso (medias: 8,1 vs. 7,3; $p < 0,001$; $d = 0,44$) y Cabeza y extremidades (medias: 8,1 vs. 7,8; $p = 0,039$; $d = 0,29$) y finalmente, en varias subescalas de SATAQ-4. Destacamos la subescala de musculado (medias: 13 vs. 10,5; $p < 0,001$; $d = 0,49$), delgado (medias: 14 vs. 11; $p = 0,039$, $d = -0,27$) y presiones familiares (medias: 7 vs. 6; $p = 0,036$; $d = 0,27$).

En la tabla 6 muestra las correlaciones de todas las variables contempladas. No se muestra colinealidad ($r \leq 0,37$; VIF $< 1,3$ en todos los casos).

Tabla 5*Variables clínicas y demográficas. Comparación entre grupos*

	Chicos (n = 110, 50.9 %)		Chicas (n = 106, 49.1%)		p	d (IC95%) / V	alfa
	Media (DE) / n	Mediana (IQR) / (%)	Media (DE) / n	Mediana (IQR) / (%)			
IMCz	0,15 (1,0)	-0,28 (-0,74 – 0,48)	0,12 (1,0)	-0,18 (-0,50 – 0,46)	0,474	0,004 (-0,26 – 0,27)	
NSE					0,581	0,09	
Nivel bajo	7	6,4	3	2,8			
Nivel medio	23	20,9	27	25,5			
Nivel medio-	31	28,2	30	28,3			
alto							
Nivel alto	49	44,5	46	43,4			
EAT	6,7 (8,0)	4 (2 – 10)	9,1 (8,6)	7 (3 – 12)	0,004	-0,28 (-0,55 – -0,02)	0,82
RSES	30,9 (4,6)	32 (28 – 35)	28,6 (5,6)	28,5 (25 – 33)	<0,001	0,46 (0,19 – 0,73)	0,73
TMMS	76,8 (15,0)	78 (68 – 86)	74,5 (12,4)	75,5 (68 – 84)	0,153	0,16 (-0,16 – 0,42)	0,85
Atención	17,2 (5,3)	17 (13 – 21)	18,4 (4,8)	18 (15 – 22)	0,101	-0,22 (-0,49 – 0,04)	0,87
Claridad	21,8 (5,5)	22 (18 – 26)	21,4 (5,9)	21 (18 – 26)	0,443	0,08 (-0,18 – 0,34)	0,83
Reparación	28,8 (6,8)	30 (25 – 34)	25,9 (6,5)	27 (21 – 31)	<0,001	0,44 (0,17 – 0,71)	0,81
CAPS	61,9 (12,4)	61 (52 – 71)	59,6 (12,3)	58 (51 – 68)	0,190	0,18 (-0,09 – 0,44)	0,81
Auto prescrito	36,2 (8,6)	35 (31 – 42)	34,5 (8,0)	34 (29 – 40)	0,231	0,20 (-0,06 – 0,46)	0,79
Socialmente prescrito	25,7 (7,4)	25 (20 – 31)	25,1 (7,3)	24 (19 – 29)	0,518	0,08 (-0,18 – 0,34)	0,79
QÜIC	15,8 (2,9)	16,1 (14,1 – 17,9)	14,5 (3,5)	14,9 (12,5 – 17,0)	0,003	0,40 (0,13 – 0,67)	0,94
Torso	7,8 (1,8)	8,1 (7,1 – 9,1)	7,0 (2,0)	7,3 (5,9 – 8,4)	<0,001	0,44 (0,17 – 0,72)	0,89/0,92
Cabeza y extremidades	7,9 (1,4)	8,1 (7,2 – 9,0)	7,5 (1,7)	7,8 (6,8 – 8,6)	0,039	0,29 (0,02 – 0,56)	0,86/0,91
SATAQ	46,4 (16,0)	44 (34 – 56)	44,7 (14,8)	47 (33 – 53)	0,677	0,11 (-0,16 – 0,37)	0,91
Musculatura	13,4 (5,1)	13 (10 – 17)	11,0 (4,7)	10,5 (7 – 15)	<0,001	0,49 (0,21 – 0,76)	0,89
Delgadez	11,8 (5,6)	11 (7 – 15)	13,4 (5,5)	14 (9 – 18)	0,039	-0,27 (-0,53 – -0,01)	0,90
Presión familiar	8,0 (3,7)	7 (5 – 10)	7,0 (3,2)	6 (4 – 9)	0,036	0,27 (0,10 – 0,55)	0,77
Presión iguales	6,0 (3,0)	5 (4 – 7)	5,8 (2,7)	4 (4 – 7)	0,660	0,08 (-0,19 – 0,34)	0,82
Presión medios	7,2 (4,4)	4,5 (4 – 9)	7,6 (4,8)	5 (4 – 11)	0,608	-0,10 (-0,36 – 0,17)	0,94

n= muestra; %= porcentaje; DE= desviación estándar; IQR= Rango intercuartil; p= valor p; alfa= consistencia interna según coeficiente de alfa de Cronbach; d (95%) = Coeficiente de Cohen para el tamaño del efecto con un intervalo de confianza del 95%; V= V Cramer; IMCz= Índice de Masa Corporal según puntuaciones z; NSE= Nivel Socioeconómico; EAT=Eating Attitudes Test; RSES= Rosenberg Self-Esteem Scale; TMMS= Trait Meta-Mood Scale; CAPS=Child-Adolescent Perfectionism Scale; QÜIC= Cuestionario de Imagen Corporal; SATAQ= Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire.

Tabla 6*Correlación entre variables*

	1	2	3	4	5	6	7
1. EAT, Eating Attitudes Test							
2. BMI z, Índice de Masa Corporal con puntuaciones z	0,26*						
3. NSE, Nivel Socioeconómico	0,05	-0,09					
4. SATAQ, Sociocultural Attitudes Appearance Questionnaire	0,50*	0,27*	0,09				
5. CAPS, Child-Adolescent Perfectionism Scale	0,07	-0,10	0,01	0,25*			
6. TMMS, Trait Meta-Mood Scale	0,12	0,01	0,17*	0,09	0,07		
7. RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale	-0,27*	-0,07	0,15*	-0,25*	-0,02	0,33*	
8. QÜIC, Cuestionario de imagen corporal	-0,21*	-0,34*	0,06	-0,21*	0,08	0,15*	0,37*

Nota. Correlaciones de Spearman; * $p \leq 0,05$. VIF < 1,3.

Resultados de las ecuaciones estructurales

Los índices de bondad de ajuste del modelo multigrupo de referencia son óptimos SRMR = 0,000.

En la figura 12 se muestra la variancia explicada obtenida del modelo de los chicos, la cual fue $R^2 = 0,33$, y del modelo ajustado R cuadrado = 0,291. En la figura 13 se encuentra la variancia explicada lograda en el modelo de las chicas $R^2 = 0,39$, en el modelo ajustado R cuadrado = 0,35. Todos los coeficientes indicados son no estandarizados.

En la tabla 7 se hallan los resultados de los modelos estructurales por cada predictor. La única asociación estadísticamente significativa es entre la variable SATAQ-4 y EAT-26, en ambos sexos. En chicos, el coeficiente B de SATAQ-4 fue 0,24, con un intervalo de confianza del 95% entre 0,11 y 0,36, y en chicas, 0,30, con un intervalo del 95% de entre 0,18 y 0,42. En ambos sexos se obtuvo $p < 0,001$.

Se consideró oportuno calcular la potencia estadística para ambos modelos teniendo en cuenta la muestra de chicos ($n = 110$) y de chicas ($n = 106$), los predictores, el R cuadrado observado y el nivel de probabilidad α (0,05). El cual resultó ser óptimo puesto que fue del 0,99 en ambos modelos y, por tanto, era superior al 0,80.

Tabla 7

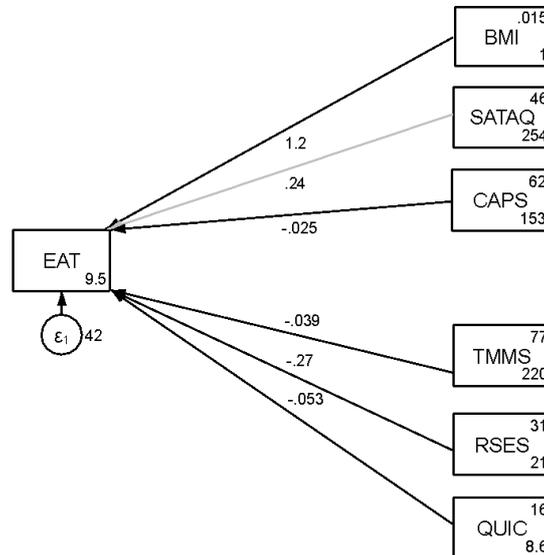
Efectos directos no estandarizados con los resultados EAT (y nivel de significación) según el sexo

Modelo final	Chicos			Chicas		
	Coef.	IC 95%	p	Coef.	IC 95%	p
IMCz	1,17	(-0,05; 2,39)	0,06	-1,15	(-2,45; 0,15)	0,08
SATAQ-4	0,24	(0,11; 0,36)	0,000	0,297	(0,18; 0,42)	0,000
CAPS	-0,02	(-0,13; 0,08)	0,66	-0,097	(-0,21; 0,02)	0,09
TMMS-24	-0,04	(-0,199; 0,12)	0,63	0,08	(-0,035; 0,199)	0,17
RSES	0,27	(-0,58; 0,03)	0,08	-0,22	(-0,46; 0,24)	0,08
QÜIC	-0,05	(-0,395; 0,29)	0,76	-0,46	(-0,99; 0,077)	0,09
cons.	9,53	(-2,59; 21,66)	0,12	8,35	(-6,76; 23,47)	0,28

Coef.= coeficiente; IC95%= intervalo de confianza 95% ;p= valor p; IMCz= IMC; Índice de Masa Corporal según puntuaciones z
 EAT=Eating Attitudes Test; SATAQ= Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire; CAPS= Child-Adolescent Perfectionism Scale; TMMS= Trait Meta-Mood Scale; RSES= Rosenberg Self-Esteem Scale; QÜIC= Cuestionario de imagen corporal;
 cons= constante. En negrita: efectos estadísticamente significativos.

Figura 12

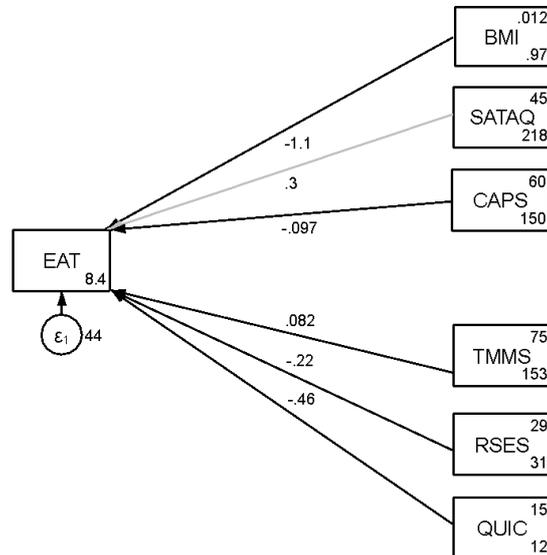
Modelo multigrupo para chicos y coeficiente no estandarizado



Nota. EAT=Eating Attitudes Test; BMI= IMC en puntuaciones z; SATAQ= Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire; CAPS=Child-Adolescent Perfectionism Scale; TMMS= Trait Meta-Mood Scale; RSES= Rosenberg Self-Esteem Scale; QUIC= Cuestionario de imagen corporal. La línea gris claro indica que el coeficiente de este predictor (SATAQ) fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$).

Figure 13

Modelo multigrupo para chicas y coeficiente no estandarizado



Nota. EAT=Eating Attitudes Test; BMI= IMC en puntuaciones z; SATAQ= Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire; CAPS=Child-Adolescent Perfectionism Scale; TMMS= Trait Meta-Mood Scale; RSES= Rosenberg Self-Esteem Scale; QUIC= Cuestionario de imagen corporal. La línea gris claro indica que el coeficiente de este predictor (SATAQ) fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$).



Discusión

Discusión

A continuación, se desarrollará la discusión teniendo en cuenta los resultados. En primer lugar, se procederá a la exploración del cumplimiento de los objetivos y las hipótesis de ambos estudios. Seguidamente, se analizarán las aportaciones, limitaciones y se sugerirán futuras líneas de investigación. Y finalmente, la retroalimentación de los participantes.

Primer estudio

El primer estudio tiene como objetivo conocer la eficacia a los 6 y 12 meses de seguimiento de un programa de prevención universal administrado a chicos y chicas de 3º de la ESO, con un grupo control.

Los contenidos de la intervención preventiva se basaban en los modelos teóricos de la teoría de disonancia cognitiva, la teoría de vulnerabilidad no específica, el modelo cognitivo social, la alfabetización de medios y el modelo feminista.

La media de edad obtenida de los participantes del primer estudio fue de 14.6 años con una desviación estándar de 0.54. Un metaanálisis de Stice et al., (2007) mostró que las intervenciones preventivas dirigidas a estudiantes de alrededor de 15 años eran más eficaces. Comúnmente se contemplan dos posibles hipótesis para explicar dicho resultado. La primera es el mayor desarrollo cognitivo y emocional, el cual puede conllevar a una mayor interiorización de los contenidos trabajados y una mayor capacidad crítica y la segunda, la mayor confluencia de factores de riesgo involucrados en el desarrollo de la sintomatología de TCA.

El presente programa también sigue otras recomendaciones del metaanálisis anteriormente mencionado como tener un contenido multisesión y didáctico y que se implemente por especialistas. Además, se aplica en contexto escolar porque comporta claros beneficios de accesibilidad (Smolak, 2004; O’Dea, 2012; Ricciardelli y Yager, 2015). Asimismo, se considera oportuno llevar a cabo una prevención universal aplicada en muestra mixta. Las justificaciones principales sobre la universalidad del programa son en primer lugar, que se pueden beneficiar un mayor número de sujetos, sin la

necesidad de esperar a que desarrollen algún trastorno, contribuyendo a su bienestar y reduciendo el coste de intervención, puesto que un mayor tiempo con síntomas supone una normalización y habituación de las actitudes y conductas con impacto en la salud mental y física (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Y en segundo lugar, hay un incremento significativo en la población masculina con sintomatología de TCA (Anderson y Bulik, 2004; Ricciardelli y Yager, 2015). Por otro lado, ambos sexos son *targets* actuales y partícipes de las presiones coherentes con los ideales estéticos e incluso padecen de algunos síntomas de TCA, aunque generalmente los chicos presentan menos probabilidades de cumplir todos los criterios diagnósticos. Los factores de riesgo con más evidencia de impacto (dieta, insatisfacción corporal, conductas de control de figura y peso corporal) suelen estar presentes en la población normativa de ambos sexos (Ricciardelli y Yager, 2015). Es oportuno destacar un estudio de Chongwatpol y Gates (2016), cuyos resultados sugirieron que solo el 18% de las chicas y el 21% de los chicos adolescentes de la muestra no indicaron insatisfacción corporal.

El presente programa, según la clasificación de intervenciones preventivas de Nordenboos (2016), pertenece a la segunda y tercera generación. Puesto que se basa en la reducción de los factores de riesgo asociados a los TCA (segunda generación) y el incremento de los factores protectores de los TCA y en promocionar la salud (tercera generación). Los componentes de dicho programa son alfabetización de medios, educación en hábitos saludables de alimentación y actividad física, inteligencia emocional y activismo.

Hipotetizamos que:

- Los sujetos de la condición experimental obtendrán puntuaciones menores de sintomatología de TCA, de presiones percibidas e interiorización de los ideales de belleza y perfeccionismo. Y paralelamente, mejores puntuaciones de satisfacción corporal, criticismo hacia los ideales estéticos actuales, autoestima, inteligencia emocional, hábitos alimentarios y más actividad física.

Generalmente todas las variables contempladas siguieron la dirección prevista entre la medida pre y medidas posteriores. Después de la intervención preventiva, los adolescentes del grupo perteneciente a la intervención obtuvieron mejores puntuaciones en autoestima, capacidad de identificar, diferenciar y gestionar emociones (inteligencia emocional) y en satisfacción corporal. Por otro lado, también se obtuvieron puntuaciones inferiores en perfeccionismo auto y socialmente prescrito, interiorización del ideal musculado y delgado, presiones percibidas por parte de la familia, los iguales y los medios. Asimismo, en estas últimas medidas vemos un ligero incremento en la interiorización en la medida post (no significativa) y una reducción de esta variable en las medidas posteriores, siendo inferior a la del nivel basal. Esto podría indicar una demora del efecto de intervención, común en programas de prevención y tratamiento puesto que se necesita un tiempo para poder cristalizar el nuevo aprendizaje y hasta entonces, es común un ligero incremento de interiorización puesto que el contenido de la prevención se focaliza en aumentar la consciencia de ésta (McVey y Davis, 2002). De igual importancia, en las medidas de presión percibida por parte de la familia e iguales no solo no se mantiene la reducción, sino que empeora en los seguimientos (cambios no significativos), lo cual podría indicar la necesidad de incorporar sesiones de refuerzo (*booster sessions*) (Ricciardelli y Yager, 2015), hacer más partícipe a la familia y también el menester de separar en la evaluación la presión percibida por los compañeros de clase y los iguales ajenos a ésta. De este modo, se podría utilizar técnicas para involucrar a otros agentes importantes implicados en la presión.

Otros estudios similares (tanto españoles como de otros países) con muestras de adolescentes obtuvieron cambios significativos en la reducción de la internalización de los ideales estéticos actuales (González, 2011; Wilkch, 2013; Sánchez Carracedo et al., 2016); mejor satisfacción corporal (Wilkch et al., 2009; Espinoza et al., 2013; Berger et al., 2013; Wilkch, 2013; Dunstan, 2017); mejor autoestima (Wilkch et al., 2009; Richardson y Paxton, 2010) y menos perfeccionismo (Castillo et al., 2016).

Cabe destacar que, en este estudio, los cambios contemplados en el grupo experimental se mantuvieron o aumentaron a medio y largo plazo, a diferencia de otros estudios previos (Franko et al., 2013; Austin, 2016; Diedrichs, 2015).

Satisfacción corporal e inteligencia emocional. Según O’Dea (2012), de acuerdo con la teoría cognitivo-social, la promoción de una mejor autopercepción corporal refleja cambios en creencias y actitudes que, sin tales cambios, predecirían conductas de riesgo relacionadas con el peso y la dieta.

Por otro lado, la regulación emocional es la capacidad de modificar estados emocionales y la evaluación de dicha modificación, permitiendo un estado de apertura hacia los sentimientos, para modular los propios y ajenos, además de promover la comprensión y el crecimiento personal. Para gestionar las propias emociones es necesario saber observarlas, distinguirlas y etiquetarlas, creer que se pueden modificar e implementar estrategias más específicas para cambiar las emociones de manera adaptativa (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007).

Un estudio longitudinal mostró que los adolescentes que obtuvieron puntuaciones más bajas en regulación emocional obtuvieron, después de un año, niveles más altos de ansiedad, depresión, estrés social, mala adaptación psicológica y peor salud mental general. Por otro lado, un metaanálisis mostró evidencia de que niveles bajos de regulación emocional-adaptativa eran uno de los factores de riesgo con mayor tamaño de efecto mediador entre el apego inseguro y los trastornos alimentarios.

Además, también se vinculan con los TCA otros factores de riesgo como la insatisfacción corporal y el perfeccionismo (Cortés-García et al, 2019). Por tanto, el incremento de inteligencia emocional del programa preventivo podría interactuar positivamente con otras variables trabajadas y alcanzar cambios más estables.

Internalización de los ideales estéticos. Otro aspecto importante que destacar es la diferencia de eficacia del programa según la etnia. Al año, se produjo un tamaño del efecto mayor en la reducción de la interiorización de los ideales estéticos en las personas pertenecientes a la etnia hispana. Hay numerosos estudios que también

sugieren diferencia en el tamaño de los efectos preventivos según países y etnias. Así como diferencia en epidemiología de TCA y factores de riesgo de éstos, partiendo de un nivel mayor en aquellas etnias con constituciones corporales más alejadas de los ideales estéticos, pero que, debido a la globalización, las presiones estéticas están también presentes. De este modo, los cambios se observaban con mayor facilidad, puesto que los niveles basales de factores de riesgo como la insatisfacción corporal, la presencia de dieta, las presiones percibidas e interiorización de los ideales estéticos parecían ser mayores (Acosta et al., 2005; Toro et al., 2006; Ricciardelli et al., 2007; Jung y Forbes, 2012; Gomez-Peresmitré et al., 2013).

Dietas. Aunque no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la presencia o ausencia de dietas en los distintos momentos de evaluación entre los grupos control y experimental, se observaron diferencias cualitativas en el contenido de las dietas después de la intervención, con respecto al grupo control. Estas diferencias se caracterizan, por una parte, por mayor consumo de frutas y verduras, coherente al hallazgo de Bell et al. (2019). También se obtuvieron más referencias a ingestas de grasas saludables y agua y, por otra parte, menos referencias a dietas poco variadas y restricciones o saltarse ingestas y prohibir determinados alimentos. Además de una mayor organización en las ingestas, regulando éstas con una frecuencia de cinco comidas diarias.

Cabe destacar que, en el presente estudio, así como en estudios previos con un grupo de edad similar tampoco corroboran la hipótesis inicial, no consiguiendo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental en el seguimiento de las medidas que reflejan atención emocional, sintomatología alimentaria (Baranowski y Hetherington 2001; Grave et al., 2001; McVey y Davis, 2002; Steiner Adair et al., 2002; McCabe et al., 2010; Franko et al., 2013; Ross et al., 2013; Wilksch, 2013; Halliwell y Diedrichs, 2014; Mora et al., 2015; Wilksch et al., 2015), perfeccionismo socialmente prescrito (Wilksch, 2013; Wilksch et al., 2015), interiorización de delgadez y complexión atlética (Steiner Adair et al., 2002;

Haines et al., 2006; de León et al., 2008; Wilksch, 2013), presiones percibidas por parte de la familia, medios e iguales (Steiner Adair et al., 2002; Haines et al., 2006; McCabe et al., 2010; Wilksch et al., 2015) y hábitos alimentarios (Haines et al., 2006; Wilksch et al., 2015).

Referente al tamaño de los efectos y a pesar de haber seguido recomendaciones para incrementar los tamaños, se han obtenido efectos pequeños a moderados.

Asimismo, teniendo en cuenta intervenciones preventivas previas similares en este grupo de edad, éstos suelen ser pequeños a moderados (Stewart et al., 2001; López-Guimerà et al., 2011; Wilksch 2013; Dunstan et al., 2017; Eickman et al., 2018)

En segundo lugar, ni el IMC, ni el sexo ni el nivel socioeconómico supuso una diferencia importante en el efecto del programa, coherentes a anteriores hallazgos (O'Dea y Abraham, 2000; Niide et al., 2013; Munguía Godínez, 2016). Sin embargo, Stice et al. (2008); Raich et al. (2010); Bell et al. (2019) obtuvieron cambios significativos de eficacia según IMC y Bird et al. (2013); Franko et al. (2013); Wilksch et al. (2015); Clee et al. (2017); Kwang et al. (2021) obtuvieron cambios significativos de la eficacia del programa según el sexo.

Una posible hipótesis que podría explicar tanto los tamaños de los efectos obtenidos como las diferencias estadísticamente no significativas en las medidas anteriormente mencionadas podría ser debido al nivel madurativo de la muestra utilizada para llevar a cabo este estudio. Puesto que ésta posee un grado de maduración mayor a la esperada, ya que algunas puntuaciones basales de la presente muestra se alejan ligeramente de la media de algunas puntuaciones obtenidas por otros estudios con grupos de edad similares (Cobos-Sánchez et al., 2017) o bien, la maduración o tiempo tiene un efecto en las variables de estudio. Este último aspecto contemplado nos consta que les sucedió a dos estudios parecidos anteriores (McVey y Davis, 2002; Atkinson y Wade, 2015). Comparando otros estudios similares, los niveles basales de nuestra muestra son superiores a los niveles basales de otros estudios con muestra adolescente no clínica de edad similar. Destacamos los niveles de satisfacción corporal

(Espinoza et al., 2008) y claridad y reparación emocional (Fuentes Sánchez et al., 2017). Lo cual podría haber afectado en mostrar la realidad de los cambios producidos por el programa. Una de las causas más plausibles podría ser los efectos biológicos asociados al crecimiento. En la adolescencia, los cambios cerebrales podrían facilitar un incremento de habilidades emocionales individuales. Un estudio con diseño de cohorte con participantes de 14 a 19 años obtuvo resultados que podrían confirmar la tendencia de un incremento de la capacidad para afrontar situaciones estresantes, asociada a la inteligencia emocional. Además, algunas covariables podrían explicar diferencias entre ritmos de madurez como el tipo de escuela (inclusión de contenido de gestión emocional, asertividad, estilos de afrontamiento...) y el tipo de conexiones familiares (apegos, estilos educativos, inteligencia emocional de los convivientes...) (Lando-King, 2011).

En cuanto a los cambios físicos asociados al crecimiento en la adolescencia, en algunos casos, especialmente en los niños, éstos pueden ayudar a lograr los requerimientos estéticos actuales como el aumento de la masa muscular o el desarrollo de los genitales en los niños y el desarrollo de glúteos o senos en niñas, contribuyendo a la aceptación corporal (Hayward, 2003).

Finalmente, Ricciardelli y Yager (2015) obtuvo que solo el 23,8% de los estudiantes participantes en los programas de prevención sentían que en los contenidos trabajados se reflejaba diversidad corporal y de etnia. Lo cual lo consideraban eminente para sentirse partícipes, representados y no discriminados. Este aspecto podría ser importante para explicar por qué hay estudios donde no logran efectividad en algunos grupos y en otros sí o bien, se muestran diferencias entre grupos muy significativas (etnia, sexo, IMC...). En este estudio procuramos solucionar este aspecto incluyendo en los contenidos diversidad de sexo, corporal y de etnia.

Implicaciones. Estos resultados podrían significar que el programa ECOPREV facilitaría cambios de actitudes y comportamiento que conllevarían una reducción de factores de riesgo y un incremento de factores protectores y de hábitos alimentarios más

saludables. Este estudio tiene varias fortalezas. Primero, utiliza una muestra mixta. En segundo lugar, se centra en los factores protectores tanto en el contenido del programa como en la evaluación de su eficacia. Y finalmente, registra los cambios cognitivos y conductuales a medio y largo plazo relacionados con la protección y de riesgo relacionados con los trastornos alimentarios.

Limitaciones. En cuanto a las limitaciones, el peso de la proporción de pérdida de la muestra es de un 26,95%, similar a otras investigaciones longitudinales (Mora et al., 2015). Sin embargo, consideramos que la pérdida de muestra en este estudio es alta; ciertamente, implica una pérdida de datos importante (López-Guimera et al., 2011). Al mismo tiempo, la mayoría de las medidas que se utilizaron en esta investigación fueron autoinformadas y no se obtuvieron medidas longitudinales de crítica sobre los ideales estéticos. Además, el tipo de muestreo incidental limita la generalización de los resultados (Xie et al., 2019). También debemos tener en cuenta el efecto Hawthorne (McCarney et al., 2007), por el cual los adolescentes podrían haber sesgado sus respuestas para adecuarlas a las expectativas de los investigadores. Las investigaciones futuras deberían analizar los datos de una manera más sofisticada mediante el uso de ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) para aumentar el rigor de los datos evaluados (Liang y Zeger, 1986).

Líneas futuras. En consecuencia, los programas que se centran en los factores de protección y de riesgo pueden generar cambios a medio y largo plazo en las estrategias de los adolescentes para reducir la prevalencia y severidad de los problemas de alimentación, peso e imagen corporal. Además, ofrecer estos programas dentro de un contexto educativo podría ser una estrategia eficiente para acceder a la mayor cantidad de personas utilizando menos recursos (Neumark-Sztainer, 2016)

Cabe destacar que como la familia se considera un agente de socialización clave y ésta asume un rol relevante tanto en la transmisión de ideales de apariencia, la importancia de éstos, como las preocupaciones por el peso y la apariencia y los hábitos para modificar el peso, la alimentación, la actividad física y la apariencia, es importante

incluirlos en los programas de prevención (Ricciardelli y Yager, 2015). En este estudio, los principales receptores eran los adolescentes. Asimismo, se llevaron a cabo tareas de activismo orientadas a los profesores y a los alumnos de otros cursos que no habían participado activamente en el programa. Además, se publicaron en las webs y las redes sociales de los institutos colaboradores, respetando en todo momento el consentimiento de todos los agentes implicados y sus padres o tutores. De igual importancia, algunos grupos de participantes llevaron a cabo otras actuaciones de activismo al finalizar las medidas de evaluación, por iniciativa propia con la finalidad de poder acceder a más personas e incrementar la difusión de lo aprendido (uso de otras redes sociales, organizar y llevar a cabo charlas a los padres y tutores, realizar las actividades con otros grupos de iguales...). Los alumnos valoraron muy positivamente que se les animara activamente y se ofrecieran espacios para poder desarrollar sus iniciativas ajenas al programa. Además, la difusión fue clave para que más padres, alumnos y tutores se pusieran en contacto para recibir información del programa.

Por otra parte, en el estudio de Ricciardelli y Yager (2015) se observó que el 84,4% de los maestros identificaban buenas políticas en su centro de estudios para prevenir el *bullying* relacionado con la apariencia. Sin embargo, el 21% de los maestros informaron que su escuela no incluyó la imagen corporal en el plan de estudios en cada curso. Además, el 42% de los participantes negaron que tuvieran acceso a la capacitación sobre imagen corporal, y solo el 10% de las escuelas involucraron a los padres en actividades para la prevención de problemas de imagen corporal o promoción de una imagen corporal saludable. En suma, es eminente incluir a los profesores y a los padres o tutores. Cabe destacar que, la dirección de todos los institutos cuyos alumnos participaron en los estudios de la presente tesis negaron trabajar con programas de prevención de TCA y problemas de la imagen corporal ajenos al trabajado. Asimismo, disponían de protocolos de actuación ante el *bullying* de sus alumnos.

Segundo estudio

El objetivo del segundo estudio fue verificar el estatus de factor de riesgo y de factor protector de variables que han sido así considerados en la literatura, teniendo en cuenta el IMC y el sexo.

Los resultados de las ecuaciones estructurales fueron diferentes según el género. Donahue et al. (2018) también encontraron diferencias del rol de algunas variables contempladas, según el sexo. Si tenemos en cuenta las diferencias entre chicos y chicas, hallamos que los chicos obtuvieron promedios más altos en las puntuaciones de autoestima y satisfacción corporal, resultados muy comunes en investigación previa. Además, los chicos obtuvieron puntuaciones superiores en internalización del ideal de musculatura y presión percibida por parte de la familia para tonificarse. Por otro lado, las chicas obtuvieron promedios más altos en las puntuaciones de alteraciones de conducta y actitudes alimentarias e internalización del ideal de delgadez. La mayoría de los resultados fueron consistentes con estudios con adolescentes previos como Espinoza et al. (2019).

Internalización de los ideales de belleza. La hipótesis planteada se cumplió. En este estudio, la internalización del ideal estético actuó como factor de riesgo en chicos y chicas. Estos resultados fueron consistentes con estudios previos, como un estudio longitudinal que reflejó la internalización de ideales estéticos en el desarrollo de sintomatología de TCA en chicos y chicas (Espinoza et al., 2019). Otros estudios similares aplicados en muestra adolescente también corroboran este hallazgo (Boone et al., 2012; Francisco et al., 2015). Se considera oportuno destacar dos estudios más. En primer lugar, Rayner et al. (2013) llevaron a cabo un estudio longitudinal con chicos de una media de edad de 12 años que obtuvieron que la internalización del ideal estético actuaba como un factor de riesgo para la restricción alimentaria y en segundo lugar, una revisión sistemática de Vacca et al. (2020) destacó el papel de la interiorización como factor de riesgo de la sintomatología bulímica.

IMC (chicos). En los chicos, la hipótesis de que el IMC podría actuar como factor de riesgo se cumplió por completo. Un estudio anterior similar realizado con hombres obtuvo resultados similares. Sin embargo, la muestra de dicho estudio eran adultos jóvenes (Dakanalis et al., 2014). Destacamos otro estudio que evaluó la prevalencia de TCA en 2.516 adolescentes en USA, con un seguimiento de 5 años (proyecto EAT-I), que demostró que existía relación entre IMC y TCA (Croll et al., 2002).

A continuación, se presentan varios modelos teóricos que podrían explicar las diferencias entre las variables contempladas, según el género. Numerosos estudios atribuyen dicha diferencia a la auto objetivación que, según el modelo feminista es mayor en chicas, puesto que éstas suelen tener más creencias de que su apariencia es fundamental para su valía. Estas creencias pueden ser adquiridas según la teoría del cultivo o el modelo estético, destacando el rol de los medios de comunicación o la teoría de la influencia tripartita o el modelo de aprendizaje donde se contemplan otros agentes socializadores como la familia y el grupo de iguales. En resumen, los agentes socializadores transforman estímulos neutros como “delgadez” o “gordura” en deseables o no. Promueven y refuerzan conductas compensatorias (mediante aprendizaje vicario o modelaje) y castigan factores conductuales o personales que se alejan del estímulo deseable. Consecuentemente, las mujeres tienen más tendencia a realizar comparaciones con personas con atributos que consideran mejores (Fitzsimmons-Craft, 2011), perjudicando sus niveles de autoestima y satisfacción corporal (López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010). Asimismo, los agentes socializadores transmiten que los chicos deben de tener un cierto grado de musculatura para ser considerados atractivos (Ricciardelli y Yager, 2015). Paralelamente, en los últimos años, los mensajes de auto objetivación también se muestran en hombres. No obstante, la presencia de referentes en los medios de comunicación con diversidad corporal sigue siendo desigual, teniendo más representantes las diferentes figuras corporales masculinas (Ricciardelli y Yager, 2015).

Autoestima y satisfacción corporal. De acuerdo con la hipótesis inicial y otros estudios similares anteriores, en chicos y chicas, la autoestima (Francisco et al., 2015; Espinoza et al., 2019) y la satisfacción corporal (Piran, 2019), podrían actuar como factores protectores.

Inteligencia emocional (chicos). Solo en los chicos la inteligencia emocional parece ser también un factor protector. Destacamos los resultados parecidos de dos estudios anteriores similares con muestra masculina de jóvenes adultos (Dakanalis et al., 2014) y mixta adolescente (Foye et al., 2019).

Procedemos a comentar algunas hipótesis que podrían explicar dichos hallazgos.

Según el modelo de habilidades generales, aquellas personas que poseen más factores protectores que de riesgo disminuyen la vulnerabilidad de padecer trastornos mentales (Becoña, 1999, citado en López-Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010), puesto que las variables actúan como variables mediadoras que amortiguan el impacto de los factores de riesgo.

Consiguientemente, aquellas personas que poseen una mayor autoestima y satisfacción corporal tienden a no compararse o valorar mejor los atributos personales (Guimerá y Sánchez-Carracedo, 2010), evitando enfocarse en lo meramente superficial, explorando otras áreas más holísticas, funcionales, presentes y realistas de su persona.

Entre tanto, la adquisición de conocimientos de inteligencia emocional se relaciona con mejores habilidades de afrontamiento y bienestar, evitando conductas que perjudiquen la salud y a su vez, incrementando acciones de promoción de salud física y mental. Neumark-Sztainer y equipo (2006) llevaron a cabo un estudio longitudinal con un seguimiento de 5 años y encontraron que cuando los adolescentes experimentaban poca satisfacción corporal, sobre todo en la parte inferior del cuerpo, era un factor predictivo de un aumento en las dietas y los comportamientos alimentarios poco saludables. Adicionalmente, con respecto a la inteligencia emocional, un estudio de muestra mixta de Cuesta-Zamora et al. (2018) encontró, con una

metodología similar a la del presente estudio, que una mayor inteligencia emocional actuaba como un factor protector frente a síntomas bulímicos y motivaciones para perder peso. Una mayor inteligencia emocional también fue asociada como un factor protector en un estudio de Barberis y colaboradores (2018) que tuvo una muestra con una edad media de 18 años (DE = 1,98).

A continuación, se especifican los resultados inesperados e hipótesis que explicarían dichos hallazgos.

Perfeccionismo. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas de los niveles de perfeccionismo entre sexos, ni se obtuvieron correlaciones con el resto de las variables contempladas y contra pronóstico, el perfeccionismo parecía actuar como un factor protector en ambos sexos. Una posible explicación de estos resultados podría ser que utilizamos medidas de perfeccionismo que incluían el perfeccionismo clínico y adaptativo, enmascarando las diferencias. El perfeccionismo adaptativo es definido como aquel que permite alcanzar metas reales y ocasiona satisfacción con el rendimiento, en cambio el desadaptativo se caracteriza por metas subyacentes irreales, insatisfacción y sufrimiento. Estos aspectos son consistentes con los resultados de una revisión sistemática realizada por Vacca et al. (2020).

IMC (chicas). A diferencia de nuestra hipótesis inicial, el modelo estructural de las chicas obtenido indica que el IMC alto podría actuar como factor protector. Una posible explicación podría ser que, como menciona la literatura, en los últimos años, el ideal estético de la mujer se ha transformado en un cuerpo tonificado con curvas prominentes (Mesomorfo) y además, existe una mayor presencia de diversos cuerpos en los medios, especialmente en los medios de comunicación de las redes sociales (Marshall et al., 2019). Cabe agregar que, biológicamente, las diferencias de complejión a esta edad tienden a ser distintas en ambos sexos. Las niñas comienzan a tener cambios físicos a una edad más temprana que los niños, alcanzando así su edad adulta biológica antes, lo que podría significar que las niñas con un IMC más alto a esa edad mantuvieran un físico menos juvenil y más curvilíneo. Esta hipótesis hasta ahora había sido sugerida

en chicos (Mishkind et al., 1986; Klump, 2013) pero los cambios de contexto anteriormente mencionados podrían sugerir conatos de cambio dónde las chicas también estuvieran involucradas. También debe tenerse en cuenta que el IMC no discrimina entre músculo, masa ósea, proporciones, ni grasa (Bearman et al., 2006). Además, algunos estudios también encontraron inconsistencias en el papel del IMC en los TCA, según sexo y nivel socioeconómico (Espinoza, 2011).

Por otro lado, consideramos oportuno destacar el rol de un constructo no contemplado que es la inversión en la apariencia física (Investment in physical appearance), muy vinculado con el modelo de objetivación. Se define como el grado en que una persona dedica tiempo y esfuerzo económico, físico y mental para poder lograr la apariencia deseada y en qué grado ocupa la apariencia física en la valoración e identidad personal. Hay varios estudios que relacionan esta variable con la sintomatología TCA (Cash, 2004). En los últimos años ha habido un incremento en la cosificación o importancia del cuidado de apariencia en los hombres en los medios (Miranda, 2021). Asimismo, el incremento de campañas body positive y feministas dirigidas usualmente a target femenino podría haber contribuido a la interiorización que las mujeres son mucho más que su apariencia y que sus cuerpos podrían ser válidos, sanos y funcionales a pesar de no cumplir los cánones establecidos. Una inversión baja en la apariencia física podría actuar como un factor protector y podría contribuir como variable mediadora en la relación contemplada (Tylka y Piran, 2019).

Inteligencia emocional (chicas). En primer lugar, los chicos obtuvieron una puntuación superior a las chicas en la subescala de reparación emocional. En segundo lugar, según el modelo de ecuaciones estructurales en chicas obtenido en la muestra del segundo estudio, la inteligencia emocional actuaría como un factor de riesgo en el desarrollo de actitudes alimentarias alteradas. Una posible explicación de estos dos resultados inesperados podría ser por efectos de maduración y respecto al segundo resultado inesperado anteriormente mencionado, la no aceptación de las emociones negativas.

Según estudios previos, las chicas tienden a puntuar más alto (Fuentes Sánchez et al., 2017), lo que podría atribuirse a un efecto de maduración, puesto que en esta ocasión son los chicos los que tienen un nivel superior (Lando-King, 2011). Además, al analizar los ítems de la escala de atención emocional y reparación donde las chicas con mayor riesgo de síntomas alimentarios puntuaron más alto, vimos una mayor puntuación en ítems como, “Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos”, “Pienso en mi estado de ánimo constantemente”, “Normalmente me preocupo mucho por lo que siento”, “Aunque me siento mal, trato de pensar en cosas agradables”, o “Yo trato de tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal”, lo que podría correlacionarse con otros constructos de riesgo que no consideramos como ocultar o reprimir aquellas emociones que son ampliamente etiquetadas como negativas u otras creencias de control de pensamiento. Si llevamos a cabo una regresión lineal, eliminando ítems que podrían interferir observamos a priori, tanto en chicos como en chicas, una asociación negativa con sintomatología alimentaria. Es decir, el incremento del nivel de inteligencia emocional contribuye a la disminución de los síntomas de conductas y actitudes alimentarias alteradas, en algunas subescalas el cambio es estadísticamente significativo.

Prefit et al. (2019) realizaron un metaanálisis con 96 estudios donde exploraron habilidades de regulación emocional (conciencia emocional, claridad emocional) y estrategias de gestión (aceptación de emociones, reevaluación, rumiación, evitación y supresión de emociones) de personas con síntomas de TCA. Descubrieron que las estrategias de mala adaptación tenían un impacto de moderado a elevado en el desarrollo de los TCA. Otros autores como Donahue et al. (2018) con muestra mixta y adulta obtuvieron que la intolerancia del estado anímico, refiriéndose al rechazo de las emociones percibidas como intensas fue un factor de riesgo. Así como otro estudio con muestra clínica y adulta también demostró que la necesidad de actuar impulsivamente ante emociones intensas era un factor de riesgo de los TCA (Wolz et al., 2017).

Implicaciones. Este estudio podría reflejar la necesidad de investigar tanto los factores protectores como los de riesgo para contribuir a la prevención, la promoción de la salud y las intervenciones terapéuticas, además de no excluir a los chicos del estudio, la prevención y el tratamiento de los TCA.

De igual importancia, también podríamos indicar que incluir componentes de inteligencia emocional basados en la aceptación de las emociones negativas, especialmente en chicas, y el perfeccionismo adaptativo en los programas de prevención y tratamiento de los TCA podría ser óptimo. Al lado de evaluar no solo las habilidades de regulación emocional, que han sido ampliamente estudiadas, sino también las estrategias, especialmente en muestras adolescentes y mixtas.

Limitaciones. Este estudio tiene varias limitaciones, en primer lugar, el diseño es transversal (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). En segundo lugar, los instrumentos de perfeccionismo e inteligencia emocional seleccionados pueden haber evaluado otros constructos con cierto grado de solapamiento con las variables que quisimos estudiar, pero no idénticos en su contenido, como se mencionó anteriormente. Además, el tipo de muestreo seleccionado puede haber afectado a la generalización de los resultados (Xie et al., 2019).

Líneas futuras. Teniendo en cuenta nuevos enfoques más vigentes, consideramos oportuno indicar que para las investigaciones futuras sería relevante estudiar la satisfacción corporal en la aceptación i apreciación corporal, siguiendo los constructos de *embodiment* y compasión, valorando genuinamente el cuerpo y sus capacidades (Tylka, 2011). Dicho enfoque puede tener un efecto mayor en la prevención y la promoción de la salud respecto a otros más tradicionales (Marshall et al., 2019; Siegel, Huellemann, Hillier y Campbell, 2020). Es decir, evaluar, concebir y tratar la funcionalidad y la aceptación corporal percibida, no solo como una mera evaluación de la apariencia (Tylka, 2011; Tylka y Piran, 2019).

No conocemos estudios previos que hayan analizado varios factores protectores y de riesgo al mismo tiempo. Agregar factores protectores a los programas de

prevención que ya abordan los factores de riesgo aumentaría la efectividad de éstos (Levine y Smolak, 2015).

A decorative watercolor splash in shades of blue, teal, and purple, centered on the page. The word "Conclusiones" is written in a black serif font over the splash.

Conclusiones

Conclusiones

Primer estudio

- ✓ El programa universal y ecológico de 8 sesiones utilizado para trabajar aspectos de alfabetización de medios, inteligencia emocional, hábitos alimentarios saludables, hábitos de afrontamiento saludables y activismo parece ser eficaz para poder reducir factores de riesgo como la interiorización de los ideales estéticos y el perfeccionismo auto prescrito.
- ✓ Al mismo tiempo, parece también optimizar factores protectores como la inteligencia emocional, sobre todo la claridad y reparación emocional, autoestima, satisfacción corporal y hábitos alimentarios saludables. Los resultados sugieren que los efectos se mantienen a los 12 meses.
- ✓ No se mostraron diferencias de eficacia según el género ni según el nivel socioeconómico. Asimismo, parece ser que el programa ayudaría en mayor medida a la etnia latina en la reducción de la interiorización de los ideales estéticos.

Segundo estudio

- ✓ Al comparar modelos de ecuaciones estructurales que integran factores de riesgo y factores de protección se encuentran diferencias según el sexo.
- ✓ En ambos sexos, la autoestima y la satisfacción corporal actuarían como factor protector mientras que la internalización de los ideales estéticos ejercería como factor de riesgo.
- ✓ Los altos niveles de autoestima y satisfacción corporal se asocian con una menor probabilidad de trastornos alimentarios tanto en chicos como en chicas.
- ✓ Parece haber un cambio de rol del IMC. En las chicas, los niveles altos de IMC podrían estar relacionados con una menor probabilidad de sufrir alteraciones alimentarias. Se considera oportuno investigar los efectos de las campañas actuales de Body Positive o la convivencia de varios ideales estéticos.

- ✓ Según los hallazgos se aconseja la necesidad de utilizar instrumentos de evaluación de inteligencia emocional que distingan entre diferentes estrategias de abordaje de emociones.

A decorative watercolor splash in shades of blue, teal, and purple, centered on the page. The word "Referencias" is written in a black serif font over the splash.

Referencias

Referencias

- Abbott, B. D., y Barber, B. L. (2010). Embodied image: Gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body image*, 7(1), 22-31.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.10.004>
- Acosta, M. V., Llopis, J. M., 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. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1415698>
- Agam-Bitton R, Abu Ahmad W, y Golan M (2018) Girls-only vs. mixed-gender groups in the delivery of a universal wellness programme among adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS ONE*,13(6): e0198872.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198872>
- Anderson, C.B., y Bulik, C.M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2003.07.001>
- Anderson, N. L., Smith, K. E., Mason, T. B., y Crowther, J. H. (2018). Testing an integrative model of affect regulation and avoidance in non-suicidal self-injury and disordered eating. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 295-310.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1340854>
- APA (February 25, 2020). Eating disorders. <https://www.apa.org/topics/eating-disorders/recovery>

- Austin, S. (2016). Accelerating progress in eating disorders prevention: A call for policy translation research and training. *Eating Disorders*, 24(1), 6-19.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1034056>
- Austin, S. B., Spadano-Gasbarro, J. L., Greaney, M. L., Blood, E. A., Hunt, A. T., Richmond, T. K., ... y Peterson, K. E. (2012). Peer reviewed: Effect of the planet health intervention on eating disorder symptoms in Massachusetts Middle Schools, 2005–2008. *Preventing chronic disease*, 9. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.120111>
- Atienza, F., Moreno, Y., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos [Analysis of the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale in a sample of Valencian adolescents]. *Revista de Psicología: Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
<https://www.researchgate.net/publication/308341043>
- Atkinson, M. J., y Wade, T. D. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 1024-1037. <https://doi.org/10.1002/eat.22416>
- Bacon, L., y Aphramor, L. (2014). *Body respect: What conventional health books get wrong, leave out, and just plain fail to understand about weight*. BenBella Books, Inc.
- Baranowski, M. J., y Hetherington, M. M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 119-124.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2<119::AID-EAT1001>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2<119::AID-EAT1001>3.0.CO;2-U)
- Barberis, N., Costa, S., Cuzzocrea, F., y Quattropani, M. C. (2018). Trait EI in the relationship between needs fulfilment and symptoms and attitudes associated with EDs. *Mental Health & Prevention*, 10, 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.01.003>

- Barlett, C.P., Vowels, C. L., y Saucier, D. A. (2008). Meta-analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*, 279-310. <https://doi.org/10.1521/jscp.2008.27.3.279>
- 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*, 229-241. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-005-9010-9>
- Becker, A.E., Fay, K.E., Agnew-Blais, J, Khan, A.N., Striegel-Moore, R.H. ,y Gilman, S.E. (2011). Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *British Journal of Psychiatry, 198*, 43-50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078675>
- Bell, M. J., Zeiler, M., Herrero, R., Kuso, S., Nitsch, M., Etchemendy, E., ... y Waldherr, K. (2019). Healthy Teens@ School: Evaluating and disseminating transdiagnostic preventive interventions for eating disorders and obesity for adolescents in school settings. *Internet interventions, 16*, 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.007>
- Benton, C., y Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body Image, 13*, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.11.001>
- Berger, U., Schaefer, J. M., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., ... y Strauss, B. (2013). Effectiveness of reducing the risk of eating-related problems using the German school-based intervention program, "Torera", for preadolescent boys and girls. *Prevention science, 15*(4), 557-569. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0396-4>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.008>
- Blodgett Salafia, E. H., y Gondoli, D. M. (2011). A 4-year longitudinal investigation of the processes by which parents and peers influence the development of early adolescent girls' bulimic symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 31(3), 390-414. <https://doi.org/10.1177/0272431610366248>
- Boone, L., Claes, L., y Luyten, P. (2014). Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach. *Eating behaviors*, 15(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.013>
- Boone, L., Soenens, B., y Luyten, P. (2014). When or why does perfectionism translate into eating disorder pathology? A longitudinal examination of the moderating and mediating role of body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 412. <https://doi.org/10.1037/a0036254>
- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., y Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59(2), 531-54 <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.015>
- Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E., y Austin, S. B. (2012). The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 517-523. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.02.021>
- Campayo, J. G., y Demarzo, M. (2018). *¿Qué sabemos del mindfulness?*. Editorial Kairós.

- Campbell, M. (2013). Cosmopolitan magazine's 'size hero' campaign makes zero sense. *The Guardian*.
- Casado, C., y Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la Filosofía Occidental. *A parte Rei*, 47(10). <http://hdl.handle.net/10016/14868>
- Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J., y Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good?. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 167-172. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199709\)22:2<167::AID-EAT8>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199709)22:2<167::AID-EAT8>3.0.CO;2-D)
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., y Hrabosky, J. I. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International Journal of eating disorders*, 35(3), 305-316. <https://doi.org/10.1002/eat.10264>
- Castillo, I, Solano, S., y Sepúlveda, A. (2016). Programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad en estudiantes universitarios mexicanos [Program for prevention of eating disorders and obesity in Mexican university students]. *Behavioral Psychology*, 24(1), 5-28. <http://hdl.handle.net/10486/679158>
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., y Toro, J. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 392-398. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.11.094>
- Chongwatpol, P., y Gates, G. E. (2016). Differences in body dissatisfaction, weight-management practices and food choices of high-school students in the Bangkok

metropolitan region by gender and school type. *Public health nutrition*, 19(7), 1222-1232. <http://hdl.handle.net/10.1017/S1368980016000100>

Cobos-Sánchez, L., Fluja-Contreras, J. M., y Gómez-Becerra, I. (2017). Intervención en flexibilidad psicológica como competencia emocional en adolescentes: una serie de casos. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(2), 135-141.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477152556006>

Colmsee, I. S. O., Hank, P., y Bošnjak, M. (2021). *Low Self-Esteem as a Risk Factor for Eating Disorders*. *Zeitschrift für Psychologie*.

Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., y Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>

Cuesta-Zamora, C., González-Martí, I., y García-López, L. M. (2018). The role of trait emotional intelligence in body dissatisfaction and eating disorder symptoms in preadolescents and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 126, 1-6.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.021>

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M. y Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31, 166-175.
[https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00368-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00368-3)

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., y Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 219-229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>

- Dahill, L. M., Touyz, S., Morrison, N. M., y Hay, P. (2021). Parental appearance teasing in adolescence and associations with eating problems: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10416-5>
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Clerici, M., Zanetti, M. A., y Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors*, 15(1), 63-67. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.003>
- Danthinne, E. S., Giorgianni, F. E., y Rodgers, R. F. (2020). Labels to prevent the detrimental effects of media on body image: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 647-661. <https://doi.org/10.1002/eat.23242>
- De Jesús Saucedo-Molina, T., y Pérez-Mitré, G. G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas [A predictive model of restrictive dieting in Mexican pubescent females]. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 69-74.
- de León, M. E. P., Díaz, J. M., y Ruiz, E. C. (2008). A pilot study of the clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 13(3), 111-118. <https://doi.org/10.1007/BF03327611>
- 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 'Dove Confident Me: Single Session' when delivered by teachers and researchers: Results from a cluster randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 74, 94-104. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.004>

- Donahue, J. M., Reilly, E. E., Anderson, L. M., Scharmer, C., y Anderson, D. A. (2018). Evaluating Associations between Perfectionism, Emotion Regulation, and Eating Disorder Symptoms in a Mixed Gender Sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(11), 900. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000895>
- Drieberg, H., McEvoy, P. M., Hoiles, K. J., Shu, C. Y., y Egan, S. J. (2019). An examination of direct, indirect and reciprocal relationships between perfectionism, eating disorder symptoms, anxiety, and depression in children and adolescents with eating disorders. *Eating behaviors*, 32, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.002>
- Dunker, K. L. L., Philippi, S. T., y Ikeda, J. P. (2010). Interactive Brazilian program to prevent eating disorders behaviors: A pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15(4), e270-e274. <https://doi.org/10.1007/BF03325309>
- Dunstan, C. J., Paxton, S. J., y McLean, S. A. (2017). An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings. *Eating Behaviors*, 25, 23-31. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.016>
- Durkin, S. J., y Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 995-1005. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00489-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00489-0)
- Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline [NG69]. 16 December 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/chapter/Recommendations#physical-and-mental-health-comorbidities>

- Eickman, L., Betts, J., Pollack, L., Bozsik, F., Beauchamp, M., y Lundgren, J. (2018). Randomized controlled trial of REbeL: A peer education program to promote positive body image, healthy eating behavior, and empowerment in teens. *Eating disorders*, 26(2), 127-142. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1349005>
- Espinoza, P. (2011). *Influencias socioculturales e individuales en el desarrollo de alteraciones alimentarias y de la imagen corporal en adolescentes* (Doctoral dissertation, Universitat Autònoma de Barcelona).
- Espinoza, P., Penelo, E., y Raich, R. M. (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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.11.004>
- Espinoza, P., Penelo, E., Mora, M., Francisco, R., González, M. L., y Raich, R. M. (2019). Bidirectional relations between disordered eating, internalization of beauty ideals, and self-esteem: A longitudinal study with adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 39(9), 1244-1260. <https://doi.org/10.1177/0272431618812734>
- Espinoza, P., Penelo, E., y Raich, R. M. (2008). Satisfacción corporal y dieta en adolescentes españolas y chilenas. *Cuadernos de medicina psicosomática*, 88, 17-29. https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Raich/publication/28298945_Satisfaccion_corporal_y_dieta_en_adolescentes_espanolas_y_chilenas/links/0912f51028a777af03000000/Satisfaccion-corporal-y-dieta-en-adolescentes-espanolas-y-chilenas.pdf
- Fairburn, C. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Paidós.

Farstad, S. M., McGeown, L. M., y von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466/pro.94.3.751-755>

Fernández-Berrocal, Pablo, y Extremera, Natalio (2006). Emotional intelligence: a theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18, 7-12. ISSN: 0214-9915. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709502>

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 284-298. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42831>

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

Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., y Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60. <https://doi.org/10.1542/peds.107.1.54>

Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social psychological theories of disordered eating in college women: Review and integration. *Clinical psychology review*, 31(7), 1224-1237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.011>

- Foye, U. M., Hazlett, D., y Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating psychopathology. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia Bulimia And Obesity*, 24(2), 299-306. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0629-4>
- Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R., y Raich, R. M. (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. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.004>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.008>
- Fredrickson, B.L., y Roberts, T. (1997). Objectification Theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 172-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Fuentes Sánchez, N., Jaén, I., González Romero, M., Moliner-Urdiales, D., y Pastor, M. C. (2017). Regulación emocional y práctica deportiva competitiva en la adolescencia. *Àgora de salut*, 4, 123-131. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2017.4.13>
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. 341(41/26), 1631- 1634. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-C](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-C)
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., y Garfinkel, P. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Global and United States Diet Food y Beverages Market Insights, Forecast to 2026.

<https://www.marketreportsworld.com/enquiry/pre-order-enquiry/16421964>

Garrido Riquenes, V. (2012). *Desarrollo de competencia emocional para la reducción de riesgo de trastorno alimentario*. Universitat Autònoma de Barcelona.

<http://hdl.handle.net/10803/108096>

Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., Signorielli, N., y Shanahan, J. (2002). Growing up with television: Cultivation processes. *In Media effects* (pp. 53-78). Routledge.

<https://www.researchgate.net/publication/232498956> Growing up with television
The cultivation perspective

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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091778>

Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (2008). *Destructive emotions: A scientific dialogue with the Dalai Lama*.

Bantam.

Goleman, D. (2018). *Inteligencia emocional en la empresa (Imprescindibles)*. Conecta.

[https://www.academia.edu/44171865/Inteligencia emocional en la empresa?from=cover_page](https://www.academia.edu/44171865/Inteligencia_emocional_en_la_empresa?from=cover_page)

Goodwin, H., Haycraft, E., y Meyer, C. (2014). Emotion regulation styles as longitudinal predictors of compulsive exercise: a twelve month prospective study. *Journal of adolescence*, 37(8), 1399-1404.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.10.001>

Gómez- Peresmitré, G. G., y García, M. A. (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.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618248003>

Gómez Péresmitré, G., León Hernández, R., Platas Acevedo, S., Lechuga Hernández, M., Cruz, D., y Hernández 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.

https://www.researchgate.net/publication/262747615_Realidad_Virtual_y_Psicoeducacion_Formatos_de_Prevencion_Selectiva_en_Trastornos_de_la_Conducta_Alimentaria/link/542198a00cf26120b79e27f6/download

González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., y Raich, R. M. (2011). Disordered eating prevention programme in schools: A 30-month follow-up. *European Eating Disorders Review*, 19(4), 349-356. <https://doi.org/10.1002/erv.1102>

Grave, R. D., Luca, L. D., y Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders*, 9(4), 327-337. <https://doi.org/10.1080/106402601753454895>

Groesz, L. M., Levine, M. P., y Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of eating disorders*, 31(1), 1-16. <https://doi.org/10.1002/eat.10005>

Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.

- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Perry, C. L., Hannan, P. J., y Levine, M. P. (2006). VIK (Very Important Kids): a school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Research*, 21(6), 884-895. <https://doi.org/10.1093/her/cyl123>
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., y Morris, B. (2008). Theater as a behavior change strategy: Qualitative findings from a school-based intervention. *Eating disorders*, 16(3), 241-254. <https://doi.org/10.1080/10640260802016829>
- Hayward, C. (Ed.) (2003). *Gender differences at puberty*. Cambridge University Press.
- Halliwell, E., y Diedrichs, P. C. (2014). Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychology*, 33(2), 201–204. <https://doi.org/10.1037/a0032585>
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., y Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 168-181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>
- Helfert, S., y Warschburger, P. (2013). The face of appearance-related social pressure: gender, age and body mass variations in peer and parental pressure during adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-16>
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of*

personality and social psychology, 60(3), 456. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>

Hewitt, P., Flett, G., Turnbull-Donovan, W., y Mikail, S. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.464>

Hillier-Brown, F. C., Bambra, C. L., Cairns, J. M., Kasim, A., Moore, H. J., y Summerbell, C. D. (2014). A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal level interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *BMC public health*, 14(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-834>

Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., y Quinn, D. M. (2018). Weight stigma and health: The mediating role of coping responses. *Health Psychology*, 37(2), 139. <https://doi.org/10.1037/hea0000575>

Hollingshead, A. B. (1975). *Four-factor index of social status* [Unpublished manuscript]. Yale University.

Ioannidis, K., Taylor, C., Holt, L., Brown, K., Lochner, C., Fineberg, N. A., ... y Czabanowska, K. (2021). Problematic usage of the internet and eating disorder and related psychopathology: a multifaceted, systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 125, 569-581. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.005>

- Johnson, F., y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of abnormal psychology, 114*(1), 119. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.119>
- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J., Watson, H. J., Dunlop, P. D., y Egan, S. J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating behaviors, 30*, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.008>
- Jones, M., Lynch, K. T., Kass, A. E., Burrows, A., Williams, J., Wilfley, D. E., y Taylor, C. B. (2014). Healthy weight regulation and eating disorder prevention in high school students: a universal and targeted Web-based intervention. *Journal of Medical Internet Research, 16*(2), e57. <https://doi.org/10.2196/jmir.2995>
- Johnston, J., Shu, C. Y., Hoiles, K. J., Clarke, P. J., Watson, H. J., Dunlop, P. D., y Egan, S. J. (2018). Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. *Eating behaviors, 30*, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.05.008>
- Jordana, O., Espinoza, P., González, M., Subiza, I., Becerra A., Escursell, R. M. R., y Mora, M. M. (2020). Universal prevention program of eating, weight and body image problems in adolescents: A 12-month follow-up. *Psicothema, 32*(2), 204-213. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.296>
- Jung, J., y Forbes, G.B. (2012). Body dissatisfaction and characteristics of disordered eating among Black and White early adolescent girls and boys. *The Journal of Early Adolescence, 33*, 737-64. <https://doi.org/10.1177/0272431612468504>

- Keel, P. K., y Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies. *Hormones and behavior*, 64(2), 399-410.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.019>
- Kim, M. N., Han, K., Yoo, J., Ha, Y., Chon, Y. E., Lee, J. H., ... y Hwang, S. G. (2020). Body Weight Variability and the Risk of Cardiovascular Outcomes in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease A Nationwide Cohort Study. *Research Square*.
<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-137389/v1>
- Kwag, K. H., Han, S. W., Cho, J. Y., Ko, M., Park, E. J., y Kim, Y. R. (2021). A school-based eating disorder prevention program (Me, You y Us) for young adolescents in Korea: A 3-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*.
<https://doi.org/10.1002/eat.23447>
- Labre, M. P. (2005). Burn Fat, Build Muscle: A Content Analysis of Men's Health and Men's Fitness. *International Journal of Men's Health*, 4(2).
<https://doi.org/10.3149/jmh.0402.187>
- Lang, T. A., y Altman, D. G. (2015). Basic statistical reporting for articles published in Biomedical Journals: The “Statistical Analyses and Methods in the Published Literature” or the SAMPL Guidelines. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 5-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.006>

- Lando-King, E. A. (2011). *Trajectories of emotional intelligence in adolescent females who engage in high risk sexual behaviors* [Doctoral dissertation]. University of Minnesota. <https://conservancy.umn.edu/handle/11299/117402>
- Lee, G. Y., Park, E. J., Kim, Y. R., Kwag, K. H., Park, J. H., An, S. H., ... y Treasure, J. (2018). Feasibility and acceptability of a prevention program for eating disorders (Me, You and Us) adapted for young adolescents in Korea. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 673-683. <https://doi.org/10.1002/eat.23447>
- Levine, M.P., y Murnen. S.K. (2009). "Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders": A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 9-42. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375668-8.10004-X>
- Levine, M. P., y Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Lawrence Erlbaum.
- Li, Y. (2020). Linking body esteem to eating disorders among adolescents: A moderated mediation model. *Journal of health psychology*, 25(10-11), 1755-1770. <https://doi.org/10.1177/1359105319886048>
- Liang, K. Y., y Zeger, S. L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73(1), 13-22. <https://academic.oup.com/biomet/article/73/1/13/246001>
- Lippe, J., Brener, N., Kann, L., Kinchen, S., Harris, W. A., y McManus, T. (2008). *Youth risk behavior surveillance—Pacific Island United States Territories, 2007*. MMWR Surveill Summ, 57(12), 28-56. <https://www.cdc.gov/mmWR/preview/mmwrhtml/ss5712a2.htm>

Lobera, I. J., Lozano, P. L., Ríos, P. B., Candau, J. R., y Lebreros, G. S. D. V., Millán, M. T. M., ... y Sánchez, N. V. (2010). Traditional and new strategies in the primary prevention of eating disorders: a comparative study in Spanish adolescents. *International journal of general medicine*, 3, 263. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S13056>

López-Guimerà, G., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Fauquet, J., Loth, K., y Sánchez-Carracedo, D. (2013). Unhealthy weight-control behaviours, dieting and weight status: a cross-cultural comparison between North American and Spanish adolescents. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 276-283. <https://doi.org/10.1002/erv.2206>

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

López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., y Raich, R. M. (2011). Impact of a school-based disordered eating prevention program in adolescent girls: general and specific effects depending on adherence to the interactive activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293-303. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.26

Llorente, E., Gleaves, E., Warren, C., Pérez, L., y Rakhkovskaya, L. (2015). Translation and Validation of a Spanish Version of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *International Journal of Eating Disorders*, 48(2). <https://doi.org/10.1002/eat.22263>

Marcos, Y. Q., Sebastián, M. Q., Aubalat, L. P., Ausina, J. B., y Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>

- Marshall, K., Chamberlain, K., y Hodgetts, D. (2019). Female bodybuilders on Instagram: Negotiating an empowered femininity. *Feminism y psychology*, 29(1), 96-119. <https://doi.org/10.1177/0959353518808319>
- Martins, N., Williams, D. C., Ratan, R. A., y Harrison, K. (2011). Virtual muscularity: A content analysis of male video game characters. *Body image*, 8(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.10.002>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.10.007>
- McCabe, M.P. y Ricciardelli, L.A. (2005a). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 653-668. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.05.004>
- McCabe, M., Tatangelo, G., Watson, B., Fuller-Tyszkiewicz, M., Rodgers, R. F., Aimé, A., ... y Ricciardelli, L. (2019). Development and testing of a model for risk and protective factors for eating disorders and higher weight among emerging adults: A study protocol. *Body image*, 31, 139-149. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(3\).53-72](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(3).53-72)
- McCarney, R., Warner, J., Lliffe, S., Van Haselen, R., Griffin, M., y Fisher, P., 2007. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 30. <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-7-30>

McVey, G. L., y Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. *The Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96-108.

<https://doi.org/10.1177/0272431602022001005>

McVey, G., Tweed, S., y Blackmore, E. (2007). Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4(2), 115-136. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.01.004>

Mestre, JM, y Fernández-Berrocal, P. (2007). *Manual de Inteligencia Emocional*. Pirámide.

Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C., y Gleaves, D. H. (2017). The relationship between social networking site use and the internalization of a thin ideal in females: A meta-analytic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1351.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>

Miranda García, A.P. (2021). El desnudo en la comunicación visual. *Universidad la Salle*, 8(2).

<https://doi.org/10.26457/mclidi.v8i2.3239>

Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R., y Striegel-Moore, R. H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 545-562. <https://doi.org/10.1177/000276486029005004>

Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A, Pike, KM.,

Murray, SB., y Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance.

Psychological Medicine, 50(6), 981-990. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>

- McLean, S. A., Paxton, S. J., y Wertheim, E. H. (2013). Mediators of the relationship between media literacy and body dissatisfaction in early adolescent girls: Implications for prevention. *Body image*, 10(3), 282-289.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.01.009>
- McVey, G. L., y Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. *The Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96-108.
<https://doi.org/10.1177/0272431602022001005>
- Mission Australia (2012). *Youth Survey 2012*. <https://missionaustralia.com.au/what-we-do-to-help-new/young-people/understanding-young-people/annual-youth-survey>.
- Mora, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Espinoza, P., González, M. L., y Raich, R. M. (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*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/328753>
- Mora, M., Penelo, E., Rosés, R., González, M. L., Espinoza, P., Deví, J., y Raich, R. M. (2017). Pilot assessment of two disordered eating prevention programs. Preliminary findings on maladaptive beliefs related to eating disorders. *Eating behaviors*, 25, 51-57.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.08.002>
- Morie, K. P., y Ridout, N. (2018). *Alexithymia and maladaptive regulatory behaviors in substance use disorders and eating disorders. Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*, 2018, 158-174.
<https://doi.org/10.1017/9781108241595.012>

Munguía Godínez; JL. (2016). *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 de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/399376#page=1>

Neumark-Sztainer, D. (2016). Eating disorders prevention: Looking backward, moving forward; looking inward, moving outward. *Eating Disorders*, 24(1), 29-38.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113825>

Neumark-Sztainer, D., Palti, H., y Butler, R. (1995). Weight concerns and dieting behaviors among high school girls in Israel. *Journal of Adolescent Health*, 16(1), 53-59.
[https://doi.org/10.1016/1054-139X\(94\)00046-H](https://doi.org/10.1016/1054-139X(94)00046-H)

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Eisenberg, M.E., Story, M., y Hannan, P.J. (2006). Overweight status and weight control behaviors in adolescents: Longitudinal and secular trends from 1999 to 2004. *Preventive Medicine*, 43, 52-59.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.03.014>

Niide, T. K., Davis, J., Alice, M. T., y Harrigan, R. C. (2013). Evaluating the Impact of a School-based Prevention Program on Self-esteem, Body Image, and Risky Dieting Attitudes and Behaviors Among Kaua 'i Youth. *Hawai'i Journal of Medicine y Public Health*, 72(8), 273. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3848178/>

Nock, N. L., Ievers-Landis, C. E., Dajani, R., Knight, D., Rigda, A., Narasimhan, S., y Uli, N. (2016). Physical activity self-efficacy and fitness: family environment relationship correlates and self-esteem as a mediator among adolescents who are overweight or obese. *Childhood Obesity*, 12(5), 360-367. <https://doi.org/10.1089/chi.2016.0007>

- Noordenbos, G. (2016). How to block the ways to eating disorders. *Eating Disorders*, 24(1), 47-53. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113827>
- O'Dea, J. A. (2012). *Preventing body image problems: School-based approaches*. In Encyclopedia of body image and human appearance: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00109-7>
- 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. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200007\)28:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200007)28:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-d)
- 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, México. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1698>
- Penelo, E., Espinoza, P., Portell, M., y Raich, R. (2012). Assessment of body image: Psychometric properties of the Body Image Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 17(4), 556-566. <https://doi.org/10.1177/1359105311417913>
- Pavlov, G., Maydeu-Olivares, A., y Shi, D. (2020). Using the Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR) to assess exact fit in structural equation models. *Educational and Psychological Measurement*, 81(1), 110–130. <https://doi.org/10.1177/0013164420926231>

- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., y Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 35(4), 539-549. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5
- Piran, N. (2017). *Journeys of embodiment at the intersection of body and culture: The developmental theory of embodiment*. Elsevier Academic Press.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401. https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n2/o8_revision_07.pdf
- Prefit, A. B., Câdea, D. M., y Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Presnell, K., Bearman, S. K., y Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of eating disorders*, 36(4), 389-401. <https://doi.org/10.1002/eat.20045>
- Quick, V., Eisenberg, M. E., Bucchianeri, M. M., y Neumark-Sztainer, D. (2013). Prospective predictors of body dissatisfaction in young adults: 10-year longitudinal findings. *Emerging Adulthood*, 1(4), 271-282. <https://doi.org/10.1177/2167696813485738>
- Raich, R. M. (2017). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.

- Raich, R. M., Portell, M., y Peláez-Fernández, M. A. (2010). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: Is it more effective in girls at risk?. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(1), 49-57. <https://doi.org/10.1002/erv.968>
- Rayner, K. E., Schniering, C. A., Rapee, R. M., y Hutchinson, D. M. (2013). A longitudinal investigation of perceived friend influence on adolescent girls' body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(5), 643-656. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.743103>
- Ramos, P., Rivera de los Santos, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de género en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83. <http://www.psicothema.com/pdf/3699.pdf>
- Ricciardelli, L. A., y McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological bulletin*, 130(2), 179. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.179>
- Ricciardelli, L.A, McCabe, M.P., Williams, R.J., y Thompson, J.K. (2007). The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical Psychology Review*, 27, 582-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.016>
- Ricciardelli, L. A., y Yager, Z. (2015). *Adolescence and body image: From development to preventing dissatisfaction*. Routledge.
- Richardson S., y Paxton S. (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. <https://doi.org/10.1002/eat.20682>

- Rodin, J., Silberstein, L., y Streigel-Moore, R.S. (1985). *Women and weight: A normative discontent*. En T.B. Sonderegger (Ed.), *Psychology and gender: Nebraska Symposium on Motivation*, 1984 (pp. 267-307). University of Nebraska Press.
- Rohde, P., Auslander, B. A., Shaw, H., Raineri, K. M., Gau, J. M., y Stice, E. (2014). Dissonance-based prevention of eating disorder risk factors in middle school girls: Results from two pilot trials. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 483-494. <https://doi.org/10.1002/eat.22253>
- Rosés-Gómez, M. del 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). Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_285161/mdrrg1de1.pdf
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.06.009>
- Rubiales, J., Russo, D., Paneiva, J. P., y González, R. (2018). Revisión sistemática sobre los programas de Entrenamiento Socioemocional para niños y adolescentes de 6 a 18 años publicados entre 2011 y 2015. *Revista Costarricense de Psicología*, 37(2), 163-186. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i02.05>
- Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solis, M. G., Gallegos-Guajardo, J., y Nava-Fuerte, J. M. (2018). Relaciones escolares, comunicación con padres y prosocialidad como predictores de emociones positivas. *Liberabit*, 24(2), 183-193. <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.02>
- Schaefer, L. M., Burke, N. L., Thompson, J. K., Dedrick, R. F., Heinberg, L. J., Calogero, R. M., ... y Swami, V. (2015). Development and validation of the sociocultural attitudes

towards appearance questionnaire-4 (SATAQ-4). *Psychological assessment*, 27(1), 54.
<https://doi.org/10.1037/a0037917>

Sala Roca, J. y Abarca Castillo, M. (2001). La educación emocional en el currículum. *Teoría de la Educación*, 13, 209-232. <https://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2937/2974>

Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (ed.): *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>

Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Leiva, D., Puntí, J., Trepát, E., ... y Palao, D. (2016). The MABIC project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 77, 23-33.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.010>

Sancho, A. L., Atance, E. P., Martín, M. J. R., Gil-Campos, M., Trabazo, R. L., Curieses, M. P. B., y Lozano, G. B. (2018). Estudio colaborativo español: descripción de la práctica clínica habitual en obesidad infantil. *Anales de Pediatría*, 88(6), 340-349.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.07.008>

Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M. C., Magnavita, N., y Favaro, A. (1999). A Preventive Intervention Program in Adolescent Schoolgirls: A Longitudinal Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(1), 46-50. <https://doi.org/10.1159/000012310>

Saunders, J. F., Frazier, L. D., y Nichols-Lopez, K. A. (2016). Self-esteem, diet self-efficacy, body mass index, and eating disorders: modeling effects in an ethnically diverse sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(3), 459-468. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0244-6>

Selby, E. A., Anestis, M. D., y Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*, 46(5), 593-611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>

Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública (2013). Trastornos del comportamiento alimentario: prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario [Eating behavior disorders: Prevalence of clinical cases of eating disorders] (No. 07/2003). http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDDT85_prevalencia+de+casos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352853150802&ssbinary=true

Sharpe, H., Naumann, U., Treasure, J., y Schmidt, U. (2013). Is fat talking a causal risk factor for body dissatisfaction? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 643-652. <https://doi.org/10.1002/eat.22151>

Siegel, J. A., Huellemann, K. L., Hillier, C. C., y Campbell, L. (2020). The protective role of self-compassion for women's positive body image: An open replication and extension. *Body Image*, 32, 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.12.003>

Smolak, L., y Levine, M. P. (2001). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating disorders*, 9(4), 313-325. <https://doi.org/10.1080/106402601753454886>

Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here?. *Body image*, 1(1), 15-28. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00008-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00008-1)

Sonneville, K. R., Calzo, J. P., Horton, N. J., Haines, J., Austin, S. B., y Field, A. E. (2012). Body satisfaction, weight gain and binge eating among overweight adolescent girls. *International journal of obesity*, 36(7), 944-949. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.68>

Soper, D.S. (2021). Post-hoc statistical power calculator for hierarchical multiple regression [Software]. <https://www.danielsoper.com/statcalc>

Steinberg, L., y Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental psychology*, 43(6), 1531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1531>

Steiner-Adair, C., Sjoström, L., Franko, D. L., Pai, S., Tucker, R., Becker, A. E., y Herzog, D. B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of eating disorders*, 32(4), 401-411. <https://doi.org/10.1002/eat.10089>

Stewart, D. A., Carter, J. C., Drinkwater, J., Hainsworth, J., y Fairburn, C. G. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 107-118. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200103\)29:2<107::aid-eat1000>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200103)29:2<107::aid-eat1000>3.0.co;2-1)

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Marti, C. N., Spoor, S., Presnell, K., y Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(2), 329. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.329>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.004>
- Stice, E., Shaw, H., y Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
- Striegel-Moore, R.H., y Franco, D. (2002). *Body image issues among girls and women*. En T. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice* (pp. 183-191). Guildford Press.
- Sullivan, G. M., y Feinn, R. (2012). Using effect size—or why the P value is not enough. *Journal of graduate medical education*, 4(3), 279-282. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00156.1>
- Toro, J., Gomez-Peresmitré, G., Sentis, J., Vallés, A., Casulà, 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. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0067-x>

Tort-Nasarre, G., Pollina Pocallet, M., y Artigues-Barberà, E. (2021). The meaning and factors that influence the concept of body image: Systematic review and meta-ethnography from the perspectives of adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1140. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031140>

Tylka, T. L. (2011). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 56–64). The Guilford Press.

Tylka, T., y Piran, N. (2019). *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions*. Oxford University Press.

Trujillo Flores, M. M., y Rivas Tovar, L. A. (2005). The origins, evolution and construction of models of emotional intelligence. *Innovar*, 15(25), 9-24.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512005000100001

Twenge, J. M., Martin, G. N., y Spitzberg, B. H. (2019). Trends in U.S. Adolescents' media use, 1976–2016: The rise of digital media, the decline of TV, and the (near) demise of print. *Psychology of Popular Media Culture*, 8(4), 329–345.
<https://doi.org/10.1037/ppm0000203>

Vacca, M., Ballesio, A., y Lombardo, C. (2020). The relationship between perfectionism and eating-related symptoms in adolescents: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 32-51. <https://doi.org/10.1002/erv.2793>

- Valles Casas, M. (2013). *La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. <http://hdl.handle.net/10578/3712>
- Van den Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., y Haines, J. (2007). Is dieting advice from magazines helpful or harmful? Five-year associations with weight-control behaviors and psychological outcomes in adolescents. *Pediatrics*, *119*(1), e30-e37. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0978>
- Vandenbosch, L., y Eggermont, S. (2013). Sexualization of adolescent boys: Media exposure and boys' internalization of appearance ideals, self-objectification, and body surveillance. *Men and Masculinities*, *16*(3), 283-306. <https://doi.org/10.1177/1097184X13477866>
- Van Gordon, W., y Shonin, E. (2020). Second-generation mindfulness-based interventions: Toward more authentic mindfulness practice and teaching. *Mindfulness* *11*, 1-4 (2020). <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01252-1>
- Veldhuis, J., Alleva, J. M., Bij de Vaate, A. J., Keijer, M., y Konijn, E. A. (2020). Me, my selfie, and I: The relations between selfie behaviors, body image, self-objectification, and self-esteem in young women. *Psychology of Popular Media*, *9*(1), 3. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.12.002>
- Villena, J., y Carballo, M. C. (1999). La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, *30*(2), 131-144. <https://doi.org/10.1344/%25x>

- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., y Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Annals of Internal Medicine*, 147(8), 573-577. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2014.07.013>
- Wang, Y. y Chen, H. J. (2012). *Use of percentiles and z-scores in anthropometry*. In Handbook of anthropometry (pp. 29-48). Springer.
- Warschburger, P., y Zitzmann, J. (2018). The efficacy of a universal school-based prevention program for eating disorders among German adolescents: Results from a randomized-controlled trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(6), 1317–1331. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0852-3>
- Watts, A. W., Mason, S. M., 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. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.03.007>
- Weigel, A., Gumz, A., Uhlenbusch, N., Wegscheider, K., Romer, G., y Löwe, B. (2015). Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0405-1>
- Wertheim, E. H., y Paxton, S. J. (2011). Body image development in adolescent girls. In T. F. Cash y L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 76–84). The Guilford Press.

- Weston, R., y Gore Jr, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modeling. *The counseling psychologist*, 34(5), 719-751. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.01.009>
- Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., y Ghaderi, A. (2010). Risk and protective factors for disturbed eating: a 7-year longitudinal study of eating attitudes and psychological factors in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 15(4), e208-e218.
<https://doi.org/10.1007/BF03325302>
- 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. <https://doi.org/10.1080/13284207.2010.500310>
- Wilksch, S. M., y Wade, T. D. (2009). Reduction of shape and weight concern in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(6), 652-661.
<https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a1f559>
- Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M., Austin, S. B., McLean, S. A., Thompson, K. M., ... 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.
<https://doi.org/10.1017/S003329171400289X>
- Wilksch, S., y Wade, T. (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.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst036>

- Wilksch, S. M., y Wade, T. D. (2014). Depression as a moderator of benefit from Media Smart: A school-based eating disorder prevention program. *Behaviour research and therapy*, 52, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.11.004>
- Wolz, I., Granero, R., y Fernández-Aranda, F. (2017). A comprehensive model of food addiction in patients with binge-eating symptomatology: The essential role of negative urgency. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 118-124. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.012>
- Xie, X., Gai, X., y Zhou, Y. (2019). A meta-analysis of media literacy interventions for deviant behaviors. *Computers y Education*, 139, 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.05.008>
- Yager, Z., Diedrichs, P. C., Ricciardelli, L. A., y Halliwell, E. (2013). What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body image*, [https://doi.org/10\(3\), 271-281](https://doi.org/10(3), 271-281). [10.1016/j.bodyim.2013.04.001](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001)
- Zhang, J., Seo, D. C., Kolbe, L., Lee, A., Middlestadt, S., Zhao, W., y Huang, S. (2011). Comparison of overweight, weight perception, and weight-related practices among high school students in three large Chinese cities and two large US cities. *Journal of Adolescent Health*, 48(4), 366-372. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.015>
- Zou, H., Yin, P., Liu, L., Duan, W., Li, P., Yang, Y., ... y Yu, X. (2020). Association between weight cycling and risk of developing diabetes in adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*. <https://doi.org/10.1111/jdi.13380>

A decorative watercolor splash graphic in shades of blue, teal, and purple, centered on the page. The word "Anexo" is written in a black serif font over the center of the splash.

Anexo



Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 02 de novembre de 2017

FULL INFORMATIU DEL PROGRAMA PROMOCIÓ DE LA SALUT EN L'ESCOLA

Benvolgudes i benvolguts mares, pares o tutors legals:

Durant el curs 2017-2018 i d'acord amb la direcció de l'Escola, durem a terme una activitat amb el vostre fill/a emmarcada dins d'un programa d'intervenció en Salut que realitzem en la Unitat d'Avaluació i Intervenció de la Imatge Corporal en la Universitat Autònoma de Barcelona, dirigit per la Dra. Marisol Mora Giral. L'objectiu d'aquestes activitats són prevenir problemes relacionats amb l'alimentació, el pes i la imatge corporal.

En aquesta ocasió ens dirigim a vosaltres per a informar-vos en què consisteixen aquestes activitats. Li demanarem als vostres fills/es que omplin un qüestionari amb preguntes sobre hàbits saludables, imatge corporal, mitjans de comunicació i intel·ligència emocional, entre altres aspectes. Passats dos i sis mesos i un any demanarem als nois i noies que omplin el mateixos qüestionaris. Als nois i noies participants al principi i al final de l'estudi se'ls pesarà i mesurarà amb roba en un espai diferent de l'aula que ens permetrà assegurar la privadesa i la confidencialitat en la presa d'aquestes mesures. Després de la primera mesura, portarem a terme 8 sessions de freqüència setmanal i 50 minuts de duració on treballarem aspectes d'alfabetització de mitjans (conèixer elements manipulatiu dels mitjans de comunicació, l'impacte que té i com gestionar-ho), hàbits saludables i gestió emocional. L'objectiu dels qüestionaris és conèixer els canvis que hagin experimentat els/les alumnes i treure conclusions sobre la contribució del nostre programa a la millora dels problemes relacionats amb l'alimentació, el pes i la imatge corporal.

Durant l'adolescència es produeixen canvis importants en el cos dels nois i noies i en la mesura que aquests canvis produeixin insatisfacció poden generar preocupacions sobre el cos i sentiments negatius sobre com es veuen o com els veuen els altres. Això pot fer empitjorar la salut i el benestar dels joves. Disposem d'un taller més aprofundit i extens pels participants amb preocupació i de malestar amb el seu cos. Si el vostre fill/ filla vol participar en aquest taller i ens autoritza a què us informen, ho portarem a terme.

Les dades subministrades pel vostre fill/a en cap cas seran cedides a terceres persones i seran conservades fins a la finalització d'aquest Projecte de Recerca aproximadament al cap d'uns cinc anys. D'acord amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, un cop acabat el projecte de recerca, les dades seran anonimitzades (s'eliminaran aquells elements de les dades que puguin identificar als participants) i tal com estableix la Llei de Protecció de Dades seran dipositades en un Repositori Públic de Dades perquè altres equips d'investigació les puguin revisar o analitzar. A més, de conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal el vostre fill te dret a revocar, en qualsevol moment, el consentiment atorgat i pot exercir els drets d'Accés, Rectificació, Cancel·lació o Oposició a què les seves dades personals figurin en el registre de Dades Personals.

Donat que la participació en aquesta activitat és voluntària, el vostre fill/a pot abandonar la seva participació en l'estudi en qualsevol moment i això no tindrà cap conseqüència negativa per a ell/a.

Marisol Mora Giral, MSc.Ph.D
Cap de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut-UAB
Tel. 0034935812723



Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 02 de novembre de 2017

FULL INFORMATIU DEL PROGRAMA PROMOCIÓ DE LA SALUT EN L'ESCOLA

Benvolgudes i benvolguts mares, pares o tutors legals:

Durant el curs 2017-2018 i d'acord amb la direcció de l'Escola, durem a terme una activitat amb el vostre fill/a emmarcada dins d'un programa d'intervenció en Salut que realitzem en la Unitat d'Avaluació i Intervenció de la Imatge Corporal en la Universitat Autònoma de Barcelona, dirigit per la Dra. Marisol Mora Giral. L'objectiu d'aquestes activitats són prevenir problemes relacionats amb l'alimentació, el pes i la imatge corporal.

En aquesta ocasió ens dirigim a vosaltres per a informar-vos en què consisteixen aquestes activitats. Li demanarem als vostres fills/es que omplin un qüestionari amb preguntes sobre hàbits saludables, imatge corporal, mitjans de comunicació i intel·ligència emocional, entre d'altres aspectes. Passats sis mesos i un any demanarem als nois i noies que omplin el mateixos qüestionaris. Als nois i noies participants al principi i al final de l'estudi se'ls pesarà i mesurarà amb roba en un espai diferent de l'aula que ens permetrà assegurar la privadesa i la confidencialitat en la presa d'aquestes mesures. Amb tota aquesta informació volem conèixer els canvis que hagin experimentat els/les alumnes i treure conclusions sobre la contribució del nostre programa a la millora dels problemes relacionats amb l'alimentació, el pes i la imatge corporal.

Durant l'adolescència es produeixen canvis importants en el cos dels nois i noies i en la mesura que aquests canvis produeixen insatisfacció poden generar preocupacions sobre el cos i sentiments negatius sobre com es veuen o com els veuen els altres. Això pot fer empitjorar la salut i el benestar dels joves. Disposem d'un taller més aprofundit i extens pels participants amb preocupació i de malestar amb el seu cos. Si el vostre fill/ filla vol participar en aquest taller i ens autoritza a què us informen, ho portarem a terme.

Les dades subministrades pel vostre fill/a en cap cas seran cedides a terceres persones i seran conservades fins a la finalització d'aquest Projecte de Recerca aproximadament al cap d'uns cinc anys. D'acord amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, un cop acabat el projecte de recerca, les dades seran anonimitzades (s'eliminaran aquells elements de les dades que puguin identificar als participants) i tal com estableix la Llei de Protecció de Dades seran dipositades en un Repositori Públic de Dades perquè altres equips d'investigació les puguin revisar o analitzar. A més, de conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal el vostre fill te dret a revocar, en qualsevol moment, el consentiment atorgat i pot exercir els drets d'Accés, Rectificació, Cancel·lació o Oposició a què les seves dades personals figurin en el registre de Dades Personals.

Donat que la participació en aquesta activitat és voluntària, el vostre fill/a pot abandonar la seva participació en l'estudi en qualsevol moment i això no tindrà cap conseqüència negativa per a ell/a.

Marisol Mora Giral, MSc.Ph.D
Cap de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut-UAB
Tel. 0034935812723



Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 02 de novembre de 2017

CONSENTIMENT INFORMAT PER LA PARTICIPACIÓ EN PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE SALUT A L'ESCOLA

Benvolgudes i benvolguts mares i pares o tutors legals:

Durant el següent curs 2017-2018 i d'acord amb la direcció de l'Institut -----hem dut a terme una activitat amb el vostre fill/a emmarcada dins del projecte de "*avances en prevenció universal y selectiva para problemas relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal y promoción de la salud en adolescentes escolarizados*" de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en la Imatge Corporal de la Universitat Autònoma de Barcelona.

En diferents dates del curs demanarem als nois i noies que desitgin participar que emplenin uns qüestionaris amb preguntes sobre diferents aspectes de Salut mental. Aquesta activitat la realitzarem en diferents moments. Al principi i al final de l'estudi, els nois i noies participants se'ls pesarà i mesurarà amb roba en un espai diferent que ens permetrà assegurar la privadesa i la confidencialitat.

D'altra banda, portarem a terme 8 tallers on es treballaran aspectes d'alfabetització de mitjans, hàbits saludables i gestió emocional.

Les dades aportades pels vostres fills i filles seran incorporades a un fitxer que denominarem ECOPREV creat a l'Universitat Autònoma de Barcelona, amb domicili en Edifici B, Campus Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 08193, amb la finalitat d'analitzar els resultats obtinguts. Les dades dels vostres fills/es no seran cedides a terceres persones. D'acord amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, el vostre/a fill/a té dret a revocar, en qualsevol moment, el consentiment atorgat, i pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades davant de la Secretaria General de la UAB, a l'Edifici del Rectorat del Campus Universitari de Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), o mitjançant un correu electrònic a l'adreça uaic@uab.cat o protecció.dades@uab.cat per realitzar consultes en relació amb el tractament de les seves dades personals. Les dades subministrades pels vostres fills/es seran conservades fins a la finalització d'aquest Projecte de Recerca, un cop acabat aquest, les dades seran anonimitzades (s'eliminaran aquells elements de les dades que puguin identificar als participants) i tal com estableix la Llei de Protecció de Dades seran dipositades en un Repositori Públic de Dades perquè altres equips d'investigació les puguin revisar o analitzar.

Per això i tenint en compte que la col·laboració del seu fill/a en les avaluacions i tallers és voluntària i pot abandonar les tasques en qualsevol moment i que això no tindrà conseqüències negatives de cap mena per ell/a, li demanen el seu consentiment informat.

Atentament,

Marisol Mora Giral, MSc.Ph.D
Cap de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut-UAB
Tel. 0034935812723

CONSENTIMENT INFORMAT PER LA PARTICIPACIÓ EN PREVENCIÓ UNIVERSAL I DE PROBLEMES RELACIONATS AMB LA IMATGE CORPORAL, L'ALIMENTACIÓ I EL PES EN LES ESCOLES

En/Na..... com a Pare/Mare o Tutor legal de
l'Alumne/a..... del
curs.....

Comunico que he llegit el full d'informació que se m'ha lliurat i que, havent rebut prou informació sobre l'estudi AUTORITZO al meu fill/a ha participar en l'avaluació i el taller esmentat que ja ha programat l'Institut -----.

Nom i Cognoms:

DNI o passaport

e-mail

Signatura pare/mare/tutor legal



Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 02 de novembre de 2017

CONSENTIMENT INFORMAT PER LA PARTICIPACIÓ EN PREVENCIÓ I PROMOCIÓ DE SALUT A L'ESCOLA

Benvolgudes i benvolguts mares i pares o tutors legals:

Durant el següent curs 2017-2018 i d'acord amb la direcció de l'Institut -----hem dut a terme una activitat amb el vostre fill/a emmarcada dins del projecte de "*avances en prevenció universal y selectiva para problemas relacionados con la alimentación, el peso y la imagen corporal y promoción de la salud en adolescentes escolarizados*" de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en la Imatge Corporal de la Universitat Autònoma de Barcelona.

En diferents dates del curs demanarem als nois i noies que desitgin participar que emplenin uns qüestionaris amb preguntes sobre diferents aspectes de Salut mental. Aquesta activitat la realitzarem en diferents moments. Al principi i al final de l'estudi, els nois i noies participants se'ls pesarà i mesurarà amb roba en un espai diferent que ens permetrà assegurar la privadesa i la confidencialitat.

Les dades aportades pels vostres fills i filles seran incorporades a un fitxer que denominarem ECOPREV creat a l'Universitat Autònoma de Barcelona, amb domicili en Edifici B, Campus Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), 08193, amb la finalitat d'analitzar els resultats obtinguts. Les dades dels vostres fills/es no seran cedides a terceres persones. D'acord amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal, el vostre/a fill/a té dret a revocar, en qualsevol moment, el consentiment atorgat, i pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les seves dades davant de la Secretaria General de la UAB, a l'Edifici del Rectorat del Campus Universitari de Bellaterra (Cerdanyola del Vallès), o mitjançant un correu electrònic a l'adreça uaic@uab.cat o protecció.dades@uab.cat per realitzar consultes en relació amb el tractament de les seves dades personals. Les dades subministrades pels vostres fills/es seran conservades fins a la finalització d'aquest Projecte de Recerca, un cop acabat aquest, les dades seran anonimitzades (s'eliminaran aquells elements de les dades que puguin identificar als participants) i tal com estableix la Llei de Protecció de Dades seran dipositades en un Repositori Públic de Dades perquè altres equips d'investigació les puguin revisar o analitzar.

Per això i tenint en compte que la col·laboració del seu fill/a en les avaluacions i tallers és voluntària i pot abandonar les tasques en qualsevol moment i que això no tindrà conseqüències negatives de cap mena per ell/a, li demanen el seu consentiment informat.

Atentament,

Marisol Mora Giral, MSc.Ph.D
Cap de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut-UAB
Tel. 0034935812723

CONSENTIMENT INFORMAT PER LA PARTICIPACIÓ EN PREVENCIÓ UNIVERSAL I DE PROBLEMES RELACIONATS AMB LA IMATGE CORPORAL, L'ALIMENTACIÓ I EL PES EN LES ESCOLES

En/Na..... com a Pare/Mare o Tutor legal de
l'Alumne/a..... del
curs.....

Comunico que he llegit el full d'informació que se m'ha lliurat i que, havent rebut prou informació sobre l'estudi AUTORITZO al meu fill/a ha participar en l'avaluació i el taller esmentat que ja ha programat l'Institut -----.

Nom i Cognoms:

DNI o passaport

e-mail

Signatura pare/mare/tutor legal

INSTRUCCIONES AULA

Saludos: “Hola ella es ... y yo soy ...” . Somos psicólogos de la Universidad Autónoma de Barcelona y estamos realizando un estudio sobre los hábitos alimentarios, inteligencia emocional, medios de comunicación e imagen corporal en chicos y chicas de vuestra edad.

Estudios parecidos se han hecho en otros países y nos gustaría conocer vuestro punto de vista sobre los aspectos que os he dicho antes, aquí en Catalunya.

Es un estudio muy importante, el estado ha pagado para que se pueda llevar a cabo y obviamente, considera que como sois el futuro sois muy importantes.

Por este motivo os pedimos vuestra colaboración y que rellenéis los cuestionarios que os repartiremos a continuación.

Nos ayudaréis muchísimo si:

- Contestáis individualmente, en silencio y con la máxima sinceridad, sino no servirá de nada.
- Tomaos vuestro tiempo y contestad con tranquilidad. No olvidéis ninguna pregunta sin contestar. Si tenéis alguna duda sobre la manera de contestar o no entendéis alguna pregunta podéis levantar la mano sin problemas e iremos respondiendo a vuestras dudas de forma individual.
- Para cada pregunta solo tenéis que responder una pregunta. Si dudáis entre dos opciones, tenéis que decantaros con la opción que más os represente. Recordad que no hay preguntas correctas e incorrectas, solo vuestra opinión y vuestra experiencia.
- Sabemos que hay varios de vosotros que habéis hecho estos cuestionarios más de una vez. En este caso, es importante que contestéis según lo que pensáis ahora, no es necesario que intentéis recordar lo que hayáis contestado antes.

Mientras estéis contestando, os iremos llamando por orden de lista para pesaros y mediros. Para poder pensaros y mediros necesitamos que estando ahí, os quitéis los zapatos.

Cuando acabéis de contestar los cuestionarios, levantad la mano e iremos para comprobar que no os hayáis dejado ninguna pregunta en blanco.

Los cuestionarios son anónimos, nadie sabe quién contesta cada cuestionario. Los cuestionarios se reparten por orden alfabético, porque tenemos distintos cuestionarios para chicos y chicas.

¿Tenéis alguna duda?

Muchas gracias por vuestra colaboración.

(Se empiezan a repartir los cuestionarios, se llamarán por lista y se entregarán los cuestionarios con el código correspondiente, fijarse que corresponda al de la lista).

Chicas y chicos, por favor, no escribáis nada en el recuadro gris de la parte superior derecha de la primera hoja de los cuestionarios. Por favor no contestéis hasta que acabemos las instrucciones.

Veamos, en relación a la fecha, que se deben poner dos dígitos.

La primera diferencia en torno al sexo aparece en la segunda página con respecto a la regla para chicas y el cambio de voz (u otros cambios) en el caso de los chicos, lo importante es plantear en términos generales cuándo han ocurrido los cambios (11 o menos, 12 años, etc.).

En los datos de los padres, sobre todo educativos, intentad preguntar con relación a su formación, si no saben qué han estudiado.

ESO → EGB (6 a 13) EN PRINCIPIO OBLIGATORIA // BUP (14 a 16 años, últimos años de la ESO y primero de bachillerato) // COU (17 años, segundo de bachillerato)

La pregunta por si hace dieta para adelgazar, se refiere a adelgazar. Si es por motivos de salud, por ejemplo, diabetes, intolerancia al gluten, etc, se debe especificar y ya está.

CUESTIONARIOS PROBLEMÁTICOS Y QUE SE TIENEN QUE EXPLICAR ANTES DE EMPEZAR A CONTESTAR

RSES. AUTOESTIMA

ROSENBERG SELF-ESTEEM

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una cruz el recuadro que mejor refleje su grado de acuerdo con ellas.

Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A	B	C	D

1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	A	B	C	D
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	A	B	C	D
3. Creo que tengo algunas buenas cualidades	A	B	C	D
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	A	B	C	D
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	A	B	C	D

EJEMPLO:

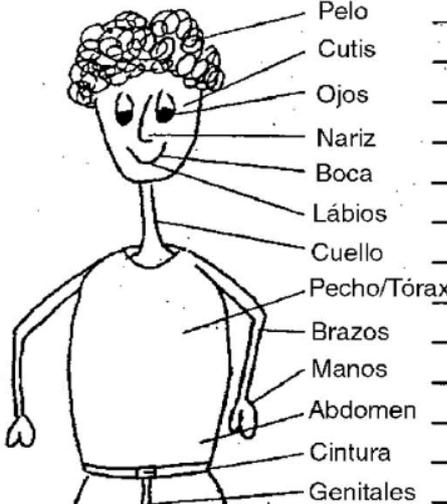
Si estoy totalmente de acuerdo con la primera frase “Me siento una persona tan valiosa como los demás” pondré A

En cambio, si no siento en absoluto que soy tan valioso/a como los demás, pondré D muy en desacuerdo.

Normalmente, en otros cuestionarios, muy en desacuerdo es A y muy de acuerdo es D. Por eso hay que insistir.

QÜIC. SATISFACCIÓN CORPORAL

¿Representa un problema para ti?

	Pelo	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cutis	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Ojos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Nariz	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Boca	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Lábios	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cuello	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pecho/Tórax	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Brazos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Manos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Abdomen	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cintura	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Genitales	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Este ejercicio propone puntuar a las partes del cuerpo que va señalando el dibujo, poniendo una nota del 1 al 10, donde el 5 es neutro, aprobado. También se debe señalar si es un problema o no para ti. (Dar dos ejemplos y explicar cuando algo es un problema y cuando no lo es. Ej.: Puedes poner una nota 4 a tu pelo porque no te gusta, pero que no sea un problema para ti. O si, con la misma nota, puede ser un problema porque tardas demasiado en peinártelo por la mañana, por ejemplo. Etc)

Me gustaría ser más alto |

Estoy conforme con mi talla |

Me gustaría ser más bajo |

Me gustaría pesar más |

Estoy conforme con mi peso |

Me gustaría pesar menos |

Con respecto al último punto de este cuestionario, debes escoger solo una opción de las columnas de tres que se presentan.

INSTRUCCIONES DE PESO Y ALTURA

Montar el tallímetro en una pared sin zócalo o lo más igualada posible y lejana de la puerta de entrada. Poner la báscula al lado.

Tener la lista cerca y a poder ser con dos hojas. Una para tapar el peso y la otra para tapar los pesos de los compañeros (*iCuidado! tienden a cotillear los pesos de los otros cuando miran el suyo*).

Preparar una salita lejana de los instrumentos con sillas para sentarse y quitarse los zapatos y poner sus pertenencias.

Cuando entren indicad sonrientes y con energía (tienden a mostrarse dubitativos).

Por favor, os tenéis que quitar:

- Sudaderas
- Relojes, llaves, cinturones y móviles
- Pendientes y pulseras que pesen
- Gafas

- Gorras o moños o coletas altas

Entonces tienden a ir en masa. Pedir que solo vengan de 1 a 1. Insistir en este punto.

Indicar que si tienen algún problema en saber el peso y altura, lo podemos tapar con una hoja (*con un estímulo neutro u optimista*).

TALLÍMETRO:

Pies juntos. Talones tocando la plataforma. Rectos y mirando en frente. Apretad el medidor en la cabeza (sin hacerse daño obviamente).

BÁSCULA:

Pies dentro de la plataforma de la báscula. Recto y sin moverse, ni hablar.

Haced dos medidas. Si son diferentes entre ellas, haced una tercera. Si es necesario haced un promedio.

En caso de que quieran saber el peso y la altura hacerlo en voz baja y a su oído.



Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Dossier Noia

Dades personals:

Data d'avui: ___/___/___ Data de naixement: ___/___/___ Edat: _____ País: _____ En cas de venir d'un altre país, escriu quant de temps fa que vius aquí _____	Qüestionari nº				
	Pes: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC: _____ Kg/m2				

Situació Familiar:

Amb qui vius?

	Mare	Pare
Nivell d'estudis		
Treballa (si o no)		

Escriu quina es la activitat laboral actual de:

Pare: _____

Mare: _____

Tens la regla? Sí No

Si tens la regla, a quina edat et va venir?

9 anys o menys

10 anys

11 anys

12 anys

13 anys o més

Fas dieta per aprimar-te? Sí No

Si es que sí, en què consisteix?

Gràcies per col·laborar en aquesta investigació.
A continuació presentem alguns qüestionaris que pretenen conèixer la teva opinió respecte a diversos temes. No hi ha respostes 'bones' ni 'dolentes'. Només has de seleccionar la resposta que et sembli millor a cada situació. És molt important que responguis a totes les preguntes.

ROSENBERG SELF-ESTEEM

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una cruz el recuadro que mejor refleje su grado de acuerdo con ellas.

Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A	B	C	D

1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	A	B	C	D
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	A	B	C	D
3. Creo que tengo algunas buenas cualidades	A	B	C	D
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	A	B	C	D
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	A	B	C	D
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	A	B	C	D
7. En general me siento satisfecho/a conmigo mismo/a	A	B	C	D
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a.	A	B	C	D
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	A	B	C	D
10. A veces pienso que no sirvo para nada	A	B	C	D

TMMS-24

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

EAT-26

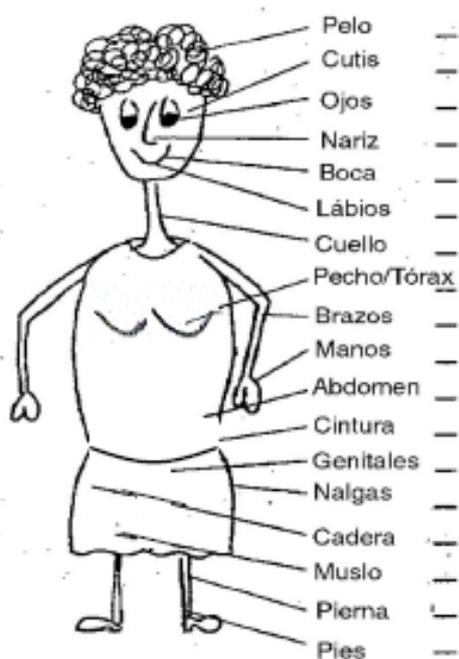
Responde marcando con una "X" la respuesta que consideres más adecuada a tu caso.

Nunca	Pocas veces	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre	
A	B	C	D	E	F	
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.	A	B	C	D	E	F
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.	A	B	C	D	E	F
3. Me preocupo mucho por la comida.	A	B	C	D	E	F
4. A veces me he "atrachado" de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer.	A	B	C	D	E	F
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	A	B	C	D	E	F
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	A	B	C	D	E	F
7. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas...).	A	B	C	D	E	F
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	A	B	C	D	E	F
9. Vomito después de haber comido.	A	B	C	D	E	F
10. Me siento muy culpable después de comer.	A	B	C	D	E	F
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado.	A	B	C	D	E	F
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	A	B	C	D	E	F
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado.	A	B	C	D	E	F
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	A	B	C	D	E	F
15. Tardo en comer más que las otras personas.	A	B	C	D	E	F
16. Procuero no comer alimentos con azúcar.	A	B	C	D	E	F
17. Como alimentos de régimen.	A	B	C	D	E	F
18. Tengo la sensación de que los alimentos controlan mi vida.	A	B	C	D	E	F
19. Me controlo durante las comidas.	A	B	C	D	E	F
20. Noto que los demás me presionan para que coma.	A	B	C	D	E	F
21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida.	A	B	C	D	E	F
22. Me siento incómodo después de comer dulces.	A	B	C	D	E	F
23. Me comprometo a hacer régimen.	A	B	C	D	E	F
24. Me gusta sentir el estómago vacío.	A	B	C	D	E	F
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	A	B	C	D	E	F
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	A	B	C	D	E	F

**QÜESTIONARI D'IMATGE CORPORAL/CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL
VERSIÓN ESPAÑOLA FEMENINA (QÜIC)**

Nos interesa que hagas una crítica o autoevaluación de tu aspecto físico.
Puntua de 0 a 10 las distintas partes de tu cuerpo.
Un 0 significa que te sientes insatisfecha con esa parte del cuerpo y
un 10 supone que estás totalmente conforme con esa zona; marca también,
con una cruz, si alguna parte de tu cuerpo representa o no, un problema estético.

¿Representa un problema para ti?

	Pelo	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cutis	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Ojos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Nariz	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Boca	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Lábios	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cuello	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pecho/Tórax	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Brazos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Manos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Abdomen	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cintura	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Genitales	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Nalgas	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cadera	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Muslo	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pierna	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pies	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Me gustaría ser más alto

Me gustaría pesar más

Estoy conforme con mi talla

Estoy conforme con mi peso

Me gustaría ser más bajo

Me gustaría pesar menos

En general, ¿con qué nota valoras tu aspecto físico (0 a 10)? _____

En general, ¿con qué nota crees que tus amigos/as, valoran tu aspecto físico (0 a 10) _____

Adaptación y validación española:

Penelo, E., Espinoza, P., Portell, M., & Raich, R.M. (2012). Assessment of body image: Psychometric properties of the Body Image Questionnaire. *Journal of Health Psychology, 17*(4), 556-566.
doi:10.1177/1359105311417913

CAPS

Lee cada frase y elige tu respuesta rodeando con un círculo un número del "1" al "5". Las cinco posibles respuestas para cada frase son las siguientes:

1. Falso – No me sucede nunca
2. Bastante falso
3. Ni cierto ni falso
4. Bastante cierto
5. Muy cierto en mi caso

Por ejemplo, si apareciera la frase "Me gusta leer libros de cómics", tú rodearías con un círculo un 5" si esto es completamente cierto en tu caso. Si apareciera la frase "Me gusta mantener mi habitación limpia y ordenada," tú rodearías con un círculo un "1" si esto fuera falso y no te sucediera nunca. Ahora ya puedes empezar. Por favor asegúrate de que contestas todas las frases.

FALSO				CIERTO
1	2	3	4	5

FALSO → CIERTO

1. Intento ser perfecto/a en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
2. Quiero ser el/la mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
3. Mis padres no siempre esperan que sea perfecto/a en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
4. Siento que tengo que hacer todo lo que puedo siempre.	1	2	3	4	5
5. Hay personas que esperan que sea perfecto/a.	1	2	3	4	5
6. Siempre intento sacar la puntuación máxima en una prueba o examen.	1	2	3	4	5
7. Realmente me siento mal si no hago todo lo que puedo siempre.	1	2	3	4	5
8. Mi familia espera que yo sea perfecto/a.	1	2	3	4	5
9. No siempre intento ser el/la mejor.	1	2	3	4	5
10. Los demás esperan de mí más de lo que soy capaz de hacer.	1	2	3	4	5
11. Me enfado conmigo mismo/a cuando cometo un error.	1	2	3	4	5
12. Algunos piensan que he fallado si no hago todo lo que puedo continuamente.	1	2	3	4	5
13. Algunos siempre esperan que yo sea perfecto/a.	1	2	3	4	5
14. Me enfado si hay un solo error en mi trabajo.	1	2	3	4	5
15. Los que me rodean esperan que sea estupendo/a en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
16. Cuando hago algo, tiene que ser perfecto.	1	2	3	4	5
17. Mis profesores esperan que mi trabajo sea perfecto.	1	2	3	4	5
18. No tengo que ser el/la mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
19. Siempre se espera que yo haga todo mejor que los otros.	1	2	3	4	5
20. Incluso cuando apruebo, siento que he fallado si no consigo una de las notas más altas de la clase.	1	2	3	4	5
21. Siento que la gente me exige demasiado.	1	2	3	4	5
22. No puedo soportar no ser perfecto/a.	1	2	3	4	5

SATAQ-4

Antes de rellenar este cuestionario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones: Nos gustaría saber cómo te has sentido en las últimas semanas. Por favor, lee cada pregunta y rodea con un círculo el número de la derecha que más se aproxime a tu opinión o a tu situación. Tómalo el tiempo que necesites para responder. Por favor, responde TODAS las preguntas.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Es importante para mí parecer atlético/a.	1	2	3	4	5
2. Pienso mucho en parecer musculoso/a.	1	2	3	4	5
3. Quiero que mi cuerpo parezca muy delgado.	1	2	3	4	5
4. Quiero que mi cuerpo parezca que tiene poca grasa.	1	2	3	4	5
5. Pienso mucho en parecer delgado/a.	1	2	3	4	5
6. Paso mucho tiempo haciendo cosas para parecer más atlético/a.	1	2	3	4	5
7. Pienso mucho en parecer atlético/a.	1	2	3	4	5
8. Quiero que mi cuerpo parezca muy magro (con muy poca grasa)	1	2	3	4	5
9. Pienso mucho en tener muy poca grasa corporal	1	2	3	4	5
10. Paso mucho tiempo haciendo cosas para parecer más musculoso/a.	1	2	3	4	5
11. Siento presión de los miembros de mi familia para parecer más delgado/a	1	2	3	4	5
12. Siento presión de los miembros de mi familia para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
13. Los miembros de mi familia me animan a reducir mi nivel de grasa corporal	1	2	3	4	5
14. Los miembros de mi familia me animan a ponerme en mejor forma	1	2	3	4	5
15. Mis compañeros/as me animan a adelgazar	1	2	3	4	5
16. Siento presión de mis compañeros/as para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
17. Siento presión de mis compañeros/as para parecer en mejor forma	1	2	3	4	5
18. Siento presión de mis compañeros/as para reducir mi nivel de grasa corporal	1	2	3	4	5
19. Siento presión de los medios para parecer en mejor forma	1	2	3	4	5
20. Siento presión de los medios para parecer más delgado/a	1	2	3	4	5
21. Siento presión de los medios para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
22. Siento presión de los medios para mejorar mi grasa corporal	1	2	3	4	5

HÁBITOS ALIMENTARIOS

A continuación queremos conocer algunos aspectos sobre la comida y sentimientos y actitudes que experimentas hacia ella.

1. Durante una semana normal, ¿Con que frecuencia tomas las siguientes comidas? (por favor, presta atención a los apartados de comida y cena)

	TODOS LOS DÍAS	4-6 DÍAS POR SEMANA	1-3 DÍAS POR SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
Desayuno sólo un vaso de leche o similar.				
Desayuno con cereales, tostadas, bollos, etc.				
Almuerzo.				
Comida con sándwich o bocadillo.				
Comida caliente.				
Merienda.				
Cena con sándwich o bocadillo.				
Cena caliente.				

2. ¿Con que frecuencia cenáis todos juntos en casa?

	TODOS LOS DÍAS	4-6 DÍAS POR SEMANA	1-3 DÍAS POR SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
En casa cenamos todos juntos.				
En casa cenamos cada uno cuando llega.				

EJERCICIO FÍSICO

1. ¿Haces alguna clase de ejercicio físico? Sí No CUAL? (excluyendo clases de gimnasia): _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA?	¿CUANTO TIEMPO LE DEDICAS?	¿CON QUÉ INTENSIDAD?
NUNCA <input type="checkbox"/>	MENOS DE CINCO MINUTOS <input type="checkbox"/>	MUY INTENSO <input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA <input type="checkbox"/>	5-15 MINUTOS <input type="checkbox"/>	INTENSO <input type="checkbox"/>
1 VEZ A LA SEMANA <input type="checkbox"/>	15-25 MINUTOS <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>
2-3 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/>	25-35 MINUTOS <input type="checkbox"/>	LIGERO <input type="checkbox"/>
4-5 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/>	35-45 MINUTOS <input type="checkbox"/>	
6-7 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/>	1 HORA <input type="checkbox"/>	
	2 HORA <input type="checkbox"/>	
	MÁS DE 2 HORAS <input type="checkbox"/>	

2. ¿Para qué haces ejercicio físico?

	MUY IMPORTANTE	BASTANTE IMPORTANTE	NADA IMPORTANTE
DIVERTIRME			
MEJORAR MI SALUD			
ESTAR EN BUENA FORMA			
PERDER PESO			
QUEMAR CALORIAS			
VER A MIS AMIGOS			



Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Dossier Noi

Dades personals:

Data d'avui: ___/___/___ Data de naixement: ___/___/___ Edat: _____ País: _____ En cas de venir d'un altre país, escriu quant de temps fa que vius aquí _____	Qüestionari nº				
	Pes: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC : _____ Kg/m ²				

Situació Familiar:

Amb qui vius?

	Mare	Pare
Nivell d'estudis		
Treballa (sí o no)		

Escriu quina es la activitat laboral actual de:

Pare: _____

Mare: _____

T'ha canviat la veu o has notat algun altre canvi físic? Sí No

Si es que sí, a quina edat va/n succeir-te?

9 anys o menys

10 anys

11 anys

12 anys

13 anys o més

Fas dieta per aprimar-te? Sí No

Si es que sí, en què consisteix?

Gràcies per col·laborar en aquesta investigació.

A continuació presentem alguns qüestionaris que pretenen conèixer la teva opinió respecte a diversos temes. No hi ha respostes 'bones' ni 'dolentes'. Només has de seleccionar la resposta que et sembli millor a cada situació. És molt important que responguis a totes les preguntes.

ROSENBERG SELF-ESTEEM

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una cruz el recuadro que mejor refleje su grado de acuerdo con ellas.

Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
A	B	C	D

1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	A	B	C	D
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	A	B	C	D
3. Creo que tengo algunas buenas cualidades	A	B	C	D
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.	A	B	C	D
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	A	B	C	D
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	A	B	C	D
7. En general me siento satisfecho/a conmigo mismo/a	A	B	C	D
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a.	A	B	C	D
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	A	B	C	D
10. A veces pienso que no sirvo para nada	A	B	C	D

TMMS-24

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

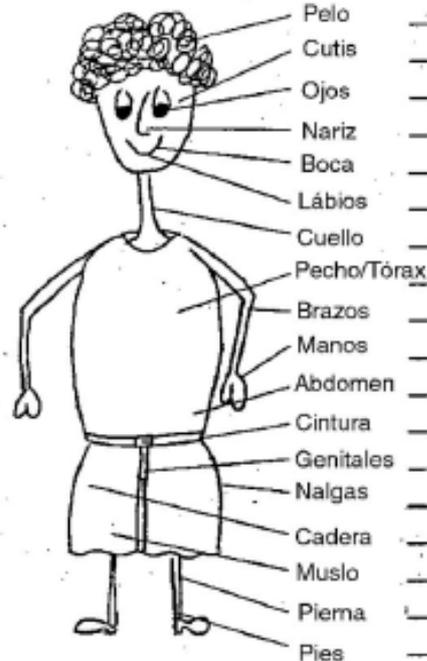
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

**QÜESTIONARI D'IMATGE CORPORAL/CUESTIONARIO DE IMAGEN CORPORAL
VERSIÓN ESPAÑOLA MASCULINA (QÜIC)**

Nos interesa que hagas una crítica o autoevaluación de tu aspecto físico.
Puntua de 0 a 10 las distintas partes de tu cuerpo.
Un 0 significa que te sientes insatisfecha con esa parte del cuerpo y
un 10 supone que estás totalmente conforme con esa zona; marca también,
con una cruz, si alguna parte de tu cuerpo representa o no, un problema estético.

¿Representa un problema para ti?

	Pelo	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cutis	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Ojos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Nariz	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Boca	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Lábios	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cuello	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pecho/Tórax	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Brazos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Manos	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Abdomen	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cintura	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Genitales	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Nalgas	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Cadera	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Muslo	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pierna	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Pies	—	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Me gustaría ser más alto

Me gustaría pesar más

Estoy conforme con mi talla

Estoy conforme con mi peso

Me gustaría ser más bajo

Me gustaría pesar menos

En general, ¿con qué nota valoras tu aspecto físico (0 a 10)? _____
En general, ¿con qué nota crees que tus amigos/as, valoran tu aspecto físico (0 a 10) _____

Adaptación y validación española:

Penelo, E., Espinoza, P., Portell, M., & Raich, R.M. (2012). Assessment of body image: Psychometric properties of the Body Image Questionnaire. *Journal of Health Psychology, 17*(4), 556-566. doi:10.1177/1359105311417913

CAPS

Lee cada frase y elige tu respuesta rodeando con un círculo un número del "1" al "5". Las cinco posibles respuestas para cada frase son las siguientes:

1. Falso – No me sucede nunca
2. Bastante falso
3. Ni cierto ni falso
4. Bastante cierto
5. Muy cierto en mi caso

Por ejemplo, si apareciera la frase "Me gusta leer libros de cómics", tú rodearías con un círculo un 5" si esto es completamente cierto en tu caso. Si apareciera la frase "Me gusta mantener mi habitación limpia y ordenada," tú rodearías con un círculo un "1" si esto fuera falso y no te sucediera nunca. Ahora ya puedes empezar. Por favor asegúrate de que contestas todas las frases.

FALSO	→			CIERTO
1	2	3	4	5

FALSO → CIERTO

1. Intento ser perfecto/a en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
2. Quiero ser el/la mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
3. Mis padres no siempre esperan que sea perfecto/a en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
4. Siento que tengo que hacer todo lo que puedo siempre.	1	2	3	4	5
5. Hay personas que esperan que sea perfecto/a.	1	2	3	4	5
6. Siempre intento sacar la puntuación máxima en una prueba o examen.	1	2	3	4	5
7. Realmente me siento mal si no hago todo lo que puedo siempre.	1	2	3	4	5
8. Mi familia espera que yo sea perfecto/a.	1	2	3	4	5
9. No siempre intento ser el/la mejor.	1	2	3	4	5
10. Los demás esperan de mí más de lo que soy capaz de hacer.	1	2	3	4	5
11. Me enfado conmigo mismo/a cuando cometo un error.	1	2	3	4	5
12. Algunos piensan que he fallado si no hago todo lo que puedo continuamente.	1	2	3	4	5
13. Algunos siempre esperan que yo sea perfecto/a.	1	2	3	4	5
14. Me enfado si hay un solo error en mi trabajo.	1	2	3	4	5
15. Los que me rodean esperan que sea estupendo/a en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
16. Cuando hago algo, tiene que ser perfecto.	1	2	3	4	5
17. Mis profesores esperan que mi trabajo sea perfecto.	1	2	3	4	5
18. No tengo que ser el/la mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
19. Siempre se espera que yo haga todo mejor que los otros.	1	2	3	4	5
20. Incluso cuando apruebo, siento que he fallado si no consigo una de las notas más altas de la clase.	1	2	3	4	5
21. Siento que la gente me exige demasiado.	1	2	3	4	5
22. No puedo soportar no ser perfecto/a.	1	2	3	4	5

SATAQ-4

Antes de rellenar este cuestionario, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones: Nos gustaría saber cómo te has sentido en las últimas semanas. Por favor, lee cada pregunta y rodea con un círculo el número de la derecha que más se aproxime a tu opinión o a tu situación. Tómame el tiempo que necesites para responder. Por favor, responde TODAS las preguntas.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Es importante para mí parecer atlético/a.	1	2	3	4	5
2. Pienso mucho en parecer musculoso/a.	1	2	3	4	5
3. Quiero que mi cuerpo parezca muy delgado.	1	2	3	4	5
4. Quiero que mi cuerpo parezca que tiene poca grasa.	1	2	3	4	5
5. Pienso mucho en parecer delgado/a.	1	2	3	4	5
6. Paso mucho tiempo haciendo cosas para parecer más atlético/a.	1	2	3	4	5
7. Pienso mucho en parecer atlético/a.	1	2	3	4	5
8. Quiero que mi cuerpo parezca muy magro (con muy poca grasa)	1	2	3	4	5
9. Pienso mucho en tener muy poca grasa corporal	1	2	3	4	5
10. Paso mucho tiempo haciendo cosas para parecer más musculoso/a.	1	2	3	4	5
11. Siento presión de los miembros de mi familia para parecer más delgado/a	1	2	3	4	5
12. Siento presión de los miembros de mi familia para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
13. Los miembros de mi familia me animan a reducir mi nivel de grasa corporal	1	2	3	4	5
14. Los miembros de mi familia me animan a ponerme en mejor forma	1	2	3	4	5
15. Mis compañeros/as me animan a adelgazar	1	2	3	4	5
16. Siento presión de mis compañeros/as para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
17. Siento presión de mis compañeros/as para parecer en mejor forma	1	2	3	4	5
18. Siento presión de mis compañeros/as para reducir mi nivel de grasa corporal	1	2	3	4	5
19. Siento presión de los medios para parecer en mejor forma	1	2	3	4	5
20. Siento presión de los medios para parecer más delgado/a	1	2	3	4	5
21. Siento presión de los medios para mejorar mi apariencia	1	2	3	4	5
22. Siento presión de los medios para mejorar mi grasa corporal	1	2	3	4	5

HÁBITOS ALIMENTARIOS

A continuación queremos conocer algunos aspectos sobre la comida y sentimientos y actitudes que experimentas hacia ella.

1. Durante una semana normal, ¿Con que frecuencia tomas las siguientes comidas? (por favor, presta atención a los apartados de comida y cena)

	TODOS LOS DÍAS	4-6 DIAS POR SEMANA	1-3 DIAS POR SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
Desayuno sólo un vaso de leche o similar.				
Desayuno con cereales, tostadas, bollos, etc.				
Almuerzo.				
Comida con sándwich o bocadillo.				
Comida caliente.				
Merienda.				
Cena con sándwich o bocadillo.				
Cena caliente.				

2. ¿Con que frecuencia cenáis todos juntos en casa?

	TODOS LOS DÍAS	4-6 DIAS POR SEMANA	1-3 DIAS POR SEMANA	NUNCA O CASI NUNCA
En casa cenamos todos juntos.				
En casa cenamos cada uno cuando llega.				

EJERCICIO FÍSICO

1. ¿Haces alguna clase de ejercicio físico? Sí No CUAL? (excluyendo clases de gimnasia): _____

¿CON QUE FRECUENCIA?	¿CUANTO TIEMPO LE DEDICAS?	¿CON QUE INTENSIDAD?
NUNCA <input type="checkbox"/>	MENOS DE CINCO MINUTOS <input type="checkbox"/>	MUY INTENSO <input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA <input type="checkbox"/>	5-15 MINUTOS <input type="checkbox"/>	INTENSO <input type="checkbox"/>
1 VEZ A LA SEMANA <input type="checkbox"/>	15-25 MINUTOS <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>
2-3 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/>	25-35 MINUTOS <input type="checkbox"/>	LIGERO <input type="checkbox"/>
4-5 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/>	35-45 MINUTOS <input type="checkbox"/>	
6-7 VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/>	1 HORA <input type="checkbox"/>	
	2 HORA <input type="checkbox"/>	
	MÁS DE 2 HORAS <input type="checkbox"/>	

2. ¿Para qué haces ejercicio físico?

	MUY IMPORTANTE	BASTANTE IMPORTANTE	NADA IMPORTANTE
DIVERTIRME			
MEJORAR MI SALUD			
ESTAR EN BUENA FORMA			
PERDER PESO			
QUEMAR CALORIAS			
VER A MIS AMIGOS			



Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 02 de febrer de 2017

CONSENTIMENT INFORMAT PER LA DIFUSIÓ DE VIDEO DE CRITICA I ACTIVISME

Benvolgudes i benvolguts mares i pares:

Durant l'actual curs acadèmic i d'acord amb la direcció de l'Escola Grèvol hem portat a terme el projecte de Prevenció de Problemes relacionats amb el pes i la imatge (PSI2013-47212-P) que realitzem amb la Unitat d'Avaluació i Intervenció en la Imatge Corporal (UAIC) del Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, dirigit per la Dra. Marisol Mora Giral de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Dins del projecte, el(la) seu fill(a) amb els seus companys ha realitzat exitosament un vídeo de paròdia a un anunci publicitari prèviament seleccionat per l'equip investigador. Necessitem si us plau el seu permís i el del seu fill/a perquè la paròdia del vídeo feta pel el/ella i els seus companys es pugui difondre a la pàgina web de la UAIC-UAB, al nostre canal de Youtube i la web de l'Escola Grèvol, poden presentar-se a programes de TV com l'APM amb fins preventius i d'investigació, sabent que pot renunciar a la difusió del vídeo en qualsevol moment sense conseqüències per a ell, amb l'objectiu de fomentar l'esperit crític als missatges que ens venen dels Mitjans de Comunicació i d'Internet.

L'equip d'investigació no es fa responsable si el vostre fill/a sense el nostre consentiment divulga aquest vídeo per altres plataformes d'Internet.

Atentament

Marisol Mora Giral, MSc.Ph.D
 Cap de la Unitat d'Avaluació i Intervenció en Imatge Corporal
 Departament de Psicologia Clínica i de la Salut
 Universitat Autònoma de Barcelona
 Tel. [0034935813170](tel:0034935813170)

PROJECTE D'INTERVENCIÓ PREVENTIVA EN PROBLEMES RELACIONATS AMB L'ALIMENTACIÓ I EL PES (PSI2013-47212-P)**CONSENTIMENT INFORMAT**

En/Na.....com a Pare/Mare o Tutor legal
 de l'Alumne.....del
 curs.....

Us comunico que he llegit el full d'informació que se m'ha lliurat i que, havent rebut prou informació sobre l'estudi i havent-hi pogut fer les preguntes que volgués sobre el mateix, i sabent que pot renunciar a la difusió del vídeo en qualsevol moment sense conseqüències per a ell, l'AUTORITZO a participar en la difusió del vídeo de crítica i activisme com activitat esmentada i programada per l'Escola Grèvol.

Signatura
 Nom i Cognoms:

MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CHICA)

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Generalmente las mujeres y los hombres se parecen a las modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
2. Generalmente las mujeres son tan delgadas como las modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
3. Las y los modelos de los anuncios son personas reales.	1	2	3	4	5
4. Yo podría parecerme a los modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
5. Yo podría ser tan delgado/a como las y los modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
6. La mayoría de las mujeres podría estar tan delgada como las modelos de los anuncios haciendo ejercicio y/o dieta.	1	2	3	4	5
7. Las y los modelos de los anuncios son inteligentes.	1	2	3	4	5
8. Las y los modelos de los anuncios son guapos.					
9. Las y los modelos de los anuncios tienen cuerpos perfectos.	1	2	3	4	5
10. Las y los modelos de los anuncios se divierten mucho.	1	2	3	4	5

MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CHICO)

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Generalmente las mujeres y los hombres se parecen a los modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
2. Generalmente los hombres son tan musculosos como las modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
3. Las y los modelos de los anuncios son personas reales.	1	2	3	4	5
4. Yo podría parecerme a los modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
5. Yo podría ser tan musculoso como los modelos de los anuncios.	1	2	3	4	5
6. La mayoría de los hombres podría estar tan musculosos como los modelos de los anuncios haciendo ejercicio y/o dieta.	1	2	3	4	5
7. Las y los modelos de los anuncios son inteligentes.	1	2	3	4	5
8. Las y los modelos de los anuncios son guapos.					
9. Las y los modelos de los anuncios tienen cuerpos perfectos.	1	2	3	4	5
10. Las y los modelos de los anuncios se divierten mucho.	1	2	3	4	5

Feedback de los agentes implicados

Feedback de los participantes. Al finalizar la intervención nos reunimos con 10 participantes voluntarios de cada grupo para poder debatir y recoger sus opiniones. Todos los grupos indicaron aspectos positivos como que se alegraban de haber contribuido a la ciencia o que valoraban positivamente que les hubieran hecho sentir partícipes.

Los participantes del grupo experimental indicaron que antes del programa no eran conscientes del grado de retoque de las imágenes y vídeos mostrados en los medios de comunicación ni tampoco de los mensajes que se transmitían. Se repitieron narrativas de que no sabían que los ideales estéticos cambiaban según el momento histórico ni la cultura. Además, creían que los carbohidratos y las grasas eran insalubres y, por el contrario, hacer dieta hipocalórica era saludable.

Las actividades del programa que se mencionaron como favoritas en más ocasiones fueron la ingesta con consciencia plena, la parodia del anuncio y las emociones con estilos de afrontamiento.

La mayoría de los grupos, independientemente de la condición perteneciente, indicaron agradecimiento en la privacidad de la toma de medidas antropométricas y refirieron que lo que cambiarían del programa sería la batería de instrumentos de evaluación, puesto que era demasiado larga y pesada.

Feedback de los profesores. Debido a la sobrecarga de temario escolar no pudimos reunirnos con todos los profesores. Asimismo, recibimos retroalimentaciones positivas en cuanto al grado de implicación extracurricular.

Feedback de los padres y/o tutores. Lamentablemente este punto ha sido poco explorado. No tenemos constancia de ningún incidente. Habría sido interesante introducirlos en más actividades y explorar razones del porqué no se obtuvieron consentimientos informados de algunos padres o tutores.

Un aspecto que consideramos oportuno destacar es que en la evaluación preguntábamos la formación y trabajo de los padres o tutores. Nos sorprendió la

cantidad de alumnos que no supieron contestar en la primera evaluación.

Aproximadamente más del 70% de los alumnos no sabían qué habían estudiado sus padres y hasta incluso, no sabían a que se dedicaban en la actualidad. Propusimos el reto de investigarlo, puesto que podrían inspirarse, aprender de ellos o conocer más acerca de sus progenitores.

En primer lugar, vivimos en una realidad con una enorme incertidumbre laboral. Según el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) la gran mayoría de los contratos son temporales, incluso de una duración menor a un mes.

En segundo lugar, es frecuente que los informes de Vida Laboral reflejen cambios constantes de ocupación.

Los puntos anteriormente mencionados se suelen vivir con vergüenza e inseguridad personal, más que como una señal de adaptación al contexto sociolaboral vigente y su contribución a la sociedad. Lo cual intuimos que afectó en la comunicación paternofamiliar.

No obtuvimos medidas objetivas, asimismo el grado de orgullo que percibimos en las siguientes evaluaciones cuando los alumnos nos indicaban que ya sabían a que se dedicaban sus padres o lo que habían estudiado fue algo remarcable.

Ruvalcaba-Romero et al. (2018) mostraron una gran variedad de beneficios que tiene tener una comunicación afectuosa entre padres e hijos.

