

DEPARTAMENT PERSONALITAT, AVALUACIÓ I
TRACTAMENT PSICOLÒGICS

UN TALLER DE PREVENCIÓ DE LOS TRASTORNOS DE
LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD
VALENCIANA

MERCEDES JORQUERA RODERO

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2009

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 3 de novembre de 2008 davant un tribunal format per:

- D^a. Amparo Belloch Fuster
- D^a. Cristina Botella Arbona
- D^a. Azucena García Palacios
- D. José Gutiérrez Maldonado
- D^a. Conxa Perpiñá Tordera

Va ser dirigida per:

D^a. Rosa M^a Baños Rivera

©Copyright: Servei de Publicacions
Mercedes Jorquera Roderó

Depòsit legal:

I.S.B.N.:978-84-370-7435-1

D.L.:V-1294-2009

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamientos Psicológicos

**UN TALLER DE PREVENCIÓ PER A LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

**Presentada por:
MERCEDES JORQUERA RODERO**

**Dirigida por:
Dra. ROSA M^a BAÑOS RIVERA**

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dirigirme a la Dr. Rosa Baños, mi directora de tesis y “compañera” a lo largo de todo este camino. Gracias por tu apoyo incondicional y por confiar en mí y en la posibilidad de que este trabajo pudiera salir adelante.

No me puedo olvidar, por supuesto, del equipo de PREVI, mis compañeros. Gracias a Vero, Helio, Cris Weddle, Carol, Cris Guillén, Chelo, Paco, etc., porque ellos también contribuyeron en la ardua labor de contactar con los colegios, realizar los talleres, corregir cuestionarios, etc. Gracias porque todos me disteis apoyo para continuar hacia adelante. Y gracias a PREVI, en general, porque me brindó la oportunidad de “transformar” este proyecto “preventivo”, labor específica de la propia empresa, en un trabajo de tesis.

Finalmente, he de mencionar a mi familia. Gracias a mi padre (que estoy segura, estará orgulloso de este trabajo), mi madre y mis hermanos que, desde el primer momento, han creído en mí y me han transmitido ilusión, seguridad y calma.

MUCHAS GRACIAS A TODOS:

Mercedes Jorquera

UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	10
1. Los trastornos alimentarios	10
1.1. Anorexia nerviosa	11
1.2. Bulimia nerviosa	14
1.3. Trastornos de la conducta alimentaria no especificado	17
1.4 Datos epidemiológicos	20
1.5. Curso	23
1.6. Comorbilidad	25
1.7. Complicaciones físicas	26
1.8. Diagnóstico diferencial	28
1.9. Factores determinantes del desarrollo de los trastornos alimentarios	29
2. Prevención en trastornos de la conducta alimentaria: Prevención primaria, secundaria y terciaria.	35
2.1. Prevención Primaria	37
2.2. Prevención Secundaria	41
2.3. Prevención Terciaria	43
3. Prevención primaria: Revisión de algunos programas dirigidos a la prevención de las alteraciones de la conducta alimentaria.	44

4. Un taller de Prevención para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la Comunidad Valenciana.	96
III. MARCO EXPERIMENTAL	104
INTRODUCCIÓN	104
A. PRIMERA FASE: Taller de prevención para chicos y chicas de secundaria y bachillerato	105
1. Objetivos e hipótesis	105
2. Método:	107
2.1. Muestra	107
2.2. Procedimiento	108
2.3. Instrumentos	112
2.3.1. Inventario de Esquemas acerca de la Apariencia (ASI)	112
2.3.2. Test de Actitudes hacia la Comida (EAT)	112
2.3.3. Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal	113
3. Análisis de los datos y resultados	114
3.1. Análisis de la muestra total	115
3.2. Análisis de las medidas en el grupo lista de espera	119
3.3. Análisis de las medidas en el grupo experimental: eficacia del taller	125
3.4. Grupo experimental: Diferencias entre población normal y subclínica	134
3.5. Conclusiones	137

B) SEGUNDA FASE: Taller de prevención para chicas de secundaria	142
1. Objetivos e hipótesis	142
2. Método:	143
2.1. Muestra	143
2.2. Procedimiento	144
2.3 instrumentos	148
2.3.1. Cuestionario Multidimensional sobre las Relaciones con el Propio Cuerpo –Escala de Apariencia- (MBSRQ-AS)	148
2.3.2. Test de Actitudes hacia la Comida (EAT)	149
2.3.3. Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal	149
3. Análisis de los datos y resultados:	149
3.1. Análisis realizados con el total de la muestra	149
3.2. Análisis de la eficacia del taller	156
3.3. Grupo experimental: Diferencias entre población normal y subclínica	170
3.4. Conclusiones	173
C) DATOS PSICOMÉTRICOS DE LOS INSTRUMENTOS	177
1. Datos psicométricos del EAT-26	177
2. Datos psicométricos del ASI	203
3. Datos psicométricos del CIMEC	221
a) Población masculina	221

4. Datos psicométricos del CIMEC	235
b) Población femenina	235
5. Datos psicométricos del MBSRQ-AS	248
IV. CONCLUSIONES GENERALES	275
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281
VI. ANEXO	307

I. INTRODUCCIÓN

El deseo por adelgazar o por mantenerse delgado se ha convertido en uno de los valores clave de nuestra cultura (Gismero, 1996). Es evidente que nos encontramos inmersos en una sociedad y en una cultura en las que existe una creciente preocupación por la apariencia física. Para comprobarlo, basta con echar un vistazo a los periódicos, revistas, suplementos dominicales, publicaciones científicas o de divulgación y diferentes programas y anuncios televisivos, donde la presencia de cuerpos exuberantes y “perfectos”, dietas “milagrosas” y demás productos de adelgazamiento, así como noticias sobre la, cada vez más alta, incidencia de los trastornos alimentarios, se ha convertido en la norma, más que en algo puntual y aislado.

En la sociedad actual, la delgadez mitificada significa el éxito, la seguridad, la belleza, estar en forma y ser aceptada socialmente. Cuidar el cuerpo se ha confundido con perder kilos, de manera que cualquier aumento de peso es considerado como algo perjudicial para la salud, una falta cuyo castigo se paga en el gimnasio (Gascón y Migallón, 2002).

Esta creciente preocupación por la delgadez está dando lugar a un incremento desorbitado de los problemas relacionados con la insatisfacción de la imagen corporal y, de forma más concreta y derivados de esa insatisfacción, de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Tal y como indica Rosa Calvo en su libro *“Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas”* (2002), “los países occidentales ya no pueden cerrar los ojos al fuerte incremento de la prevalencia de los trastornos alimentarios, a los efectos devastadores en la salud de quienes los padecen, a su tasa de cronicidad y a los costes sanitarios que implican sus tratamientos” (p. 361). Es evidente que nos encontramos ante un problema de salud grave, que no distingue entre sexo, ni edad, ni condición social. La idealización de la delgadez se ha infiltrado en personas de cualquier edad y, desde luego, no podemos negar la influencia que los medios de comunicación están ejerciendo en esa idealización con su culto a la delgadez y la emisión de publicidad insidiosa, proponiendo un cuerpo anormalmente delgado al que se le atribuye, cuando se consigue, la virtud de proporcionar todo lo que la sociedad anhela: belleza, éxito y control (Calvo, 2002).

Todo esto pone en evidencia la necesidad de intervenir, por una parte, con la intención de prevenir la aparición de los TCA, generando programas de prevención primaria que favorezcan la reducción de la vulnerabilidad de la población, ante los posibles factores de riesgo. De esta forma podremos influir en la incidencia de los TCA, disminuyendo su tasa de aparición. Y por otra parte, intervenir con la intención de detectarlos precozmente de manera que podamos garantizar, en mayor medida, el éxito terapéutico al disminuir el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Precisamente, este es el objetivo que se persigue en el presente trabajo, esto es, desarrollar un taller destinado a contribuir a la prevención de los TCA en la Comunidad Valenciana, así como en valorar la eficacia del mismo: en qué medida genera actitudes positivas en los adolescentes ante la alimentación y ante su apariencia física y, en qué medida nos proporciona información sobre los posibles factores socio - culturales que influyen en el desarrollo de dichas alteraciones.

La estructura que sigue este trabajo se inicia con una parte teórica, en la que se definen la Anorexia y la Bulimia Nerviosas, como alteraciones fundamentales de la conducta alimentaria. Continúa describiendo datos epidemiológicos, así como posibles factores de riesgo implicados en el desarrollo de estas alteraciones. El punto siguiente versa sobre los diferentes tipos de prevención (primaria, secundaria y terciaria), para centrarnos posteriormente en la prevención primaria y revisar algunos de los diferentes programas desarrollados a tal efecto, comentando con más detalle, los llevados a cabo en España. Tras esta revisión, procederemos a describir el Taller desarrollado por nuestro equipo, cerrando así la parte teórica.

La segunda parte del trabajo se centra en la aportación empírica, comenzando con una descripción detallada de los objetivos del trabajo; la descripción de la muestra; los instrumentos de evaluación empleados en el taller y el procedimiento seguido para la consecución de la muestra. Finalmente, se muestran los resultados obtenidos, las conclusiones y la discusión.

II. MARCO TEÓRICO

1. LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La anorexia y la bulimia nerviosas se definen como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y suponen alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida que repercuten sobre la salud de quienes los padecen (Calvo, 2002).

Clásicamente, los TCA se han reducido a dos diagnósticos principales: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Las principales clasificaciones psiquiátricas, es decir, la CIE-10 (OMS-1992) y el DSM-IV (APA-1994) conciben estos trastornos de forma parecida, aunque hay pequeñas diferencias. La primera diferencia es la distinta ubicación que los TCA tienen en cada una de las clasificaciones diagnósticas. Inicialmente la clasificación estadística de los trastornos mentales en su tercera edición (DSM-III, APA, 1980) y su revisión (DSM-III-R, APA, 1987) clasificaban estos cuadros dentro de los Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, junto con otras anomalías de la alimentación en la primera infancia, como es la pica, trastorno por rumiación, etc. Conforme se han ido investigando y conociendo más, estos trastornos han salido de esta categoría diagnóstica, estando desde el DSM-IV (APA, 1994) en una categoría propia, situada entre los Trastornos Sexuales y los Trastornos del Sueño.

Por su parte, en la CIE-10 (OMS, 1992,) los TCA están incluidos en el apartado Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos. En esta categoría se encuentra junto con los TCA, la Disfunción Sexual no orgánica, Trastornos no orgánicos del sueño, Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio y Abuso de sustancias que no producen dependencia. Su ubicación en este “cajón de sastre” dice mucho acerca del conocimiento que se tenía sobre la etiología de estos trastornos.

En el DSM-IV (APA, 1994), o más recientemente en su última revisión DSM-IV-TR (APA, 2002), aunque no muestra ninguna diferencia con respecto a la edición de 1994, se recogen dos entidades diagnósticas principales que son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Estas entidades, a su vez, presentan dos subtipos cada una. La AN puede ser de *tipo restrictivo* o

de *tipo purgativo/compulsivo* en función de la presencia o no de los atracones y purgas. Por su parte la BN presenta los subtipos *purgativo y no purgativo*, en función de la utilización del vómito y los laxantes como método de compensar los atracones. Finalmente, el DSM incluye el término de “Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado” para referirse a los TCA que no cumplen los criterios para ningún TCA específico.

La CIE-10 (OMS-1992), por su parte, presenta los siguientes diagnósticos: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Esta clasificación añade el término de Atípicas cuando a estos cuadros les faltan una o más de las características principales, pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico y definido. Esta clasificación no contempla subtipos de los principales diagnósticos y, a diferencia del DSM-IV, esta clasificación reconoce el Trastorno por Atracón como entidad diagnóstica dentro del mismo apartado en el que se encuentra la AN y BN: la Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. Otros diagnósticos que contempla son Vómitos en otras alteraciones psicológicas y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

A continuación, pasamos a definir cada una de estas alteraciones, considerando los criterios diagnósticos de ambos sistemas de clasificación.

1.1. ANOREXIA NERVIOSA

Anorexia quiere decir literalmente falta de apetito y es un término habitual para designar un síntoma típico en otros trastornos y enfermedades como la depresión. Sin embargo, cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona restringe su comida o la elimina con conductas de purga, para conseguir un peso muy por debajo de lo que corresponde a su sexo y edad.

La primera descripción clínica realizada de manera sistemática sobre la anorexia nerviosa se atribuye a Richard Morton quien, en 1689, describió un conjunto de síntomas que denominó “ptisis nerviosa” los cuales coinciden con la anorexia nerviosa actual. En 1868, el internista inglés Sir William Withey Gull le da el nombre de “apepsia histérica” y publica en *Lancet* un artículo sobre la importancia de realizar un diagnóstico diferencial y buscar todas las explicaciones causales alternativas a los síntomas que se veían en el enfermo;

ya en 1874 acuña la expresión de “anorexia nerviosa”. En la misma época, y casi de forma simultánea, el neurólogo francés Ernest Charles Lasègue publica “De l’anorexie hysterique”, un artículo que describe el trastorno tal y como lo conocemos en la actualidad. Tanto Gull como Lasègue creían que se trataba de una enfermedad de origen psicológico. Todavía a finales del siglo XIX se creía que era una enfermedad del ánimo, una melancolía según Freud. En 1914, el patólogo alemán Simmonds indica que la anorexia se debe a una alteración orgánica situada en la hipófisis, hipótesis que se refuta unos años más tarde cuando Sheehan y Summers, en 1947, afirman que el síndrome descrito por Simmonds y la anorexia sólo compartían dos síntomas: la amenorrea y un metabolismo alterado. Leibbrand (1939), tal y como publica en su ensayo “*El bastón divino de Esculapio*”, fue uno de los primeros autores en considerar como causa fundamental de la anorexia nerviosa los problemas del desarrollo, el miedo a convertirse en adulto, el refugio en una infancia imaginaria y el empleo del ayuno como forma de detener el desarrollo. En 1973, Hide Bruch describe de manera más específica la dinámica psíquica de la anorexia, señalando como características esenciales del trastorno la distorsión en la percepción de la imagen corporal, la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos y un sentimiento general de ineficacia personal. Tras la Segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos de la conducta alimentaria con figuras tan destacadas como Hide Bruch, Arthur Crisp, Gerad Rusell, Mara Selvini Palazolli, Salvador Minuchin, Paul E. Garfinkel y David M. Garner o Walter Vandereycken (Ruiz, 1999).

En la actualidad, los criterios diagnósticos que determinen la existencia de una anorexia nerviosa, establecidos por los dos principales sistemas de clasificación de los trastornos mentales (APA, DSM-IV- TR y OMS, CIE-10), los podemos observar en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR.

- A.** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p.ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B.** Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.** Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.** En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).

Subtipos:

Tipo restrictivo: Caracterizado por cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No se recurre a atracones ni a purgas.

Tipo Compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tabla 2. Criterios diagnósticos del CIE-10

<p>A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.</p> <p>B. La pérdida de peso es autoinducida mediante:</p> <ul style="list-style-type: none">La evitación de alimentos “que engordan”Vómitos autoprovocadosPurgas intestinales autoprovocadasEjercicio físico excesivoConsumo de fármacos anorexígenos o diuréticos. <p>C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.</p> <p>D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras anticonceptivas).</p> <p>E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso se detiene el crecimiento.</p>

1.2. BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa es el otro trastorno alimentario por excelencia. Aunque no se define de manera oficial hasta los años setenta, no es una alteración nueva, sino que se diagnostica, aunque con otro término, por primera vez en el año 1398 por Trevisa. Siglos más tarde, James (1743) describe un conjunto de síntomas que define como “boulimus” y “caninus appetitus”. Con estos términos se refería a ataques repetidos de apetito insaciable con exagerada ingesta de alimentos y crisis lipotímicas tras el atracón. En 1831 Hooper diferencia tres tipos de bulimia: puro exceso alimentario, atracón seguido de vómito y crisis alimentaria asociada con fenómenos de pérdida de conciencia. Ya en el siglo XX, a lo largo de la década de los treinta y de manera más frecuente tras la Segunda Guerra Mundial, se encuentran los primeros casos que se aproximan a los modernos criterios diagnósticos de bulimia nerviosa.

En la década de los setenta aparecen descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones, y finalmente, en 1979, el profesor Gerard Russell publica su artículo "*Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa*". En este momento la bulimia es reconocida como una entidad clínica con ese nombre universalmente aceptado (Ruiz, 1999).

El término bulimia significa "hambre desmesurada" por lo que de alguna forma expresa una de las características más relevantes del problema: el consumo de grandes cantidades de comida en un período limitado de tiempo. Sin embargo, esta ingesta desmesurada de comida no es exclusiva de la bulimia nerviosa, sino que también es un síntoma de otras alteraciones alimentarias, como la pica y el trastorno por atracón. En el trastorno de pica, los pacientes ingieren grandes cantidades de comida pero también ingieren objetos u otras sustancias como tierra, cal de las paredes, etc. Los pacientes que sufren un trastorno por atracón o comen de manera compulsiva también consumen grandes cantidades de comida, pero no realizan ninguna conducta compensatoria para eliminar el exceso. Sin embargo, las pacientes diagnosticadas con una bulimia nerviosa, además de presentar atracones, tienen que llevar a cabo conductas de purga.

El hecho de comer de forma descontrolada, característico de la bulimia nerviosa, no siempre está provocado por el hambre que la persona pasa por haber reducido su dieta para conseguir la silueta deseada. Sino que, en muchas ocasiones, nos encontramos ante pacientes que presentan un comer emocional, de manera que la comida cumple un papel esencial en la resolución de los problemas emocionales y existenciales de las pacientes (Calvo, 2002).

Ateniéndonos a la clasificación de la APA y de la OMS, los criterios que una persona debe reunir para recibir un diagnóstico de bulimia nerviosa se presentan en las tablas 3 y 4.

Tabla 3. Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR

- A.** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B.** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio físico excesivo.
- C.** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- D.** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tabla 4. Criterios Diagnósticos de la CIE-10

<p>A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos cortos de tiempo.</p> <p>B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.</p> <p>C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:</p> <p style="padding-left: 40px;">Vómito autoprovocado.</p> <p style="padding-left: 40px;">Abuso de laxantes.</p> <p style="padding-left: 40px;">Períodos de ayuno.</p> <p style="padding-left: 40px;">Consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.</p> <p>D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de miedo a la obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).</p>

1.3. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Como podemos comprobar, si nos atenemos a los criterios internacionales de clasificación, son muchos los signos y síntomas que una persona debe presentar para poder recibir un diagnóstico concreto de TCA. Sin embargo, en la práctica clínica diaria observamos que muchos pacientes no siempre reúnen todas las características descritas, y esto no significa que no presente una alteración alimentaria que requiera tratamiento. Cuando nos encontramos ante estos casos en los que se cumplen varios criterios, pero no todos, se dice que la persona sufre un síndrome parcial, denominado Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). Situaciones comunes en las que se diagnostica un TCANE se presentan en la tabla 5.

Tabla 5: Situaciones comunes en las que se diagnostica un TCANE

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para AN, pero la menstruación es regular.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comidos dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típica de la BN.

Aunque los TCANE podrían interpretarse como un TA con una menor relevancia clínica, lo cierto es que suelen ser pacientes con un cuadro clínico tan complicado y grave como el que presentan las pacientes con los dos principales diagnósticos.

Dentro de los TCANE, el DSM-IV-TR incluye el Trastorno por Atracón, denominado “Hiperfagia” en otras alteraciones psicológicas en la CIE-10. En el DSM-IV se clasificó por primera vez en el apartado de “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”. Por su parte, la CIE-10 lo engloba en la misma categoría donde se encuentra la Anorexia y la Bulimia Nerviosa. A continuación se detallan los criterios del Trastorno por atracón y de la Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas, en las Tabla 6 y 7, respectivamente.

Tabla 6 Criterios del DSM-IV. Trastorno por atracón.

- A.** Presencia de recurrentes atracones. Un atracón se caracteriza por:
- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B.** Estos episodios de atracón están asociados a tres o más de los siguientes síntomas :
- Ingesta mucho más rápida de lo normal.
 - Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 - Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 - Comer a solas para esconder su voracidad.
 - Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C.** Todos estos atracones son recordados con profundo malestar y con gran angustia.
- D.** La ingesta voraz ocurre, como promedio, al menos dos veces a la semana, durante un periodo de 6 meses.
- E.** Para que una persona pueda ser diagnosticada del Trastorno por Atracón, ésta no debe cumplir los criterios para la BN y no abusar de pastillas de dietas, con la intención de evitar ganar peso.

Tabla 7. Criterios de la CIE-10. Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

- Es la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva.
- La obesidad puede hacer que el enfermo se siente muy sensibilizado a cerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales.
- Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales.

1.4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En la actualidad, los TCA constituyen un problema de gran relevancia social, que afecta especialmente a mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Peláez, Labrador y Raich, 2005). En esta población se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA a lo largo de las tres últimas décadas, aceptándose un porcentaje de 0.5-1% de Anorexia Nerviosa (AN), de 1-3% de Bulimia Nerviosa (BN) y de aproximadamente un 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificado (TCANE), según el protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (Insalud, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek, 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2007). Estas fuentes y otras también recientes (Rodríguez, Beato y Belmonte, 2005) establecen una ratio de prevalencia de TCA de uno a diez en varones respecto a mujeres.

La AN suele acontecer al final de la etapa puberal (13 – 14 años), con picos de incidencia a los 15 – 18, cayendo posteriormente y siendo menos frecuentes las formas que se inician más allá de los 20 – 22 años (Lechuga, Caro y Guerra, 2000). También pueden verse casos de inicio más temprano (Atkins y Silber, 1993), durante el inicio del desarrollo puberal (Foster, 1992; Melve, Barheim, 1994).

En cuanto a la BN, la edad de aparición suele ser el final de la adolescencia y principio de la edad adulta. Las formas subclínicas podrían aumentar su prevalencia hasta el 5% del total de la población de adolescentes en edades comprendidas entre los 14 y 22 años (De Azevedo y Ferreira, 1992; Lucas, Beard, O'Fallon, 1991).

En España se han realizado diferentes estudios epidemiológicos que han sido compilados por Ruiz- Lázaro (2002), quien concluye que el impacto de los TCA en nuestro país es semejante al ocurrido en otras sociedades desarrolladas (Europa occidental y Norteamérica) (APA, 2000; Guerrero – Prado, Barjau, Chinchilla, 2001; Hoeken, Lucas, Hoeck, 1998; Lázaro, 1999; Ruiz – Lázaro, 2001; Turón, 1997; Van Abraham, Llewellyn – Jones, 2001). Asimismo, los diferentes estudios revelan que las adolescentes españolas presentan una alta preocupación por adelgazar. Utilizando el EAT como medida de evaluación¹, Toro et al. (1989) encontraron que, del total de la muestra estudiada, el 9.8% de las chicas con edades comprendidas entre 12 y 19 años, superaron el punto de corte “patológico”. Por su parte Raich et al. (1991) encontraron en un estudio realizado en ocho ciudades de Cataluña con una muestra de adolescentes entre 14 y 17 años, que el 7.3% de las chicas obtuvieron una puntuación en el EAT igual o mayor a 34. Carbajo, Canals, Fernández y Doménech (1995) observaron que el 12.4% de las mujeres superaba el punto de corte del EAT (igual o mayor de 30). Morandé, Carrera y Rodríguez (1990) realizaron un estudio entre los años 1985 y 1987 en población escolar adolescente, encontrando que el 11.6% de las chicas presentaban un alto riesgo de TCA. Años más tarde se repitió el estudio (Morandé, Casas y Celada, 1993 – 1994) y la cifra se incrementó a un 17.36% de las chicas como población de riesgo. En Zaragoza, el equipo de Ruiz –

¹ Para la versión de 40 ítems del EAT, la puntuación de corte está establecida en una puntuación igual a 30 (Garner y Garfinkel, 1979), mientras que para la versión breve (EAT-26), el punto de corte está establecido en una puntuación de 20 (Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982). De esta forma, una persona cuya puntuación en el test sea igual o superior a 30/20 (dependiendo de la versión que estemos empleando), necesitará ser entrevistado por un profesional cualificado para determinar si esa persona reúne los criterios diagnósticos para un trastorno alimentario (Dotti y Lazzari, 1998; Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling, 1990).

Lázaro (1998) también encontró cifras muy significativas en cuanto a la población femenina adolescente que presenta un alto riesgo de TCA (16.32%).

En relación a datos concretos sobre prevalencia de TCA en nuestro país, Gual (1999) encontró en un estudio realizado con población juvenil de Navarra que la prevalencia de la AN era del 0.36%, y para la bulimia era de un 0.7%. En cuanto al TCANE, los estudios epidemiológicos realizados en España nos muestran una prevalencia del 3.07% (Gual, 1999). En la Comunidad Valenciana encontramos datos más recientes en un estudio realizado por Rojo, Livianos, Conesa, García, Domínguez, Rodrigo, Sanjuán y Vila (2003). Estos autores encuentran que la tasa global de morbilidad para esta población es de 2.91%, aumentando a 5.17% cuando dividimos la muestra en función del sexo (quedando sólo 0.77% de varones). Si nos centramos en el diagnóstico, la prevalencia de AN en mujeres fue de 0.45% y de BN de 0.41%, para los casos de TCA no especificado la prevalencia para las mujeres fue de 4.71%.

Datos muy similares a los obtenidos por Rojo et al. (2003) en la Comunidad Valenciana, son los hallados por Rodríguez et al. (2005) en Ciudad Real. Según estos autores, el índice de prevalencia encontrado en la muestra estudiada (N =1766) fue de 3.71% con una ratio de 10:1, esto es 6.4% fueron chicas y 0.6%, chicos. En cuanto al diagnóstico, un 0.1% de los adolescentes estudiados sufrían de anorexia nerviosa (lo que significó un 0.17% de las mujeres); 0.75% (1.35% de las chicas) fueron diagnosticados de bulimia nerviosa y, finalmente, un 2.88% fueron diagnosticados de TCA no especificado (4.86% de las chicas y 0.6% de los chicos).

Finalmente, en un estudio mucho más reciente (Peláez et al., 2007) llevado a cabo también en España, se encontró una prevalencia de TCA del 5.34% en mujeres y de 0.64% en hombres. Con relación a los diferentes diagnósticos, la prevalencia para anorexia nerviosa fue del 0.33% de las mujeres, para bulimia un 2.29% para mujeres y de 0.16 para hombres y, finalmente, para el TCA no especificado fue, en el caso de las mujeres, de un 2.72% y de un 0.48% en los hombres.

La revisión de todos estos datos nos hace concluir que el impacto de los TCA es bastante notable y parece que va en aumento, siendo la población adolescente femenina el grupo de mayor riesgo. Asimismo, podríamos decir que los TCA constituyen una enfermedad propia de los países industrializados

con un alto poder adquisitivo, aunque cada vez se va observando un desplazamiento hacia las clases más bajas (Garfinkel y Garner, 1982).

1.5. CURSO

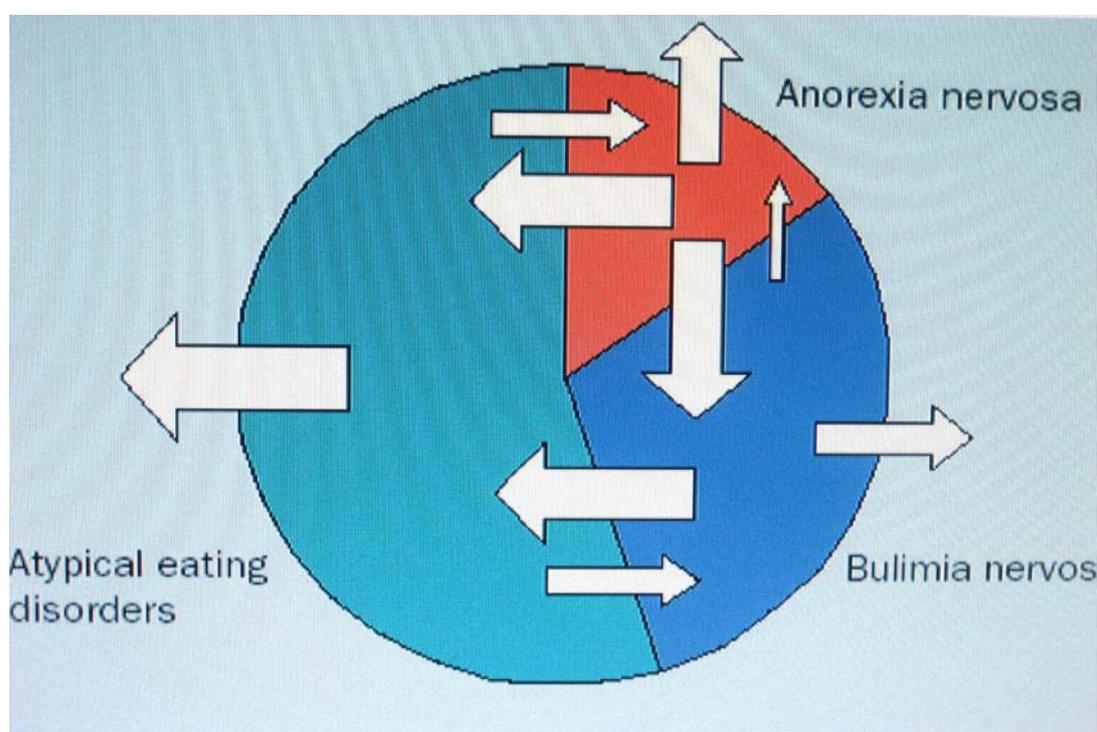
La anorexia nerviosa se acompaña de una serie de complicaciones adicionales tanto de morbilidad como de mortalidad. Si no se produce una intervención o ésta no resulta efectiva, la paciente sigue un curso de progresiva desnutrición que puede desembocar en estados caquéticos con pérdidas ponderales del 50% de su peso (Perpiñá, 1995), en otros casos su peso puede estabilizarse en porcentajes inferiores al 20 - 25% (Sánchez-Planell, 1993). Por lo general, el curso de la enfermedad es variable: algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas es aproximadamente del 10%. La muerte se produce fundamentalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (APA, 1994; Nielsen, Moller-Madsen, Isager, Jorgensen, Pagsberg y Theander, 1998). Los factores que van a determinar, en gran medida, un pronóstico favorable tienen que ver con la edad de inicio (temprana) y los años de evolución del problema (corta historia de evolución), mientras que una larga historia, grave pérdida de peso y la presencia de atracones y vómitos, empeoran el pronóstico (Steinhausen, 2002).

La bulimia nerviosa se suele iniciar al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. La edad media de las pacientes bulímicas está alrededor de los 24 años, con una edad de inicio promedio de 11 a 18 años, pero puede afectar tanto a niñas más jóvenes de 11 años (Pyle, Mitchel y Eckert, 1981), como a mujeres de hasta 40 años (APA, 1994). Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. En muchas ocasiones, después de un episodio de anorexia nerviosa, se pasa a un episodio de bulimia nerviosa, aunque también puede ocurrir lo contrario (Sullivan, Bulik, Carter, Gendall y Joyce, 1996). El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con períodos de atracones (Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor, 2000).

Por otra parte, poco se conoce acerca del curso de alteraciones alimentarias atípicas (como por ejemplo el trastorno por atracón), aunque

hallazgos obtenidos en un pequeño estudio indican que el trastorno alimentario persiste en la mayoría de los casos y, en al menos la mitad, desemboca en una anorexia o en una bulimia nerviosas (Hoek, 1993). En la figura 1 se muestran las principales migraciones que se producen entre las diferentes categorías diagnósticas alimentarias (figura tomada de Fairburn y Harrison, 2003).

Figura 1: Representación esquemática del movimiento temporal entre trastornos alimentarios. El tamaño de la flecha indica la probabilidad de movimiento en la dirección mostrada, y las flechas que apuntan fuera del círculo indican recuperación.



En un estudio realizado por Fairburn y su equipo (Fairburn et al., 2000) centrado en analizar, entre otros aspectos, el curso evolutivo, a lo largo de 5 años, de la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón, encontraron que la bulimia tenía peor pronóstico que el trastorno por atracón. Los autores observaron que mientras una minoría (15%) de la muestra seguía reuniendo criterios diagnósticos para la bulimia a los 5 años de seguimiento, entre la mitad y dos tercios mostraban un trastorno alimentario de gravedad clínica.

Asimismo, observaron fluctuaciones considerables entre los pacientes con bulimia comprobando que, cada año, alrededor de un tercio de la muestra remitía y un tercio adicional, recaía. Estos cambios no se observaron en el grupo de trastorno por atracón. Con estos hallazgos los autores concluyen que el diagnóstico de bulimia nerviosa implica un pronóstico relativamente negativo, pero no ocurre lo mismo con el trastorno por atracón. A diferencia de lo que ocurre en la anorexia y bulimia nerviosas, el trastorno por atracón puede considerarse un “estado inestable” que tiende a remitir (Fairburn et al., 2000).

1.6. COMORBILIDAD

Los trastornos alimentarios no suelen aparecer de forma aislada, sino que frecuentemente se asocian a otras patologías. Braun, Sunday y Haimi (1994), utilizando los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) en 105 pacientes con TCA, encontraron que el 81.9% de los sujetos tenían además del TCA, otro diagnóstico del Eje I de dicho manual. Los diagnósticos más comunes eran: trastornos de ansiedad, depresión, alteración de la personalidad y abuso de sustancias (principalmente drogas inhibidoras del apetito y ansiolíticos). Además se observó que las pacientes con anorexia restrictiva, en general, desarrollaban primero el TCA y posteriormente otro de los anteriormente citados (Mateos y Solano, 1999).

En este sentido, diferentes estudios muestran que la Depresión Mayor es el trastorno más frecuente, ya que aparece en el 40% de los casos (Braun y cols. 1994), seguido de la Distimia con un 32% (Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple y Cohen, 1991).

La prevalencia de los Trastornos de Ansiedad a lo largo de la vida de las pacientes con AN es del 60%, siendo el Trastorno por Ansiedad Generalizada el más frecuente (36.8%), seguido del Trastorno de Pánico (20%) y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (16%) (Bulick, Sullivan, Fear, y Pickering, 1997). También se han observado síntomas característicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, como puede ser la preocupación obsesiva con la comida, y los hábitos de coleccionar recetas de cocina o almacenar alimentos. Por otra parte, la presencia de, al menos, un trastorno de personalidad en la AN, se presenta del 23% al 80%. Los trastornos de personalidad por Evitación,

Dependiente, y Obsesivo-Compulsivo son los más frecuentes (30%) (Johnson y Wonderlich, 1992).

La BN viene acompañada frecuentemente de sintomatología depresiva: tristeza, culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, ansiedad, baja autoestima, alteración del sueño, abuso de sustancias e ideación autolítica (Carroll y Leon, 1981; Johnson y Larson, 1982; Pyle, Mitchell y Eckert, 1981; Thomas y Vallejo, 1997; Russell, 1979).

En lo que se refiere a la comorbilidad con los trastornos del eje II, los trastornos del cluster B (histriónico, límite, narcisista y antisocial) son los más frecuentes en la BN, con una prevalencia del 25% (Álvarez, 1997).

1.7. COMPLICACIONES FÍSICAS

Los TCA constituyen uno de los cuadros psicopatológicos que conllevan una mayor cantidad de alteraciones a nivel orgánico. Las actitudes hacia el cuerpo, la insatisfacción corporal y las creencias disfuncionales que presentan las pacientes con trastornos alimentarios, les conducen a realizar una serie de comportamientos anómalos que provocan graves consecuencias físicas (Pomeroy, Mitchell, Roering y Crow, 2002).

Lo primero que se aprecia en una paciente anoréxica es su extremada delgadez, desnutrición, piel seca y fría. El cabello está lacio y frágil y las uñas quebradizas (Sharp y Freeman, 1993; Turón, 1997). Los efectos de la demacración se manifiestan en una amplia gama de signos y síntomas que se muestran en la Tabla 8.

En el caso de la BN, las complicaciones físicas provienen, fundamentalmente, de los desajustes en los patrones de alimentación, los vómitos, abuso de laxantes, diuréticos, etc. (Mitchell, Hatsukami, Pyle, Eckert y Lentz, 1983).

Tabla 8. Complicaciones médicas de los trastornos alimentarios. (Toro, 1987; Turón, 1997).

<u>Signos vitales</u>	Bradycardia Hipotensión Hipotermia
<u>Sistema nervioso central</u>	Atrofia cerebral generalizada Atrofia cerebral localizada
<u>Corazón</u>	Edema periférico Prolapso de la válvula mitral Disminución del tamaño del corazón Adelgazamiento de las paredes ventriculares Derrame pericardio Menor respuesta ante el ejercicio Síndrome de la arteria mesentérica superior
<u>Riñón</u>	Formación de cálculos. Infecciones urinarias Disminución del filtrado glomerular
<u>Sistema Hematológico</u>	Anemia Leucopenia Hipofunción medular
<u>Aparato digestivo</u>	Vaciado gástrico lento Vaciado gástrico incompleto Estreñimiento Dolor abdominal Vómitos Dilatación gástrica
<u>Sistema metabólico</u>	Hipercolesterolemia Depleción de los niveles de potasio Hipoglucemia Aumento de las enzimas hepáticas
<u>Sistema endocrino</u>	Disminución de la hormona luteinizante Disminución de estrógenos
<u>Otras complicaciones</u>	Crisis tetánicas Hipertrofia de la glándula parótida Osteoporosis Arritmias cardíacas

1.8. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con enfermedades orgánicas que también tienen pérdida de peso, como:

- Enfermedades gastrointestinales, como los síndromes de mala absorción intestinal (síndromes debidos a una mala absorción de nutrientes en el intestino delgado y que suelen ir acompañados de pérdida de peso), que no siempre cursan con diarrea.
- Enfermedades endocrinas, como el hipertiroidismo donde hay una bajada de peso importante.
- Un tumor cerebral puede llevar a confusión, por la pérdida de peso y los vómitos.
- La diabetes melitus, la neoplasia y la tirotoxicosis
- Infecciones, como la tuberculosis y el VIH.
- Enfermedades del tejido conectivo.

También se debe hacer el diagnóstico diferencial con trastornos psiquiátricos, siendo uno de ellos la depresión. En el trastorno depresivo mayor hay muchos síntomas que podrían hacernos pensar en un trastorno alimentario: puede haber una pérdida de peso importante, episodios de comer en exceso, vómitos autoprovocados, problemas de concentración, problemas de sueño, etc. Sin embargo, en la depresión no hay un rechazo patológico a engordar, ni hay problemas específicos de imagen corporal. En el trastorno obsesivo-compulsivo, puede desarrollarse una evitación a los alimentos (por temor a que estén contaminados) y rituales en torno a ellos (dirigidos a su purificación). En determinados trastornos psicóticos, se pueden presentar patrones extraños de alimentación a consecuencia, por ejemplo, de delirios sobre el envenenamiento de la comida. En los trastornos de conversión pueden aparecer síntomas comunes de AN y BN (pérdida de apetito, pérdida de peso), siendo el vómito psicógeno el que puede causar más confusión, pero en ninguno de ellos se tiene la finalidad de reducir peso y de sentirse mejor con su cuerpo. También hay que diferenciar aquellos patrones anómalos de alimentación que

se producen en las fobias sociales en las que se tiene miedo a comer en público, pero por temor a atragantarse o vomitar (Perpiñá, 1999).

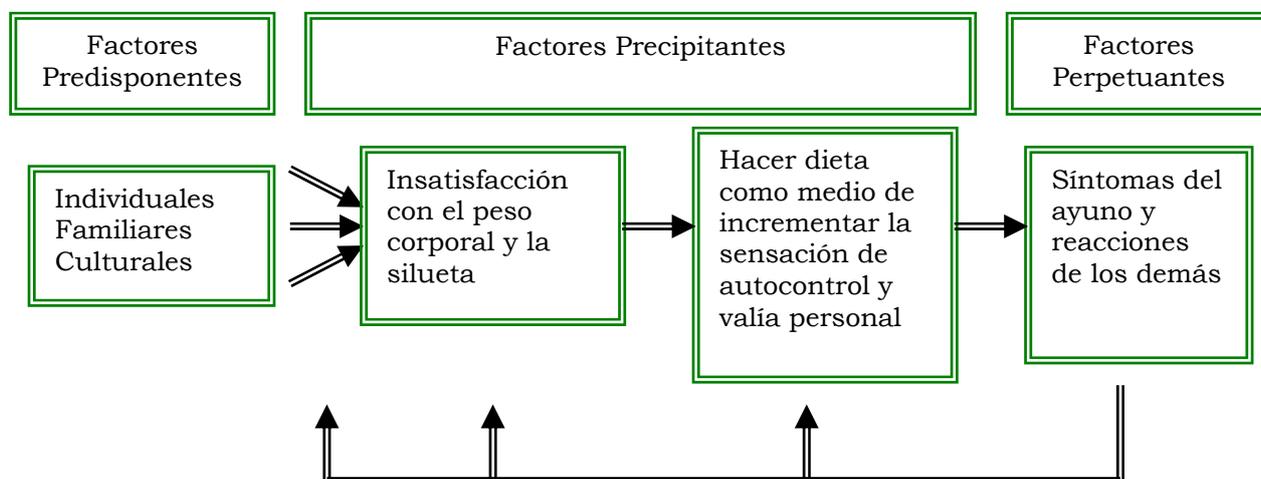
En resumen, tal y como proponen varios autores (Cash y Hrabosky, 2004; Perpiñá, 1995, 1999) la característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con signos semejantes, radica precisamente en la idea sobrevalorada de adelgazar que sólo se da en los primeros. En su evaluación es, por tanto, esencial averiguar la motivación, el propósito, que hay detrás de la pérdida de peso y de los patrones de alimentación anómalos.

1.9. FACTORES DETERMINANTES DEL DESARROLLO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Actualmente se sabe que no existe un único factor causal en el desarrollo de los TCA, sino que es la combinación e intensidad de varios lo que determina que una persona desarrolle la patología. La comorbilidad con otros trastornos psíquicos y físicos, los problemas sociales, familiares y de relación y la influencia de los mensajes dirigidos a la infancia y a la adolescencia, se sitúan entre los posibles desencadenantes, aisladamente o asociados entre sí, de un TCA.

La forma más realista de entender la complejidad de los TCA es adoptar una perspectiva multidimensional de los mismos, considerándolos como el producto final de un conjunto de fuerzas que interactúan entre sí. Los factores que participan en el origen y desarrollo de estos trastornos se han agrupado en dos categorías básicas: factores predisponentes y factores desencadenantes o precipitantes. Los primeros hacen referencia a los factores que contribuyen a generar una vulnerabilidad en la persona a padecer un TCA, mientras que los factores desencadenantes se refieren a aquellas situaciones de estrés que inducen a la aparición del trastorno en un momento dado. Finalmente, una vez que el problema está instaurado, reciben el nombre de factores perpetuantes o de mantenimiento aquellos que, permaneciendo incambiables, prolongan la duración del trastorno o interfieren en el proceso de recuperación (ver Figura 1).

Figura 1. Los TCA como alteraciones multideterminadas (Garner, 1993)



Independientemente del modelo etiológico empleado para explicar la génesis de un TCA, se considera que el antecedente más importante que explica su desarrollo es haber tomado la firme decisión de hacer dieta, con el propósito de modificar la apariencia y sentirse bien (Calvo, 2002).

Hemos de indicar que la revisión exhaustiva de los modelos explicativos de los TCA excede el objetivo de este trabajo, por lo que sólo haremos un resumen, incluyendo el esquema propuesto por Garner (1993) dentro de su modelo explicativo.

Entre los **factores predisponentes** destacan los factores individuales, familiares y culturales.

Al mencionar los **factores individuales** nos estamos refiriendo a la predisposición que la persona presenta debida a la conjunción de factores hereditarios, variables temperamentales y la influencia de la educación social y el entorno familiar. La genética puede hacer a la persona susceptible de padecer un TCA, tal y como parecen indicar los datos obtenidos en estudios realizados con hermanas anoréxicas y con gemelas (Ades 1999; Garfinkel y Garner, 1982; Holland, Hall, Murray, Russel y Crips, 1984; Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1991; Kipman, Gorwood, Mouren-Simeoni, Klump, McGue, Iacono, 2000; Nowlin, 1983; Shepank, 1981; Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye, 2000). En estudios con muestras clínicas de gemelas se ha

encontrado una concordancia de alrededor del 55% para la anorexia nerviosa en gemelas monocigóticas y de un 5% para las dicigóticas; las cifras correspondientes para la bulimia son de un 35% y un 30% respectivamente (Treasure y Holland, 1989). A pesar de conocer estos datos, todavía no se puede afirmar en qué medida los factores genéticos contribuyen al desarrollo de la anorexia (Kortegaard, Hoerder, Joergensen, Gillberg y Kyvik, 2001; Wade, Bulik, Neale y Kendler, 2000) o de la bulimia nerviosa (Bulik, Sullivan y Kendler, 1998; Kortegaard et al., 2001). En este sentido, resulta difícil aceptar la genética como único o principal factor, sino que parece necesaria la confluencia de otros factores, tal y como se explica desde el enfoque “biopsicosocial” (Polivy y Herman, 2002). En este sentido, el cuadro anoréxico suele iniciarse y desarrollarse dentro de un medio y unos mensajes psicosociales bastante concretos (Toro y Vilardell, 1987). Otra posibilidad sería que la determinación genética actuara sobre el área de la personalidad. En este sentido, el exceso de control afectivo, conductual y cognitivo expresados a través de una mayor autodisciplina y un mayor control de la expresividad emocional, caracteriza a las pacientes restrictivas en comparación con las bulímicas que presentan mayor facilidad social y posibilidad de apertura a experiencias nuevas (Kirszman y Salgueiro, 2002). Por otra parte, suelen tener dificultades en la relación con sus compañeros; la mayor parte de estos pacientes tiene graves problemas de auto-estima (Fairburn, Cooper, Doll y Welch, 1999; Geller, Johnston, Madsen, Goldner, Remick, Birmingham, 1998; Toro, 2000), una importante falta de confianza en sus propias capacidades y están muy preocupados por la opinión que los demás tengan de ellos (Beumont, 1995, Cooper, Wells y Todd, 2004). Otro factor predisponente es el tener una historia de críticas, burlas y situaciones negativas relacionadas con el cuerpo, lo que les lleva a formarse unas actitudes negativas y creencias disfuncionales sobre su cuerpo (Connors, 1996; Cooper et al., 2004; Fairburn et al., 1999; Rosen, 1990).

En relación a los **factores familiares**, los estudios que han analizado la estructura familiar de estas pacientes señalan la presencia de ambientes sobreprotectores que dificultan el proceso de adquisición de la autonomía, la independencia, la separación y la identidad individual (Minuchin, Rosman, Baker, 1978; Selvini-Palazzoli, 1974; Selvini-Palazzoni, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; Shoebridge y Gowers, 2000). También suele ser habitual la preocupación excesiva por la apariencia, la auto-valoría, el éxito personal y el

perfeccionismo, dentro, todo ello, de un clima muy competitivo (Polivy y Herman, 2002; Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991). Otros factores familiares que son predisponentes para padecer un TCA son la existencia de familiares que sufren la patología, problemas de depresión, el consumo excesivo de alcohol, malos tratos u obesidad en alguno de los progenitores (Fairburn et al., 1999; Fairburn, Welch, Doll, Davies y O'Connor, 1997; Toro y Vilardell, 1987).

Por lo que se refiere a los **factores socio culturales**, comentar que nos encontramos inmersos en una cultura en la que se ha igualado la delgadez a éxito profesional, belleza, juventud, buena salud y fuerza de voluntad (Calvo, 2002). Los mensajes que transmiten los medios de comunicación ensalzan como valor principal el aspecto físico e invitan al adelgazamiento (Toro y Vilardell, 1987), estigmatizando la obesidad o todo lo que no sea permanecer en estos cánones de belleza, asistiendo a lo que Vandereycken (1993) denominó como sociedad "lipofóbica". Para una gran parte de las mujeres, estos cánones de belleza son difíciles de alcanzar, por lo que al compararse con esos modelos de belleza, se llega a la conclusión de que su cuerpo no es el adecuado, lo que se traduce en insatisfacción y actitudes negativas hacia su cuerpo (Ballester, De Gracia, Patino, Suñol, Ferrer, 2002; Martin y Kennedy, 1993, 1994; Sherwood y Neumark-Sztainer, 2001;). Ante esta situación, en la que el culto al cuerpo se ha convertido en un fenómeno social, se encuentran los adolescentes, el grupo de mayor riesgo de sufrir un TCA. Justo en el momento de la adolescencia se producen múltiples cambios fisiológicos y psicológicos (Fairburn et al, 1997, 1999; Toro y Vilardell, 1987), como consecuencia de la maduración sexual. Asimismo estos chicos y chicas adolescentes están aprendiendo su propia identidad que se está forjando a través de la experiencia y de los rendimientos personales, las consecuencias de los propios actos y la aprobación y desaprobación de los demás (Toro y Vilardell, 1987). Estos adolescentes, que por su edad tienen una imagen corporal aún poco definida e inestable, son muy sensibles a la manipulación y proclives a definirse comparando su apariencia física con la de otros y no poseen los recursos psíquicos necesarios para defenderse de las ficciones publicitarias (Calvo, 2002).

En este sentido, podemos comprobar que el contexto social constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un TCA. Hemos estado hablando de los adolescentes como población diana de este problema. Sin embargo, ya no

resulta chocante que muchas mujeres de mediana edad tengan como objetivo vital adelgazar, que los niños se nieguen a comer para no estar gordos o que muchos hombres maduros hablen entre ellos de la necesidad de perder sus “barrigas” o de no comer ciertos alimentos porque engordan.

Los **factores precipitantes o desencadenantes** hemos indicado más arriba que se refieren a situaciones de estrés que inducen a la aparición del trastorno en un momento dado. Generalmente, un trastorno alimentario comienza en un contexto de cambio que demanda un mayor nivel de responsabilidad y madurez por parte de la persona (Calvo, 2002). Suelen ser factores desencadenantes del problema la existencia de antecedentes de sobrepeso, los cambios físicos propios de la pubertad (Fairburn et al, 1997, 1999; Toro y Vilardell, 1987;), el haber recibido críticas por el aspecto (Connors, 1996; Cooper et al., 2004; Fairburn et al., 1999; Rosen, 1990), o el haber sufrido algún acontecimiento vital que implique un cambio brusco en la vida de la persona. Estas situaciones de cambio pueden ser la muerte de un familiar con el que existe una vinculación emocional importante (Beaumont, Abraham, Argall, George, y Glaun, 1978; Kalucy, Crips y Harding, 1977) la separación de los padres, cambios de domicilio (Russell, Halasz y Beaumont, 1990; Van den Broucke y Vandereycken, 1986,), el iniciar una relación sentimental (Halmi, 1974), el haber sufrido abusos sexuales (Connors, 1996; Cooper et al., 2004; Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Palmer y Oppenheimer, 1992), padecer una enfermedad o irse a vivir fuera de casa de los padres (Calvo, 2002), entre otras. En otras ocasiones, el inicio del TCA ocurre tras la experimentación real o subjetiva de algún tipo de fracaso personal. Este puede ocurrir en el rendimiento académico, la práctica de un deporte, en los estudios de danza, relaciones personales, etc. (Toro y Vilardell, 1987).

Los factores de mantenimiento explicarían la auto-perpetuación del cuadro. El factor más importante para que el trastorno permanezca sin cambios, es el mantenimiento de unas pautas alimentarias inadecuadas. La dieta restrictiva produce una serie de cambios físicos y psicológicos que interfieren con el buen funcionamiento mental y corporal (Calvo, 2002; Kirszman y Salgueiro, 2002; Toro y Vilardell, 1987).

Desde mediados de siglo se sabe que una parte importante de la sintomatología psicológica de los TCA está determinada por el estado de la desnutrición, siendo este estado de desnutrición un mantenedor de la

psicopatología (Garfinkel y Garner, 1982). Asimismo, el mantenimiento de dietas restrictivas en cantidad y variedad de alimentos, aumentan el riesgo de episodios de comida descontrolada (Fairburn, 1995). Los episodios de descontrol contribuyen a mantener los trastornos porque, por un lado, incrementan el miedo a la gordura (Cooper et al., 2004) y, por otro, refuerzan la sensación de incapacidad, por lo que la paciente busca resolver el problema intensificando sus esfuerzos para mantener a raya la comida (Calvo, 2002). Por otra parte, las interacciones familiares con la paciente anoréxica son, en muchos casos, mantenedores del trastorno alimentario (Polivy y Herman, 2002), al igual que eran un factor predisponente (Vandereycken, et. al., 1991). La familia puede y suele reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimenticio, así como los de carácter compulsivo (Polivy y Herman, 2002; Toro y Vilardell, 1987). Por último, otro factor importante en el mantenimiento de los TA es la alteración de la imagen corporal, ya que es la causa de que las pacientes sigan teniendo un férreo control con la comida y que sigan insatisfechas con su cuerpo, pensando que la única solución es seguir perdiendo peso (Cooper et al., 2004; Kirszman y Salgueiro, 2002; Polivy y Herman, 2002;).

Teniendo en cuenta este modelo explicativo de la etiopatogenia de los TCA, veamos un ejemplo para entender cómo la confluencia de todos esos factores provoca, en última instancia, la aparición del trastorno.

Pensemos en una adolescente perteneciente a una familia media, en la que se valora mucho el aspecto físico. Esta adolescente que posee una baja autoestima, es una chica introvertida, perfeccionista y que presenta algunos problemas de relación con los compañeros. Con la primera menstruación, su cuerpo ha empezado a cambiar, por lo que en ese momento se incrementa la autoconciencia sobre su aspecto físico. Además, se convierte en el centro de atención de todos sus compañeros. Ya de pequeña, sus tíos hacían comentarios sobre “lo grandota que era”, sus primos se reían cuando, por diversión, le golpeaban el trasero y salían corriendo o se peleaban entre ellos para ser el primero en “subir a caballito”. Ahora de adolescente, es objeto de burlas en el colegio, sus compañeros le llaman “*jirafa*” y “*foca*”. Debido a esto se aísla de las amigas, su autoestima se deteriora y empieza a quejarse de su cuerpo, no le gusta y desearía tener el de otra persona. En casa, desde siempre, se ha fomentado el control a la hora de comer y la importancia del aspecto físico.

Incluso algunas de las críticas que son comunes en el colegio, también se dan entre alguno de los familiares cercanos. Todos estos factores, hacen que la adolescente se encuentre insatisfecha con su cuerpo, deprimida, retraída socialmente y angustiada. Al mismo tiempo, es bombardeada por artículos y mensajes de los medios de comunicación que transmiten la idea de que haciendo dieta conseguirá el cuerpo que quiere y será feliz. La preocupación por hacer dieta se va haciendo cada vez más intensa, y empieza a restringir la ingesta, tanto en calidad, como en cantidad de alimento. Al empezar a perder peso, todo lo que antes eran burlas y críticas se convierte en halagos hacia el cuerpo, la sensación de valía personal y de autocontrol se incrementan, la paciente se introduce en una espiral de perder peso. El peso meta que se había propuesto inicialmente es superado con creces. La adolescente sigue viendo y sintiéndose “*gorda*”, por lo que continúa haciendo dieta, la insatisfacción con su cuerpo le lleva a evitar situaciones sociales relacionadas con el cuerpo. Sigue pensando que la única forma de estar satisfecha con su cuerpo es bajando más kilos...

Este caso que ponemos como ejemplo, no se aleja mucho de la realidad que se vive diariamente en los centros en los que se atienden este tipo de patologías. Dado que la exigencia de delgadez ha provocado una especie de “racismo”, la idealización de la delgadez se ha infiltrado en personas de cualquier edad, sexo y estatus socio económico. Quizás por ello, sería importante y necesario invertir en programas de prevención que permitan, de alguna forma, “vacunar” a esa población indefensa que tanto riesgo corre de sufrir una alteración alimentaria y lograr frenar la incidencia de esta patología que, a punto está, de convertirse en una epidemia.

2. PREVENCIÓN EN TCA: PREVENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA.

Como acabamos de ver, los trastornos de la conducta alimentaria constituyen una entidad nosológica de una gran relevancia socio sanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su complejidad, su interés social y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento. Son entidades íntimamente relacionadas con el cuerpo y el significado social del mismo, con los hábitos y costumbres alimentarias y con las consecuencias de la desnutrición.

Por otra parte, la cultura y el contexto social en el que estamos inmersos, de alguna forma, favorece el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal. Como ya hemos comentado anteriormente, vivimos en una cultura centrada en el culto al cuerpo, en la que autocontrol y delgadez vienen a ser lo mismo, donde la autoestima se identifica con la aceptación social del propio cuerpo, en función de unos cánones arbitrariamente fijados. A día de hoy, hacer dieta es un logro asociado o equiparado a la capacidad de tener control sobre los deseos del propio cuerpo y puede hacer creer a la persona que también controla otras áreas de su vida. Es por todo esto que los TCA se han convertido en una preocupación de Salud Pública en todos los países occidentales, debido a ello se han sugerido programas preventivos con la intención de promover prácticas saludables de alimentación en niños y adolescentes. Se trata de una tarea difícil, aunque necesaria, pues nos encontramos con un grupo de población de alto riesgo, los adolescentes, en los que es fácil crear necesidades e inducir al consumo.

Diferentes aspectos nos hacen pensar en que, cada vez, se hace más necesario destinar recursos para la elaboración de programas preventivos para adolescentes:

- Los datos de prevalencia e incidencia que señalan un notable incremento de los TCA en las tres últimas décadas, afectando a una parte significativa de la población femenina.
- La gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias. Como ya indicamos en otro apartado, los TCA cursan con una severa comorbilidad médica y psiquiátrica. Asimismo, el impacto sobre los miembros de la familia es intenso y prolongado, favoreciendo el desarrollo de nueva patología alimentaria en las hermanas.
- Los TCA parecen tratarse de patologías “contagiosas”, la enfermedad parece transmitirse entre las niñas y, cada vez más también, entre los niños como si de un virus se tratase, siendo la presión social para adelgazar y huir de la obesidad un factor patógeno permanente.

Tres son los niveles que podemos distinguir dentro del abordaje preventivo, cada uno con unos objetivos y una metodología de actuación diferentes pero interrelacionados entre sí.

2.1. Prevención primaria

A nivel general, el propósito de la prevención primaria consiste en reducir o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno, al tiempo que aumenta las “capacidades” personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno (Albee y Gullotta, 1986). En definitiva, se trata de reducir la incidencia del trastorno, previniendo la aparición de nuevos casos. Para ello utiliza diferentes metodologías y estrategias destinadas a actuar sobre la vulnerabilidad de las personas a padecer un TCA así como sobre los posibles factores de riesgo implicados en el desarrollo de los mismos. La prevención primaria comprende:

- a) La promoción de la salud, que consiste en el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad.
- b) La protección de la salud, como por ejemplo, la sanidad ambiental y la higiene alimentaria.

Según Turón (1997), un programa de prevención primaria en trastornos alimentarios debería abordar los siguientes aspectos:

1. Información. Existe un gran desconocimiento de la enfermedad y sus riesgos, al que no son ajenos los profesionales de la salud. Contar con una buena información no implica que ésta sea muy exhaustiva en los aspectos psicopatológicos, sino que basta con que se centre en los factores que desencadenan la enfermedad y los requisitos para su correcto tratamiento. Esta información se debe dirigir, en primer lugar, a los sujetos de riesgo y a sus familias y, en segundo lugar, a la población general. Los lugares donde se debe aplicar esta prevención son el hogar, el colegio y la universidad.
2. Modificación de conductas precursoras de la enfermedad. Una acción más específica de la prevención primaria está en desarrollar programas que incidan en la corrección de aquellas conductas que se han demostrado que son precursoras de los trastornos alimentarios. La conducta que se debe corregir con más frecuencia es la que establece que estas niñas o adolescentes varíen la dieta por motivos no justificados o se inicien en dietas restrictivas, a espaldas de la familia o bajo consentimiento de la misma, con la finalidad hipotética de mejorar su figura.

3. Identificación de los grupos de riesgo. A través de cuestionarios se pueden detectar aquellos sujetos que están en situación de padecer la enfermedad. Sobre este grupo de riesgo deberá incidir un paquete de medidas que puedan ir desde la información al seguimiento, intentando evitar la eclosión del trastorno. Estos grupos de riesgo suelen tener problemas con la aceptación de su figura, forma, peso y tamaño, pero sólo una minoría será la que cumpla criterios diagnósticos, por lo que es de gran interés detectar de manera precoz este grupo y trabajar específicamente con él.

4. Acción sobre los estereotipos culturales y el “*body business*”. Son intervenciones encaminadas a sensibilizar a la población del riesgo que conlleva la actual presión cultural, dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable para muchas adolescentes, la vinculación de la belleza física con el éxito y, sobre todo, intervenir en la exigencia de un control sobre el llamado *body business*. La pretendida consecución de un cuerpo atractivo mueve grandes intereses económicos. Las formas para conseguirlo son muy variadas y no todas son las correctas, algunas, incluso, son claramente perjudiciales para la salud. Las personas que se mueven en este mundo son de una formación variada y muchas carecen totalmente de formación. Las modificaciones de peso y figura y las acciones encaminadas a llevarlas a cabo pueden poner en peligro la salud. El ejercicio no controlado, los consejos de gente no profesional, las dietas peculiares y las sustancias no controladas por los organismos oficiales propician la aparición de muchos casos de trastornos de la alimentación.

5. Educación escolar. Prevenir los trastornos de la alimentación puede significar la obligación de establecer medidas muy tempranas, y los programas de educación alimentaria en las escuelas son un buen medio para prevenirlos. Se ha observado que si se reduce el número de personas jóvenes que hacen dieta de forma innecesaria, se reduce la incidencia de anorexia nerviosa (Killen, Barr, Hammer, Litt, Wilson, Rich, Hayward, Simmonds, Kraemer y Varady, 1993), por lo tanto, una educación temprana en los aspectos positivos: alimentos, ejercicio y dietas; y negativos: anorexia, bulimia y obesidad, pueden reducir la futura aparición de estas enfermedades.

Por otra parte, son varios los ámbitos que se han considerado para actuar desde este nivel de prevención. Así, **la familia** se considera como el primer marco adecuado desde el que prevenir (Gual, 2000), ya que es en el entorno

familiar donde se consolidan las primeras creencias, actitudes y hábitos, y donde se comienza a desarrollar el autoconcepto de cada individuo, elemento clave en la aparición de estos trastornos.

En coordinación y conexión con el ámbito familiar, **el educativo** se presenta como el siguiente contexto más importante en esta labor preventiva; y adquiere aún más interés si en la familia se encuentran deficiencias con relación a los factores de protección para la aparición de estas enfermedades. En este sentido, sería deseable que desde el nivel educativo se generen programas dirigidos a estimular la imaginación y la creatividad, y desempeñar actividades que fomenten un espíritu crítico respecto a la alimentación, la cultura de la delgadez, los mensajes publicitarios y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Presentar información sobre éstos últimos no basta, y quizá llame indebidamente la atención sobre los síntomas. Lo conveniente sería orientarlos desde el punto de vista de la educación para la salud, de manera que se fomente la motivación, las habilidades personales y la autoestima, todo ello enfocado a mejorar la salud (Paredes, 2005). Es también muy importante que dichos programas se mantengan a largo plazo, buscando el modo de seguir siendo novedosos para los alumnos (Soldado, 2006).

De acuerdo con Casacús y Casacús (2002), sería importante que, desde el colegio, se trabaje en el campo de las actitudes, procurando modificar aquellas que puedan resultar negativas en relación con la imagen corporal, como pueden ser los prejuicios hacia las personas con sobrepeso. Por otra parte, se plantea la posibilidad de incluir, dentro del ámbito de las Ciencias Sociales, un apartado dirigido al desarrollo de un sistema de valores éticos adecuado, contribuyendo también así, a la prevención de éste y otros tipos de trastornos. Asimismo, estas autoras plantean la necesidad de incluir la figura del nutricionista en los centros educativos, así como que la Nutrición formase parte del plan de estudios o, al menos, se diesen conferencias o se realizasen campañas educativas. Ante esta propuesta, Soldado (2006) advierte de la necesidad de ser prudentes a la hora de hablar de nutrición. Según esta autora “si los adolescentes reciben esta clase de información junto con datos sobre los trastornos alimentarios, el resultado final tal vez sea potencialmente negativo” (p. 339).

Siguiendo con el planteamiento de Casacús y Casacús (2002), sería conveniente realizar campañas de prevención y concienciación social dirigidas

a padres, profesores y educadores. La finalidad no sería únicamente aportar información acerca de la enfermedad y su sintomatología, sino también, y sobre todo, transmitir la necesidad de generar en los estudiantes una autoestima adecuada y abandonar las ideas que, respecto al cuerpo “perfecto”, promueven los medios de comunicación. Según plantean, la formación de los padres es vital si queremos que los logros obtenidos en el ámbito educativo se consoliden desde el hogar.

Un tercer foco donde sería importante intervenir en el marco de la prevención primaria serían los **medios de comunicación** (Soldado, 2006). Numerosos estudios demuestran cómo durante las dos últimas décadas, coincidiendo con el hecho de que las mujeres extremadamente delgadas y sin curvas han pasado a ser la norma en los medios de comunicación, se ha producido un fuerte incremento en la incidencia de los trastornos alimentarios (Gordon, 1990; Kendler et al., 1991; Lucas, Beard, O’Fallon, Kurland, 1991). El culto a la delgadez, tan frecuente en las adolescentes y mujeres jóvenes de las sociedades desarrolladas, es alentado de forma abierta por los medios de comunicación (Casacús y Casacús, 2002). Los quioscos y librerías están llenos de revistas y libros con títulos y encabezamientos que “invitan” a adelgazar; por otra parte, algunos personajes públicos que han padecido un trastorno alimentario publican su experiencia en forma de “manual de autoayuda”, dando todo lujo de detalles, e incluso el nombre de algún producto adelgazante (Soldado, 2006). Ante este panorama sería conveniente y necesario una normativa más estricta sobre la publicidad, evitándose los anuncios engañosos, así como la utilización de otro tipo de modelos, de manera que se evite el envío constante de información sobre cómo debería ser nuestra imagen corporal si queremos tener “éxito, felicidad y prestigio” u otras cualidades que, en realidad, nada tienen que ver con el cuerpo (Casacús y Casacús, 2002).

Otro ámbito en el que también se plantea la intervención en prevención primaria es el mundo del **deporte**. El deporte supervisado y adecuado para cada edad del desarrollo contribuye a crear formas de vida más sanas. Pero es importante que el deporte no sea exclusivamente enfocado como una forma de perder peso, sino como un medio para adquirir unos hábitos saludables. En este sentido, para que la práctica de ejercicio físico resulte más atractiva, sería conveniente informar sobre los beneficios que supone la práctica regular de

ejercicio físico, así como de los riesgos que puede conllevar el no realizarlo. De igual forma, sería necesario informar sobre el tipo de actividad apropiada y de la forma más adecuada de realizarla en función de cada caso y enfocarlo como una manera de favorecer la interacción social (Casacús y Casacús, 2002, Soldado, 2006).

Un último ámbito en el que también se plantea la prevención primaria es en la **atención médica primaria**. El médico de atención primaria debería ser capaz de detectar las conductas de dieta para modificarlas en los grupos de población vulnerables por medio de programas educativos y de información, y fomentar así mismo las tradiciones culinarias, insistiendo en la importancia de seguir una dieta equilibrada (Soldado, 2006).

2.2. Prevención secundaria

A este nivel de prevención es al que más importancia se le ha dado hasta la actualidad, dedicando a él gran cantidad de recursos y esfuerzos. La finalidad de este tipo de prevención se centra en reducir la prevalencia de los TCA, esto es, acortar la duración del trastorno y el tiempo que media entre su aparición y la búsqueda de tratamiento. Para lograr esto se ha invertido gran cantidad de recursos para conseguir:

- La formación adecuada de diferentes colectivos de profesionales que están en contacto con la población de riesgo, de manera que puedan actuar como elementos de detección de los TCA (maestros, profesores, psicólogos escolares, farmacéuticos, etc.).
- La formación de médicos de atención primaria de manera que puedan diagnosticar lo más precozmente la presencia o el inicio de un TCA y, en consecuencia, tratar o derivar los casos que llegan a sus consultas.
- El desarrollo de los dispositivos asistenciales necesarios para proporcionar un tratamiento adecuado a los casos que han sido identificados.

De acuerdo con Turón (1997), para una correcta prevención secundaria debemos valorar los siguientes aspectos:

1. Diagnóstico y tratamiento precoces. Cuando la pérdida de peso alarma a las familias, que también han observado amenorrea, peculiaridades en la eliminación y preocupación por la figura y el peso, entonces acuden al médico. En ocasiones, el tratamiento correcto se demora, debido a la intención de abordar el problema desde una perspectiva puramente somática más que por

un diagnóstico incorrecto. A veces, médicos y familias se muestran reticentes a aceptar este diagnóstico, y prefieren iniciar tratamientos de carácter nutricional, como suplementos y vitaminas y un sin fin de exploraciones, en busca de la causa física que justifique la delgadez y anorexia de la paciente.

2. Tratamientos correctos. En otros casos se retrasa el proceso de curación no porque la paciente no se inicie en tratamientos para la cura de la enfermedad, sino porque no son adecuados o resultan insuficientes. Muchas pacientes comienzan con tratamientos psicoterapéuticos, que restan importancia al problema de la dieta y el peso. En estos casos, el resultado suele ser una paciente cada vez más delgada, peor nutrida y con mayores alteraciones cognitivas que la psicoterapia no puede controlar.

Los programas terapéuticos donde sólo se controla el problema conductual de la alimentación (ayuno, purga y malnutrición) tampoco resuelven el problema, pero al menos se detiene el problema de malnutrición y sus nefastas consecuencias.

Una auténtica prevención secundaria comienza cuando se inicia un tratamiento efectivo que atienda a las diferentes áreas comprometidas: dieta, peso, figura, cogniciones y relaciones interpersonales.

3. Dispositivo asistencial eficaz. Los recursos actuales para tratar los trastornos de la alimentación son, más bien, escasos. Y, por otra parte, la eclosión de esta enfermedad, con caracteres casi epidémicos, ha puesto de manifiesto que los dispositivos de salud mental han sido incapaces de adecuar dispositivos eficaces para asumir y tratar a todas las pacientes. Asimismo, aparte de las limitaciones referidas a la formación de equipos multidisciplinarios, la atención hospitalaria de estas pacientes y la creación de hospitales de día, la prevención secundaria se enfrenta a otros obstáculos:

↳ Las pacientes y sus familias no consideran los síntomas de la anorexia nerviosa como algo preocupante y grave.

↳ Algo similar ocurre con algunos dispositivos asistenciales que tampoco consideran que este problema sea suficientemente severo como para precisar una atención especial.

↳ Las conductas de ayuno y purga pueden ser ocultadas por la paciente retrasando la atención médica.

↳ Algunos facultativos sólo atienden a los problemas físicos con medidas parcialmente eficaces.

↳ Las familias y las pacientes no son informadas correctamente por sus médicos de la dimensión del trastorno y de las medidas que se deben tomar.

↳ Hay pacientes y familias que pueden manifestar miedo al tratamiento, a las técnicas de modificación de conducta, monitorizaciones y programas psicoterapéuticos.

Por el momento, las soluciones a estos problemas se basan en tres puntos esenciales:

- Una correcta información a los profesionales, que incluya la forma de tratar el trastorno y el lugar más idóneo.
- Formación de equipos multidisciplinares, expertos en el tratamiento de esas enfermedades.
- Creación de centros específicos para el tratamiento, tanto a nivel ambulatorio, como a nivel de hospitalización.

2.3. Prevención terciaria

Su objetivo fundamental consiste en reducir las consecuencias del trastorno, mediante un tratamiento adecuado capaz de reducir la aparición de secuelas asociadas a los TCA y evitar la cronificación de las pacientes. El trabajo interdisciplinario entre médicos de cabecera, pediatras, psiquiatras, psicólogos y unidades de hospitalización va a favorecer la continuidad del tratamiento, disminuye las hospitalizaciones, reduce la estancia media de las mismas y actúa sobre los factores que provocan o mantienen el cuadro. Asimismo, dentro de este nivel de intervención, es importante contar con el desarrollo de dispositivos capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo y de brindar el apoyo social necesario con la intención de reducir la discapacidad futura de pacientes gravemente deterioradas por la enfermedad.

En el área de los trastornos alimentarios, la prevención terciaria no se ha considerado como algo de suma importancia. Ya sea por la novedad de la enfermedad o por considerar que ésta, en último término, se puede resolver favorablemente con el tiempo, ha hecho que los profesionales no se hayan planteado todavía que existe un grupo importante de pacientes resistentes al tratamiento, a las que se les puede ofrecer una prevención terciaria de sus síntomas más graves y de sus complicaciones más severas (Turón, 1997).

Sin embargo, esta prevención terciaria puede resultar de vital importancia en aquellas pacientes en las que la respuesta terapéutica haya sido nula después de repetidos intentos y/o tengan comprometida su salud física por sus conductas de purga o su caquexia. En estos casos, estas medidas de prevención podrían ir encaminadas a paliar las complicaciones y evitar el riesgo vital en estas pacientes.

De acuerdo con Turón (1997), al hablar de pacientes crónicas, obcecarse en iniciar una y otra vez programas terapéuticos encaminados a una total recuperación es menos práctico que pactar con la paciente algunas metas más limitadas, o enseñarle a no colocarse en situaciones de riesgo. En el caso de las familias, en ocasiones, se pueden sentir fracasadas después de repetidos intentos de tratamiento de su hija, y aceptan con fatalidad la inexorable evolución de la enfermedad; en estos casos, en lugar de esperar el fatal desenlace o una cronificación con un riesgo siempre presente, es preferible plantearse que, dado que la enfermedad no tiene visos de curación, será bueno pactar la supervivencia con la paciente.

Si se evitan la caquexia extrema, los desequilibrios electrolíticos, el riesgo autolítico y las complicaciones por déficit inmunitario se favorece la supervivencia. Si, al mismo tiempo, se aceptan algunas conductas y se pactan otras, el marco familiar no se deteriora y la paciente y su familia podrán vivir en mejores condiciones (Turón, 1997).

3. PREVENCIÓN PRIMARIA: REVISIÓN DE ALGUNOS PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN DE LOS TCA.

Hasta ahora nos hemos dedicado a describir las principales alteraciones de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, centrándonos en los criterios diagnósticos establecidos por las dos principales asociaciones dedicadas a la clasificación de los trastornos mentales: la APA (*American Psychiatric Association*) con los sistemas de clasificación DSM (última versión DSM-IV-T-R) y la OMS (*Organización Mundial de la Salud*) con su sistema de clasificación CIE, (última versión CIE-10). Hemos hecho hincapié en las desbordantes cifras de incidencia y prevalencia a las que estamos asistiendo en los últimos años, en la complejidad de estas patologías, ya no sólo por el trastorno en sí, sino también por la gravedad de las alteraciones asociadas

comórbidamente; y hemos tratado de describir los diferentes tipos de factores asociados al desarrollo y mantenimiento de los TCA.

Todos estos aspectos nos obligan a reflexionar en la necesidad de tratar de poner solución a este panorama, contribuyendo a que las cifras de incidencia de las alteraciones alimentarias se reduzcan de alguna manera. Todos somos conscientes de que son muchos los recursos que se destinan a la asistencia de estos enfermos: cada vez existen más centros y más profesionales especializados en este tipo de patologías. Sin embargo, quizás una solución más óptima consista en intervenir antes de que la enfermedad se inicie, en elaborar una “vacuna” que permita a nuestros jóvenes inmunizarse frente a tantos “agentes virales” que, sin darnos cuenta, “infectan” sus mentes y dañan todo su organismo. Nos estamos refiriendo a la prevención primaria, a la necesidad de invertir recursos para crear programas adecuados que nos permitan ayudar a nuestros niños, adolescentes y jóvenes a ser menos vulnerables ante las presiones de la moda, los conflictos familiares y ante las propias dificultades individuales.

Es por ello que, de aquí en adelante, vamos a tratar de hacer un breve repaso de algunos de los programas de prevención elaborados y puestos en práctica en diferentes países, para comentar, a continuación, los resultados obtenidos tras su aplicación.

Antes de entrar de lleno en la descripción de los diferentes programas revisados comentar que, de acuerdo con Ruiz-Lázaro (2000), los diversos enfoques propuestos en prevención primaria podríamos agruparlos en dos grandes categorías:

- a) Los destinados a eliminar o anular los factores causales del trastorno
- b) Aquéllos que procuran “fortalecer al huésped”, con el fin de protegerlo del impacto de las influencias nocivas.

Asimismo, indicar que la prevención pretende cumplir tres objetivos fundamentales:

1. Informar: siempre supone romper mitos y aportar datos correctos.
2. Tranquilizar: corregir las creencias erróneas.
3. Sensibilizar: explicar los peligros sin alarmar, pero concienciando.

Centrándonos ya en los programas de prevención realizados fuera de nuestro país y, basándonos en el estudio meta analítico realizado por Stice y colaboradores (Stice, Shaw y Marti, 2007) mostraremos, previamente, una

tabla resumen con algunos de los programas realizados desde el año 1990 hasta la actualidad. Para ello, mantendremos la misma clasificación que Stice et al. establecieron a la hora de agrupar los diferentes trabajos estudiados: programas universales (Ver tabal 8) versus programas selectivos (Ver tabla 9) (dependiendo del tipo de muestra sobre la que se aplica el programa: universales cuando se dirigen a muestras compuestas de ambos sexos y rangos de edad amplios, y selectivos cuando la muestra está compuesta de chicas con rangos de edad más específicos). Posteriormente, describiremos aquellos programas que, por sus hallazgos, consideremos más relevantes.

Tabla 8: Descripción de la muestra, contenidos de la intervención y resultados de estudios universales de prevención de los TCA (tomado de Stewart, 2000 y Stice, Shaw y Martin, 2007).

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Austin et al, 2005	480 chicas de educación primaria	<i>Planeta de Salud</i> : programa psicoeducativo que promueve la alimentación sana y la actividad física y reduce el hábito de ver TV.	Efectos sobre la patología alimentaria desde el inicio del programa hasta el mes 21 del seguimiento.
Brunning-Brown et al, 2004	152 chicas de décimo grado	<i>Student Bodies</i> : Programa aplicado a través del ordenador. Se le proporciona información sobre los TCA, conductas saludables de control de peso y nutrición. Incluye un apoyo desestructurado de intercambio de información a través del correo electrónico.	Efectos en el pos-test sobre conductas de dieta. No efectos sobre la insatisfacción corporal o sobre los síntomas bulímicos, comparados con el grupo control.
Buddeberg-Fischer et al., 1998	314 chicos y chicas entre 9 y 13 años	Proporciona información sobre el desarrollo físico, nutrición, conductas saludables de control de peso, trastornos alimentarios y factores de riesgo para trastornos alimentarios.	No efectos sobre síntomas de TCA, psicopatología general o síntomas físicos al finalizar el programa, con relación al grupo control.
Dalle-Grave et al., 2001	106 chicos y chicas de educación primaria	Proporciona información sobre trastornos alimentarios y factores de riesgo para trastornos alimentarios. Intenta reducir la sobrevaloración de la apariencia y promover la aceptación y conductas saludables de control de peso.	Efectos sobre el conocimiento en el pos-test y a los 6 meses de seguimiento, con relación al grupo control. No efectos sobre la insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo o patología alimentaria.
Favaro et al, 2005	129 mujeres estudiantes de "FP"	Proporciona información sobre la importancia de la imagen corporal y factores socio culturales de riesgo para TCA.	No efectos sobre conductas de dieta ni síntomas de trastornos alimentarios, con relación al grupo control.

Tabla 8: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Jerome, 1987	135 chicos y chicas de educación secundaria	<i>Video psicoeducativo</i> : describe la BN y detalla los posibles procesos que provocan el desarrollo de esta alteración.	No efectos en la presión percibida para estar delgado, insatisfacción corporal, dieta o patología alimentaria, con relación al grupo control.
Jerome, 1991	109 chicos y chicas de educación secundaria	<i>Video psicoeducativo</i> : describe la BN y detalla los posibles procesos que provocan el desarrollo de esta alteración.	No efectos en insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo o patología alimentaria.
Kater et al., 2002	415 chicos y chicas de educación primaria	Proporciona información sobre la figura corporal y conductas saludables de control de peso, y promueve la aceptación corporal, estrategias de afrontamiento y el pensamiento crítico sobre los medios de comunicación.	No efectos sobre conductas saludables de control de peso, internalización del ideal delgado, satisfacción corporal o afecto negativo en el pos-test, con relación a la evaluación del grupo control
Killen et al., 1993	838 chicas de primaria	Proporciona información sobre los efectos perniciosos e insanos de las conductas de control de peso, promueve prácticas saludables de control de peso y enseña estrategias de afrontamiento para resistirse a la presión por la delgadez.	No efectos sobre las conductas de control de peso saludables, insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo, patología alimentaria o masa corporal en el pos-test ni en el seguimiento.
Kusel, 1999	172 chicas de primaria	Programa de alfabetización sobre los medios de comunicación. Promueve la resistencia a la presión socio cultural por la delgadez, ensalzando un espíritu crítico ante los medios de comunicación.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal, dieta y afecto negativo, con relación a la evaluación obtenida sobre el grupo control en el post-test, pero no efectos sobre la patología alimentaria. No efectos a los 3 meses de seguimiento.
Mann et al., 1997	113 chicas de educación secundaria no obligatoria	Proporciona información sobre factores de riesgo para trastornos alimentarios	No efectos en insatisfacción corporal, afecto negativo o patología alimentaria ni al mes ni a los 3 meses de seguimiento, con relación al grupo control en lista de espera.

Tabla 8: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
McCabe et al, 2006	368 chicos y chicas	Proporciona información sobre actividad física, imagen corporal, autoestima y relaciones entre iguales que favorecen la imagen corporal y el afecto.	No efectos insatisfacción corporal y efecto negativo, con relación al grupo control.
McVey y Davis, 2002	263 chicas de educación primaria	Promueve el empleo crítico de los medios de comunicación, la aceptación corporal, conductas saludables de control de peso y habilidades para el manejo del estrés.	No efectos en insatisfacción corporal ni en patología alimentaria, ni en el post-test ni en el seguimiento, con relación al grupo control.
McVey, Davis et al., 2004	258 chicas de educación primaria	Promueve el empleo crítico de los medios de comunicación, la aceptación corporal, conductas saludables de control de peso y habilidades para el manejo del estrés.	Efectos en insatisfacción corporal, dieta y en afecto negativo en el post-test y en el seguimiento, y para síntomas bulímicos en el post-test, pero no en el seguimiento. Tampoco efectos sobre perfeccionismo
Moreno y Thelen, 1993	80 chicas de secundaria en el grupo de intervención y 139 en el de control	Proporciona información sobre los TCA y sus efectos, actitudes socioculturales, conductas saludables de control de peso y habilidades para resistir la presión de los iguales para adelgazar.	Efectos sobre las conductas de dieta en el post-test y al mes de seguimiento, con relación al grupo control.
Moriarty et al., 1990	315 alumnos (chicos y chicas) de primaria y secundaria (91% intervención y 9% control)	Plan educativo sobre las dietas, los TCA y las influencias socio culturales. Pretende aumentare conocimientos y cambiar las actitudes hacia la presión socio cultural relacionadas con los TCA.	No efectos sobre las conductas de dieta ni sobre las actitudes alimentarias.

Tabla 8: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Mutterperl et al., 2002	107 chicas de educación secundaria no obligatoria	Folleto para corregir información errónea sobre normas de alimentación, dieta y ejercicio físico.	No efectos en la internalización del ideal delgado, síntomas de trastornos alimentarios y masa corporal en el post-test, ni en el seguimiento con relación al grupo control.
Nebel, 1995	203 chicas de educación secundaria no obligatoria	Proporciona información sobre TCA, conductas saludables de control de peso y manejo del estrés; promueve la satisfacción corporal y la autoestima.	Efectos sobre los síntomas bulímicos en el post-test, con relación a la evaluación realizada sobre el grupo control. No efectos sobre la satisfacción corporal ni el afecto negativo.
Neumark-Sztainer et al., 1995	341 chicas de educación secundaria	<i>Peso para comer</i> : Proporciona información sobre, conductas saludables de control de peso, imagen corporal, TCA, causas de los TCA y habilidades para resistirse a la presión social.	Efectos sobre la patología alimentaria al mes de seguimiento, y efectos sobre las conductas saludables de control de peso, dieta y atracones a los 6 meses de seguimiento. También efecto sobre los atracones a los 24 meses de seguimiento.
Nicolino et al., 2001	85 chicas de educación secundaria no obligatoria	Intervención cognitivo conductual centrada en precipitantes emocionales y conductuales de insatisfacción corporal, rituales conductuales sobre el control de la apariencia, cogniciones negativas sobre la insatisfacción corporal y prevención de recaídas.	No efectos sobre la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal, conductas de dieta y afecto negativo al mes de seguimiento, con relación al grupo control.
O'Dea y Abraham, 2000	470 chicos y chicas de educación primaria	Programa educativo que promueve la autoestima positiva, estrategias de afrontamiento y habilidades sociales.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado y conductas de dieta a los 12 meses de seguimiento, pero no en el post-test; efectos sobre la insatisfacción corporal en el post-test pero no a los 12 meses de seguimiento, con relación al grupo control. No efectos sobre perfeccionismo, dieta, afecto negativo ni patología alimentaria.

Tabla 8: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Outwater, 1990	50 chicas y chicos	Centrado en potenciar la satisfacción corporal y la autoestima.	No efectos sobre satisfacción corporal ni afecto negativo en el post-test ni al mes de seguimiento, con relación al grupo control.
Paxton, 1993	125 niñas en intervención y 34 en control de educación secundaria. Edad media 14.1	Proporciona información sobre ideas culturales acerca de la belleza, factores determinantes de la talla; métodos saludables y perniciosos para el control del peso. Alimentación emocional.	Mayor insatisfacción corporal en el seguimiento al año. Ningún cambio en actitudes ni conductas alimentarias.
Richman, 1993	180 chicas y chicos	Proporciona información sobre TCA y conductas saludables de control de peso. Trata de potenciar la autoestima y animar a los participantes a resistirse al ideal delgado.	Efectos sobre la satisfacción corporal, comparado con la evaluación sobre el grupo control, pero no efectos en conductas de dieta y patología alimentaria.
Richman, 1997	463 chicos y chicas	Proporciona información sobre TCA y conductas saludables de control de peso. Trata de potenciar la autoestima y animar a los participantes a resistirse al ideal delgado.	Efectos sobre la satisfacción corporal y conductas de dieta, comparado con la evaluación sobre el grupo control, pero no efectos en patología bulímica.
Rosen, 1990	100 niños y niñas	Proporciona información sobre el desarrollo físico en la adolescencia; imagen corporal; modificación del peso; se enseñan habilidades de toma de decisiones.	Mayores conocimientos pero no efectos en la frecuencia de alimentación anormal.
Santonastaso et al., 1999	265 mujeres estudiantes de "FP"	Proporciona información sobre el desarrollo físico y sobre TCA, incluyendo aspectos relacionados con la imagen corporal, presión sociocultural y afrontamiento del estrés.	Efectos en la insatisfacción corporal a los 12 meses de seguimiento, con relación al grupo control, pero no efectos en afecto negativo, perfeccionismo o patología alimentaria.
Shepard, 2001	153 chicas de educación secundaria	Proporciona información sobre presión sociocultural, alteraciones de la imagen corporal, dieta y conductas saludables de control de peso y TCA.	No efectos en la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal o patología alimentaria, con relación al grupo control.

Tabla 8: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Shisslak et al., 1990	50 alumnos de secundaria en grupo de intervención y 131 en control	Información sobre los TCA, servicios de derivación y consulta. Capacitación de los docentes.	Mayores conocimientos pero no se midieron las actitudes y conductas alimentarias.
Smolak et al., 1998 ^a , 1998b	222 y 266 chicos y chicas de educación primaria	Proporciona información sobre nutrición, técnicas saludables para el control del peso y diversidad de figuras corporales; y promueve la evaluación crítica del ideal delgado de los medios de comunicación.	Efectos en la internalización del ideal delgado en el post-test con relación a la evaluación sobre el grupo control en el primer estudio; no efectos en conductas saludables de control de peso, internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal y conductas de dieta en el segundo de los estudios.
Steiner-Adair et al., 2002	411 chicas de 7 ^o grado	Proporciona información sobre factores socioculturales de riesgo para TCA, dieta y nutrición con la finalidad de disminuir las conductas de dieta, incrementar la alimentación sana, la autoestima y la satisfacción corporal.	No efectos sobre la insatisfacción corporal, internalización del ideal delgado, autoestima y conductas de dieta, con relación al grupo control.
Stewart et al., 2001	459 chicas de la escuela primaria	Proporciona información sobre la resistencia a la presión cultural por la delgadez, determinantes del peso corporal, aceptación corporal, efectos de las cogniciones y la emociones, naturaleza y consecuencias de los TCA; mejora de la autoestima, manejo del estrés y conductas saludables de control de peso.	Efectos sobre la dieta y la patología alimentaria tanto en el post-test como a los 6 meses de seguimiento, y efectos en insatisfacción corporal en el post-test pero no en el seguimiento, con relación al grupo control. No efectos sobre el afecto negativo.

Tabla 8: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Varnado-sullivan et al., 2001	287 chicos y chicas de educación primaria	Proporciona información sobre causas y consecuencias de la insatisfacción corporal, particularmente sobre las influencias culturales y conductas saludables de control de peso.	Chicas: efectos en post-test en internalización del ideal delgado y patología alimentaria, pero no en conductas de dieta y afecto negativo con relación al grupo de lista de espera. Chicos: efectos en post-test en internalización del ideal delgado y afecto negativo, pero no en dieta y patología alimentaria.
Wade et al., 2003	86 chicos y chicas de educación primaria	Programa de alfabetización sobre los medios de comunicación que promueve la evaluación crítica de las imágenes sobre el ideal delgado. También, un programa de autoestima que promueve la autoestima positiva, habilidades de afrontamiento y habilidades sociales.	No efectos sobre la insatisfacción corporal, dieta ni afecto negativo en el post-test ni a los 3 meses de seguimiento, en ninguna de las intervenciones, con relación a la evaluación realizada sobre el grupo control.
Weiss y Wertheim, 2005	173 chicas de educación secundaria	Proporciona información sobre la patología alimentaria y los factores de riesgo asociados a la misma; promueve conductas saludables de control de peso, resistencia a la presión social, mejora de la satisfacción corporal y de la autoestima.	No efectos sobre la insatisfacción corporal, síntomas bulímicos, afecto negativo, internalización del ideal delgado, ni dieta en comparación con el grupo control.
Withers et al., 2002	242 chicas de educación secundaria	Vídeo que proporciona información sobre las causas y consecuencias de los problemas de la imagen corporal y los problemas alimentarios, los determinantes de la silueta corporal, la presión social por la delgadez y el comer sano.	No efectos en insatisfacción corporal ni dieta, comparado con la evaluación realizada sobre el grupo control.
Wolf-Bloom, 1998	70 chicas de educación secundaria	Intervención de alfabetización sobre los medios de comunicación. Potencia la observación crítica de las imágenes sobre el ideal delgado y sus efectos sobre niñas y mujeres.	No efectos sobre la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal, afecto negativo ni patología alimentaria en el post-test, comparado con la evaluación realizada sobre el grupo control.

Tabla 9: Descripción de la muestra, contenidos de la intervención y resultados de estudios selectivos de prevención de los TCA (tomado de Stewart, 2000 y Stice, Shaw y Martin, 2007).

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Baranowski y Hetherington, 2001	29 niñas de la escuela primaria	Proporciona información sobre TCA, causas y consecuencias de los mismos, insatisfacción corporal, internalización del ideal delgado y afecto negativo.	Efectos sobre la dieta al acabar el seguimiento con relación a la intervención mínima que se hizo sobre el grupo control, pero no efectos sobre la insatisfacción corporal, afecto negativo o patología alimentaria.
Bearman et al., 2003	74 chicas de educación secundaria no obligatoria	Versión de 4 sesiones de la intervención cognitivo-conductual para insatisfacción corporal desarrollada por Cash y Rosen (e.g. Butter y Cash, 1987).	Efectos sobre la insatisfacción corporal y el afecto negativo en el post-test y a los tres meses de seguimiento con relación al grupo control en lista de espera, pero no efectos sobre la dieta ni síntomas bulímicos.
Becker, Ciao y Smith, 2008	149 miembros "sorority" sin TCA	Tres condiciones: a) basada en disonancia cognitiva (DC), consistente en generar un estado psicológico de incomodidad que se resuelve disminuyendo la internalización de un ideal delgado; b) Intervención basada en la defensa de los medios de comunicación (MA); c) grupo lista de espera que actuó como control.	Ambas condiciones (DC y MA) consiguieron reducir conductas restrictivas, psicopatología alimentaria general e insatisfacción corporal, al compararlo con el grupo control. Pero sólo la condición de DC permitió reducir los niveles de internalización del ideal delgado, evaluado nuevamente, al mes de seguimiento.
Butter y Cash, 1987	31 chicas de educación secundaria no obligatoria	Intervención cognitivo comportamental que potencia la satisfacción corporal retando pensamientos negativos relacionados con la apariencia, el empleo de la desensibilización sistemática para reducir la ansiedad ante la apariencia corporal.	Efectos sobre la insatisfacción corporal y el afecto negativo en el post-test.
Carter, Stewart, Duna y Fairburn, 1997)	459 niñas con edades entre los 13 y 14 años	Proporciona información sobre cambios en la adolescencia, habilidades para mejora de la autoestima e imagen corporal, hacer frente a las influencias socioculturales, estrategias para aceptar el propio peso, para afrontar el estrés, técnicas de reestructuración cognitiva e información sobre TCA y consecuencias y hábitos saludables de alimentación.	Efectos sobre conductas de dieta y actitudes hacia la alimentación en el post-test, pero a los 6 meses de seguimiento estas medidas habían vuelto a los valores iniciales.

Tabla 9: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Celio et al., 2000	76 chicas de educación secundaria no obligatoria	<i>Student Bodies</i> : programa administrado mediante el ordenador que proporciona información sobre los TCA, conductas saludables de control de peso y nutrición, incluye un apoyo a través del correo electrónico que permite al participante responder al programa.	Efectos sobre la insatisfacción corporal en el post-test pero no a los 6 meses de seguimiento con relación al grupo control en lista de espera. No efectos sobre síntomas bulímicos.
Chase, 2001	91 chicas de educación secundaria no obligatoria	Proporciona información sobre conductas saludables de control de peso, causas y consecuencias de los TCA, influencia del pensamiento sobre las emociones y la conducta, y presión social y habilidades de resistencia.	Efectos sobre la insatisfacción corporal y la dieta en el post-test y al mes de seguimiento con relación a la intervención mínima que se hizo sobre el grupo control, pero no efectos sobre la internalización del ideal delgado, afecto negativo, patología alimentaria ni masa corporal.
Dworkin y Kerr, 1987	79 chicas de educación secundaria no obligatoria	Intervención cognitiva que promueve la satisfacción corporal a través de la reestructuración cognitiva. Intervención cognitivo comportamental que añade el auto refuerzo por realizar la reestructuración cognitiva y la aceptación corporal mediante el role playing.	Efectos sobre la insatisfacción corporal y el afecto negativo en el post-test para ambas intervenciones, con relación al grupo control sobre el que se hizo una mínima intervención.
Elliot et al., 2004	668 mujeres atletas	Proporciona información sobre la nutrición saludable, el ejercicio y los efectos de conductas insanas propias de los TCA y el abuso de sustancias.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado en el post-test. No efectos en la insatisfacción con relación al grupo control

Tabla 9: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Franko, 1998	19 chicas de educación secundaria no obligatoria	Proporciona información sobre la presión cultural por la delgadez, presenta habilidades saludables para el control de peso, el reto de cogniciones disfuncionales sobre la imagen corporal e introduce habilidades para la regulación del afecto.	No efectos sobre la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal ni los síntomas bulímicos con relación a la evaluación realizada sobre el grupo control.
Gresko y Rosenvinge, 2000	462 niñas y 216 niños de 15 años	Libro "Esta es mi vida": información sobre los TCA, sobre las diferencias individuales en peso, factores socioculturales de TCA, la pubertad, pautas para detectar / realizar intervenciones tempranas.	Efectos sobre el conocimiento en el post-test.
Groesz y Stice, 2006	160 mujeres	Intervención en la que compara dietas de adelgazamiento con dietas normales, proporcionando información sobre una alimentación saludable y cambios en el estilo de vida.	Efectos sobre los síntomas bulímicos, la insatisfacción corporal y la dieta en el post-test con relación al grupo control.
Kaminski y McNamara, 1996	29 chicas de educación secundaria no obligatoria	Proporciona información sobre los factores de riesgo para TCA y técnicas de control de peso saludables e insaludables. Presenta intervenciones cognitivas para la imagen corporal y alteraciones alimentarias y enseña habilidades de comunicación y de regulación del afecto.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal, dieta y el afecto negativo, con relación al grupo control en el post-test y al mes de seguimiento.
Low et al., 2006	61 chicas de educación secundaria no obligatoria	Programa basado en el <i>Student Bodies</i> proporciona información sobre los factores socioculturales de riesgo y estrategias cognitivo conductuales para disminuir la insatisfacción corporal. Compara la versión con y sin moderador y con y sin grupo de discusión.	Efectos sobre síntomas bulímicos y sobre la insatisfacción para el grupo sin moderador a los 9 meses de seguimiento, en comparación con el grupo control No efectos sobre la insatisfacción corporal.

Tabla 9: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Matusek et al., 2004	84 chicas de educación secundaria no obligatoria	Compara un programa basado en la disonancia cognitiva centrado en conseguir participantes para que adopten una postura de internalización del ideal “anti delgadez”, con un programa psicoeducativo.	Efectos en la internalización del ideal delgado y en la patología alimentaria en ambas intervenciones, con relación al grupo control en lista de espera. No efectos sobre la insatisfacción corporal.
McVey et al., 2003	214 niñas de la escuela primaria	<i>Girl Talk</i> proporciona información sobre los medios de comunicación, aceptación corporal, conductas de control de peso saludables y manejo del estrés.	Efectos sobre la insatisfacción corporal, dieta y síntomas bulímicos con relación a la evaluación que se hizo sobre el grupo control en el post-test y a los 3 meses de seguimiento.
Piran, 1999	Chicas de 13 a 16 años de escuela de ballet	Generar una cultura a favor de la diversidad física para reducir la preocupación por el peso y la figura.	Efectos a largo plazo en sintomatología alimentaria, dieta y actitudes negativas hacia la comida y el peso.
Presnell y Stice, 2003	81 chicas de educación secundaria no obligatoria	Intervención que promueve la dieta baja en calorías, adaptada del programa de obesidad de Brownell (1997).	Efectos sobre la patología bulímica y la masa corporal, pero no en afecto negativo ni dieta con relación al grupo control en lista de espera.
Stice et al., 2000	30 chicas de educación secundaria no obligatoria	Intervención basada en la disonancia (<i>Body Project</i>) en el que las chicas con altos niveles de internalización del ideal delgado voluntariamente critican ese ideal delgado a través de ejercicios verbales, escritos y conductuales.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal, el afecto negativo y los síntomas bulímicos, pero no sobre la dieta en el post-test con relación al grupo control en lista de espera. La mayoría de los efectos persistieron al mes de seguimiento. En el grupo control se observa un incremento de los síntomas bulímicos.
Stice y Ragan, 2002	66 chicas de educación secundaria no obligatoria	Una clase de TCA presenta información sobre los TCA y la obesidad, causas de estas alteraciones y programas de prevención y tratamiento para los mismos.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal, dieta y patología alimentaria y masa corporal en el post-test. No efectos sobre el afecto con relación al grupo control sobre el que se hizo una evaluación.

Tabla 9: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Stice, Orjada y Tristan, 2003	60 chicas de educación secundaria no obligatoria	Una clase de TCA presenta información sobre los TCA y la obesidad, causas de estas alteraciones y programas de prevención y tratamiento para los mismos.	Efectos en la internalización del ideal delgado y en la patología alimentaria en el post-test, pero no efectos sobre insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo ni conductas saludables para el control del peso, con relación al grupo control.
Stice, Rohde et al., 2006	171 estudiantes de educación secundaria	En <i>Body Project</i> las chicas con altos niveles de internalización del ideal delgado voluntariamente critican ese ideal delgado a través de ejercicios verbales, escritos y conductuales. <i>Healthy weight</i> (peso saludable) promueve la disminución del consumo de alimentos hiper calóricos y el incremento del ejercicio físico.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal, dieta, el afecto negativo y síntomas bulímicos en el post-test, pero no efectos a los 6 meses de seguimiento.
Stice, Trost, et al., 2003	148 estudiantes de educación secundaria	En <i>Body Project</i> las chicas con altos niveles de internalización del ideal delgado voluntariamente critican ese ideal delgado a través de ejercicios verbales, escritos y conductuales. <i>Healthy weight</i> (peso saludable) promueve la disminución del consumo de alimentos hiper calóricos y el incremento del ejercicio físico.	Efectos sobre la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal, afecto negativo y síntomas bulímicos en el post-test, manteniéndose estos dos últimos a los 6 meses de seguimiento. No efectos sobre dieta. El programa <i>Healthy weight</i> produjo efectos sobre la internalización del ideal delgado, afecto negativo y síntomas bulímicos en el post-test y a los 6 meses de seguimiento. No provocó efectos sobre la insatisfacción corporal ni la dieta.
Taylor et al., 2006	480 chicas de educación secundaria no obligatoria	El programa <i>Student Bodies</i> basado en Internet, es un programa cognitivo conductual combinado con un grupo de discusión moderado a través de la red, con el objetivo de mejorar la imagen corporal, promover el peso saludable y reducir los síntomas de los TCA.	Efectos sobre insatisfacción corporal y patología alimentaria en el post-test, manteniéndose los efectos en insatisfacción a los 6 meses del seguimiento. No efectos sobre el IMC ni el afecto negativo en comparación con el grupo control.

Tabla 9: Continuación

Estudio	Muestra	Intervención	Resultado
Winzelberg et al., 1998	57 chicas de educación secundaria no obligatoria	<i>Student Bodies</i> : programa administrado mediante el ordenador que proporciona información sobre los TCA, conductas saludables de control de peso y nutrición, incluye un apoyo a través del correo electrónico que permite al participante responder al programa.	Efectos en insatisfacción corporal en el post-test y a los 3 meses de seguimiento, con relación al grupo control en lista de espera, pero no efectos sobre el conocimiento, patología alimentaria o masa corporal.
Winzelberg et al., 2000	60 chicas de educación secundaria no obligatoria	<i>Student Bodies</i> : programa administrado mediante el ordenador que proporciona información sobre los TCA, conductas saludables de control de peso y nutrición, incluye un apoyo a través del correo electrónico que permite al participante responder al programa.	Efectos en insatisfacción corporal en el seguimiento pero no en el post-test, con relación al grupo control en lista de espera, pero no efectos en patología alimentaria.
Wiseman et al., 2004	188 mujeres de 10º grado	Proporciona información sobre una vida sana, factores socioculturales de riesgo para TCA y dietas. La finalidad es generar disonancia cognitiva para hacer frente a las conductas de dieta y mejorar la autoestima.	No efectos sobre el afecto negativo ni la dieta, comparado con el grupo control
Zabinski et al., 2004	60 chicas de educación secundaria no obligatoria	<i>Student Bodies</i> : programa administrado mediante el ordenador que proporciona información sobre los TCA, conductas saludables de control de peso y nutrición, incluye un apoyo a través del correo electrónico que permite al participante responder al programa.	Efectos en insatisfacción corporal en el post-test y en afecto negativo a los 2.5 meses de seguimiento. No efectos en IMC comparado con el grupo control.
Zabinski et al., 2001	338 chicas y chicos de educación secundaria no obligatoria	Programa psicoeducativo que promueve cambios en el estilo de vida, incorporando la actividad física regular.	No efectos en insatisfacción corporal ni en masa corporal en el post-test con relación a la evaluación realizada sobre el grupo control.

Como hemos podido observar a lo largo de este recorrido, son muy diferentes los resultados obtenidos con las diferentes intervenciones, variando desde aquéllas que no producen ningún tipo de efecto, a aquéllas que producen efectos significativos en todos los resultados. Por otra parte, sí que podemos identificar algunas variables que podrían contribuir a aumentar la magnitud de los efectos de la intervención. Variables que enumeramos a continuación:

⇒ Nivel de riesgo de los participantes. A nivel general, los programas selectivos permiten a los sujetos de alto riesgo obtener efectos de intervención más significativos y notables. Teóricamente, el malestar subjetivo que caracteriza a los sujetos de alto riesgo motiva a estos participantes a involucrarse de una forma más efectiva en programas de prevención.

⇒ Formato del programa. Los efectos de intervención más intensos se observaron, fundamentalmente, en programas de tipo interactivo y no tanto en los didácticos. Investigadores dedicados a la prevención en otras áreas de salud también han llegado a la conclusión de que las intervenciones psicoeducativas son menos efectivas que las intervenciones que involucran activamente a los participantes y les enseñan nuevas habilidades (Clarke, Hawkins, Murphy y Sheeber, 1993; Larimer y Bronce, 2002). De acuerdo con Shaw y Stice (2004), parece ser que un formato interactivo ayuda a asegurar que los participantes se involucren con los materiales y contenidos del programa, lo que probablemente facilita la adquisición de conceptos y habilidades, y motiva cambios de comportamiento y actitud.

⇒ Edad de los participantes. Por otra parte, los efectos de intervención más intensos se observaron con muestras en las que la edad media de los participantes estaba alrededor de los 15 años. Quizá, este efecto pueda deberse al hecho de que, a esas edades, los participantes se encuentran en el período de mayor riesgo de aparición de la patología alimentaria y, por ese motivo, se sienten más motivados para involucrarse en la intervención (Shaw y Stice, 2004).

⇒ Sexo de los participantes. Los efectos de la intervención también parecen ser mayores en las muestras femeninas. Quizás esto esté justificado por el hecho de que, las alteraciones de la conducta alimentaria son más frecuentes en mujeres (Hoek, 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2005) y, precisamente, sea este el motivo por el que se sientan más motivadas a comprometerse de una forma más efectiva en la intervención (Shaw y Stice, 2004).

⇒ Número de sesiones. También hemos podido comprobar que, en general, los programas breves son menos efectivos que los programas más largos con múltiples sesiones. Parece ser que estos efectos pueden deberse al hecho de que, la existencia

de diferentes sesiones, permite a los participantes reflexionar sobre los materiales de la intervención entre sesiones y aumentar, así, la interiorización de los principios de los programas.

⇒ Contenido de los programas. En general, los programas psicoeducativos resultaron menos efectivos; fueron los programas centrados en factores socioculturales y en estrés los que mejores efectos provocaron.

⇒ Empleo de instrumentos validados. Es posible que los programas de prevención que empleen medidas empíricamente validadas den resultados más óptimos, quizás, porque esas pruebas son más sensibles de cara a detectar los efectos de la intervención.

A continuación y, como hemos señalado previamente, describiremos aquellos programas que consideramos más relevantes dados los hallazgos obtenidos.

↳ **Un intento para modificar actitudes alimentarias insanas y prácticas de modificación de peso en chicas adolescentes** (Killen, Taylor, Hammer, Litt, Wilson, Rich, Hayward, Simmonds, Kraemer y Varady, 1993)

El estudio fue realizado por un equipo de investigación de la Universidad de Stanford y por el Instituto de Salud Infantil y desarrollo Humano. La muestra estuvo compuesta por 967 niñas, con edades ente 11 y 13 años, asignadas al azar a grupos de intervención y de control. El objetivo del programa consistió en modificar actitudes alimentarias y prácticas de control de peso perjudiciales en las adolescentes. Los contenidos tratados a lo largo de 18 sesiones, fueron los siguientes:

1. Información sobre los efectos dañinos del control pernicioso de peso.
2. Educación sobre las conductas alimentarias y el ejercicio físico saludables.
3. Desarrollo de habilidades para hacer frente a las influencias socioculturales, relacionadas con la dieta y la delgadez.

Los contenidos se presentaban en grupos a través de diapositivas y relatos de personas, sobre los que se establecían debates y se hacían juegos de rol.

Al finalizar el programa, la evaluación del mismo reveló que los participantes habían incrementado sus conocimientos sobre los temas tratados, pero no se observaron cambios en las actitudes y conductas alimentarias.

↳ **Un programa de prevención sobre alimentación alterada e insatisfacción corporal en niñas adolescentes** (Paxton, 1993).

El programa se realizó en Australia y estaba dirigido a niñas con edades comprendidas entre 14 y 15 años de las cuales 125 formaron el grupo de intervención y 34 el grupo control. Los objetivos se centraron en reducir las conductas destinadas a bajar de peso y a mejorar la imagen corporal negativa. El programa consistió en 5 sesiones impartidas en clases estructuradas, en las que se trabajaron los siguientes contenidos:

1. Ideas culturales sobre la belleza.
2. Factores determinantes de la talla.
3. Métodos saludables y perniciosos para controlar el peso.
4. Alimentación emocional.

El material consistía en investigaciones presentadas por escrito sobre el cual, se establecían debates. Los resultados del seguimiento realizado al año mostraron que las participantes presentaban una mayor insatisfacción con el cuerpo y sin cambios en las actitudes ni las conductas alimentarias.

↳ **Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios** (Carter, Stewart, Dunn y Fairburn 1997).

El programa se implantó en tres escuelas femeninas en Oxford: una de carácter privado y otra estatal, ambas con métodos de selección basados en la capacidad de los alumnos y otra tercera de tipo estatal de libre ingreso. Tres escuelas similares sirvieron de control. La muestra estuvo compuesta de 459 niñas, con edades comprendidas entre los 13 y los 14 años, todas las niñas participantes recibieron la intervención como parte del plan de estudios regular. En cada escuela, el programa se dividió en 6 sesiones de 45 minutos.

El objetivo general del programa consistió en prevenir el desarrollo de los TCA, reduciendo la frecuencia de las restricciones en las comidas y el nivel de preocupación por el peso y la silueta.

Los objetivos específicos que se trabajaron junto con las técnicas empleadas los describimos en la siguiente tabla:

Objetivos específicos	Técnicas
<p>1. Resolver los desafíos evolutivos de la adolescencia</p> <p>a) Mejorar los conocimientos sobre los cambios biológicos en la pubertad</p> <p>b. Estimular el desarrollo de estrategias para superar las presiones interpersonales.</p> <p>c. Motivar a los alumnos para que se fijan objetivos realistas.</p> <p>d. Aumentar la conciencia de la influencia de las actitudes familiares.</p> <p>e. Ayudar a los estudiantes a sentirse bien consigo mismos.</p>	<p>Suministrar información mediante transparencias, relatos y folletos. Charlas en grupos grandes y pequeños sobre las dificultades que provocan los cambios biológicos y cómo superarlos.</p> <p>Narración de un relato para ejemplificar las dificultades en las relaciones y estimular el debate sobre cómo superarlas.</p> <p>Enseñar habilidades para contrarrestar las presiones de los pares, incluyendo el juego de roles.</p> <p>Debates en grupos grandes y pequeños para ayudar a los alumnos a sentirse bien consigo mismos independientemente de su rendimiento escolar.</p> <p>Narración de un relato, debate y juego de roles centrados en las influencias familiares.</p> <p>Brindar información sobre los vínculos entre la imagen corporal y la autoestima. Enseñar habilidades que les permitan resistir las actitudes y pensamientos negativos. Estimular a los alumnos para que se escuchen y valoren mutuamente.</p> <p>Actividades para casa diseñadas para promover la conciencia de sus virtudes.</p>

Objetivos específicos	Técnicas
<p>2. Atenuar las influencias socioculturales.</p> <p>a. Desarrollar una conciencia crítica de los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso y la inseguridad respecto a la apariencia.</p> <p>b. Incentivar a los alumnos para que resistan los mensajes mediáticos sobre la delgadez y las dietas.</p> <p>3. Estimular a los alumnos para que desarrollen estrategias sobre el peso y la silueta.</p> <p>4. Motivar a los alumnos para que desarrollen estrategias para superar el estrés.</p> <p>5. Incentivar a los alumnos para que resistan los pensamientos negativos.</p> <p>6. Mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida.</p>	<p>Uso de diapositivas que muestran diferentes patrones de belleza en distintas épocas y culturas. Charla sobre los ideales contemporáneos de belleza. Uso de anuncios publicitarios. Debates en grupos grandes y pequeños sobre la influencia de los medios de comunicación.</p> <p>Ejercicios en pequeños grupos y actividades para casa dirigidos a ayudar a los alumnos a resistir los mensajes mediáticos.</p> <p>Debates en grupos grandes y pequeños y juegos de roles sobre cómo manejar los comentarios negativos.</p> <p>Charlas en grupos grandes y pequeños para promover formas de superar el estrés.</p> <p>Técnicas cognitivas de reestructuración.</p> <p>Dar información sobre las posibles consecuencias de las dietas y de los TCA, sobre la alimentación y los estilos de vida saludables. Relato de una narración para ejemplificar estos aspectos. Autoevaluaciones para motivar cambios en hábitos alimentarios y promover ejercicio físico saludable.</p>

Otros objetivos generales que se persiguieron fueron, por una parte, el crear una cultura en la que los alumnos no se estimulen para seguir dietas y, por otra, motivar a los alumnos para que busquen asistencia inmediata si desarrollan problemas alimentarios. Para ello se les dio información sobre la asistencia disponible.

Las medidas de evaluación empleadas fueron el Cuestionario para el Estudio de los Trastornos Alimentarios (EDE-Q - *Eating Disorder Examination*; Fairburn y Beglin, 1994), la versión para niños del EAT (Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982), la Escala del Concepto de Sí Mismo de Piers Harris (*Piers-Harris Self-Concept Scale*, Piers, 1969) y un cuestionario diseñado por los creadores del programa que se basaba en componentes educativos e incluía preguntas sobre la alimentación saludable y los trastornos alimentarios. Se diseñó con objeto de medir lo que los participantes aprendían sobre los diferentes temas tratados en el programa. Los cuestionarios se administraron una semana antes de la intervención, una semana después de la intervención y seis meses más tarde. En general, las alumnas reaccionaron de forma positiva ante las actividades realizadas. Asimismo, se observó que el papel del docente resultó de gran importancia, por una parte por las actitudes que transmitía y, por otra, porque, en aquellos casos en los que el maestro fue siempre el mismo en todas las actividades y mostró entusiasmo frente al programa, provocó una mayor participación por parte de las alumnas. Por su parte, los resultados indicaron una mejora tras la aplicación del programa en cuanto a conductas y actitudes alimentarias, pero en el seguimiento a los seis meses las medidas generales habían vuelto a los valores iniciales.

✦ **Prevención primaria y secundaria en un colegio femenino** (Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright y Hanson, 1997)

El trabajo fue realizado por miembros de la Universidad de Stanford, de la Universidad de Santa Clara y de la Universidad de California. El objetivo del estudio se centró en evaluar la eficacia de un programa “típico” de prevención de los trastornos alimentarios en un campus universitario. Se le denominó “típico” porque se centró únicamente en proporcionar información sobre los trastornos alimentarios y sus consecuencias. El programa consistía en un debate, de 90 minutos de duración, que se establecía en grupos de 10 – 20 personas, donde se les daba, en primer lugar, información sobre los TA: síntomas físicos y psicológicos, consecuencias físicas y psicológicas, prevalencia, conductas típicas de un trastorno alimentario, una descripción de cómo se trata el TA, el pronóstico en función del

momento de la enfermedad y cómo solicitar y recibir ayuda en el campus. En la 2º parte de la sesión, se les presentaban historias personales que pacientes con TA contaban: historia cronológica del problema, por qué empezó, cómo aprendieron el problema y cuándo tomaron conciencia de que tenían un problema; una descripción de sus síntomas y conductas que presentaron en la fase más severa del problema; una descripción de por qué y cómo solicitaron ayuda, el tratamiento que recibieron, cómo mejoraron; una descripción de lo que aprendieron con esta experiencia problemática y una descripción de las estrategias aprendidas para hacer frente a las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal.

La muestra estuvo compuesta por 788 mujeres de la universidad de Stanford, a las cuales se les tomaron las siguientes medidas en tres momentos (pre, post y seguimiento –sólo 113 participantes completaron la evaluación en los tres momentos): Edad, altura, peso y peso deseado, EDE-Q (*Eating Disorder Examination*; Fairburn y Beglin, 1994), la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE, Rosenberg, 1965), la subescala de apariencia corporal del MSEI (*The Multidimensional Self-Steem Inventory*, O'Brien y Epstein, 1988) y la Subescala de Solución de Problemas del WCQ (*Ways of Coping Questionnaire*, Folkam y Lazarus, 1988).

Los resultados indicaron que el programa resultó ser inefectivo. Al analizar los datos de los participantes en los diferentes momentos, los autores observaron que:

1. No existían diferencias significativas en las medidas evaluadas (síntomas, satisfacción con el peso y autoestima) entre el grupo control y el experimental.
2. Al comparar las medidas pre versus post de ambos grupos, los autores comprobaron que el grupo experimental mostraba diferencias significativas respecto al control en la variable referida a síntomas de TCA, siendo mayor esta medida en el grupo experimental en el post-test..
3. Finalmente, al analizar las diferencias entre los tres momentos en que se tomaron las medidas (pre, post y seguimiento) se observó que no existían diferencias significativas, ni en función del grupo, ni del momento, ni en función de la interacción entre ambas variables. Los autores dedujeron que el programa no resultó eficaz para prevenir síntomas, ni psicopatología asociada a los TCA.

El que no se hallasen diferencias en el seguimiento entre ambos grupos se interpretó como un dato positivo en el sentido de que, ese efecto “indeseable” de la intervención resultó ser temporal pues, conforme pasó el tiempo, las medidas tendieron a igualarse entre ambos grupos.

✦ **El modelo preventivo escolar noruego: Desarrollo y evaluación** (Gresko y Rosenvinge, 1998).

En 1992 la Junta Nacional de Educación y el Ministerio de Educación e Investigación noruego, prepararon un paquete educativo general bajo la supervisión de Borresen Gresko. Este material se distribuyó a todas las escuelas de secundaria, facultades y universidades, los servicios de salud y escuelas de enfermería de Noruega de manera gratuita. El paquete educativo contenía lo siguiente:

- El libro “Adolescencia y trastornos alimentarios”, cuyos contenidos eran los siguientes:

1. Introducción: presentación general de los trastornos alimentarios y explicación del uso del material. Incluye un test de actitudes sobre la silueta y el peso para adolescentes (Levine y Hill, 1991).

2. Los trastornos alimentarios: contiene información general sobre estos trastornos, describiendo signos, síntomas y aspectos psicológicos de los mismos.

3. Las consecuencias psicológicas y somáticas de los trastornos alimentarios: información sobre los daños físicos de los vómitos.

4. El cuerpo y las dietas: consta de datos y ejercicios dirigidos a respetar las diferencias individuales en el peso y la silueta.

5. Los factores socioculturales: El objetivo de este capítulo es hacer que los estudiantes piensen por sí mismos a fin de oponer resistencia a los mensajes culturales perjudiciales respecto de la belleza, la silueta y las dietas.

6. La pubertad: se centra en acabar con los mitos en torno a la grasa corporal, explicando su relación con el desarrollo.

7. Qué hacer si sospechas que padeces un trastorno alimentario: brinda pautas para los docentes, enfermeros de las escuelas y consejeros psicológicos con el fin de que puedan realizar intervenciones tempranas.

- Vídeo “Esta es mi vida”, suministra información acerca de los trastornos alimentarios, las complicaciones médicas y la preocupación cultural por la delgadez. Muestra entrevistas con pacientes de ambos sexos y el desarrollo completo de un trastorno alimentario en una joven.

- Folletos para los servicios de salud

- El libro “Lucha por el cuerpo”, junto con una circular, dirigidos a los servicios escolares de salud. Dan pautas sobre cómo relacionarse con los niños y jóvenes que sufren trastornos alimentarios en diversos grados y sugerencias sobre procedimientos de derivación y tratamientos adecuados.

Los objetivos de este programa eran asegurarse la utilización práctica del material descrito, satisfacer las necesidades de una mayor capacitación profesional de cara a detectar precozmente la existencia de TCA entre la población y mejorar la coordinación entre los profesionales y las instituciones centrados en esta labor preventiva.

En 1994 se realizó un estudio con una muestra representativa de adolescentes (462 niñas y 216 niños de 15 años), con el fin de conocer los efectos del programa y decidir en qué áreas concentrar las estrategias preventivas futuras. Para ello elaboraron un cuestionario sobre el peso y la estatura para calcular el índice de masa corporal (IMC) y sobre el conocimiento de los trastornos alimentarios y la fuente de información. Además incluyeron preguntas sobre el desempeño académico y social en la escuela. Utilizaron también el EDI (*Eating Disorders Inventory*, Garner, Olmsted y Polivy 1983) y las subescalas de “Perfeccionismo” e “Insatisfacción General” de la Escala de Condiciones Adecuadas para la Anorexia y la Bulimia (*Setting Conditions for Anorexia and Bulimia Scales*, SCANS; Slade y Dewey, 1986; Slade, Dewey, Kiemle y Newton, 1990).

Se hallaron indicadores de alguna clase de trastorno alimentario en el 8.8% de las niñas y en el 0.9% de los niños, la mayoría de los cuales presentaban síntomas de bulimia. Por otra parte, las niñas obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas más altas que los chicos en las escalas del EDI para “Bulimia”, “Compulsión a ser delgado” e “Insatisfacción con el propio cuerpo”. Asimismo, observaron que el 99% de las niñas y el 89% de los niños conocían los signos y síntomas de los trastornos alimentarios y que el 97% de las niñas y el 88% de los niños contaban con información sobre los factores de riesgo. Por otra parte, las chicas tenían más conocimientos acerca de las consecuencias de los TCA (69%) que los chicos (41%). La escuela fue la fuente de información para el 53% de las chicas y el 43% de los chicos. Limitados por la carencia de datos comparativos, es posible interpretar estos resultados como evidencia indirecta del efecto de las actividades de la sección educativa del programa. Por otro lado, los autores se cuestionaron el efecto de la Psicoeducación: se descubrió un porcentaje relativamente alto de alumnos con información sobre los TCA, padecieran o no de alguno; el porcentaje de alumnos con síntomas de TCA graves era bastante similar al encontrado en estudios realizados sobre incidencia de trastornos alimentarios. En esta línea, estudios controlados que analizan el papel de la educación / información sobre trastornos alimentarios (Carter, Stewart, Dunn y Fairburn, 1997; Smolak, Levine y Schermer, 1998) han corroborado que la información sobre los síntomas no sirve de

nada o, tal vez, sea incluso dañina al inspirar el desarrollo de algún síntoma (Habermas, 1992). Un resultado sorprendente fue que casi el 40% de la muestra manifestó un desempeño social muy pobre en la escuela, lo que quizás indique que los trabajos preventivos futuros deban concentrarse en la mala adaptación general. Más llamativo resultó aún el que los estudiantes con un trastorno alimentario informaran tener un mejor rendimiento social y académico.

↳ **Programa: “La alimentación inteligente es la alimentación que me beneficia”** (Smolak, Levine y Schermer, 1998).

El programa se llevó a cabo en seis de las siete escuelas primarias de un distrito escolar rural del estado de Ohio y en él participaron 299 alumnos de ocho grados, con edades comprendidas entre 9 y 10 años, de los cuales 156 eran niños y 143, niñas. Otros tres grados de las mismas escuelas conformaron el grupo control. El programa se estructuró en 10 lecciones, incluidas dentro del currículum escolar, y los objetivos que perseguía fueron los siguientes:

1. Transmitir la importancia de una nutrición adecuada, incluyendo que la grasa corporal es un nutriente, y explicar cómo usar la Pirámide Alimentaria de la USDA para lograr una alimentación saludable.
2. Estimular la práctica de ejercicio físico moderado y saludable de forma regular.
3. Instruir a los alumnos y padres sobre la diversidad natural de las formas y tamaños corporales.
4. Incentivar el desarrollo de una imagen corporal positiva.
5. Incentivar la alimentación saludable en lugar de dietas restrictivas.
6. Estimular la evaluación crítica de los mensajes mediáticos sobre la silueta y la nutrición.

Para la evaluación del programa (pre y posterior a la aplicación del mismo) se elaboró un cuestionario que valoraba los diferentes contenidos tratados a lo largo de las 10 sesiones y también se utilizó la Escala Infantil de la Estima Corporal (*Body Steem Scale for Children*, BES, Mendelson y White, 1993). Los resultados indicaron que los conocimientos de los niños se habían incrementado en 6 de las 10 áreas tratadas. A nivel de cambio en actitudes y/o comportamiento, el programa no produjo ningún efecto en las dietas, las bromas, la alimentación o el ejercicio físico, de hecho, en el pos-test las bromas aumentaron. No se observó ningún efecto en las actitudes hacia las personas con sobrepeso, ni en la preocupación por engordar. En cuanto a la estima corporal, ésta pareció mejorar en los chicos que habían participado en el programa, pero no en las chicas. Sin embargo, no queda claro el

significado de dicho efecto pues las chicas que no participaron, también revelaron esa mejora.

↳ **Un programa participativo para prevenir la preocupación por el peso y la silueta en alumnos de una escuela de danza** (Piran, N., 1999).

Se trata de un estudio longitudinal de 10 años de duración, a lo largo de los cuales se toman medidas en los siguientes momentos: 1987, 1991 y 1996. El programa se aplicó en una escuela de ballet de Norte América, de alto rendimiento, competitiva, que acoge estudiantes de todo el mundo. El objetivo del programa consistió en reducir la preocupación por el peso y la figura, creando un ambiente en el colegio en el que los estudiantes se sintieran cómodos en relación a los cambios debidos a la pubertad y el crecimiento. Para ello se formó tanto a los docentes como a todas las personas implicadas en el funcionamiento del colegio, de manera que pudiera crearse una cultura a favor de la diversidad en el entorno de los estudiantes. Se prohibió cualquier evaluación negativa por parte de los profesores y se incluyó como miembros del equipo a profesionales que estaban en contacto con los alumnos, de manera que éstos pudieran detectar cualquier preocupación por la figura o el peso en los estudiantes. Mediante grupos de diálogo con los diferentes miembros del colegio se identificaban y subsanaban factores que podrían provocar la aparición de preocupaciones en torno al cuerpo. Estos grupos solían realizarse de 2 a 10 veces a lo largo del año. La muestra, en los tres momentos en los que se toman las medidas, estuvo compuesta por estudiantes de 7º - 9º grado (media de edad 13) y de 10º - 12º grado (media de edad 16) fundamentalmente mujeres (83%) y, puesto que el grupo de los hombres fue muy reducido, los datos se excluyeron de cara a los análisis.

Las medidas de evaluación que se tomaron fueron la DSED (*Diagnostic Survey for Eating Disorders*, Johnson, 1985), el EAT-26 (*Eating Attitude Test*, Garner y Garfinkel, 1979) y el EDI (*Eating Disorders Inventory*, Garner y col., 1983). Los resultados indicaron una reducción significativa, a lo largo del tiempo, en la mayoría de las medidas de sintomatología alimentaria, dieta restrictiva y actitudes negativas acerca de la comida y el peso. Los cambios más significativos se observaron en el grupo de 7º - 9º grados, en las medidas tomadas a los 4 años (1991) y a los 9 años (1996) desde la implementación del programa.

↳ **Reducción de los factores de riesgos asociados a los trastornos alimentarios**

(Celio, Winzelberg, Wilfley, Eppstein-Herald, Springer, Parvatis, Taylor, 2000).

Este programa se aplicó en una universidad privada al norte de California, dirigido a un grupo de alto riesgo de desarrollar un TCA: 76 mujeres (media de edad 19.6 años), universitarias, de alto estatus económico, con un alto grado de insatisfacción con su imagen corporal (puntuación media en BSQ = 109.6).

El estudio comparó una versión del programa “*Bodies Student*” (programa de internet que se utiliza para el tratamiento de la imagen corporal en pacientes con TCA) realizada para este trabajo, con una intervención psicoeducativa realizada en clase, llamada “*Body Traps*”, y con un grupo control.

El programa “*Student Bodies*” consistió en una intervención psicoeducativa estructurada en 8 semanas realizada fundamentalmente a través de internet. El objetivo central del programa se centró en reducir la insatisfacción corporal y la preocupación excesiva por el peso, mediante técnicas de discusión cognitiva. También se realizaron sesiones con los coordinadores del programa en diferentes sesiones del mismo, para orientar a los participantes y favorecer la cohesión. Los contenidos que se trabajaron, mediante lecturas enviadas a cada estudiante a través del correo electrónico, hacían referencia a: insatisfacción con la imagen corporal, preocupación excesiva por el peso, dieta, patrones restrictivos en cuanto a la alimentación, ejercicio físico y nutrición. Semanalmente, a los participantes se les entregaba una lectura referida a los contenidos mencionados y ellos tenían que realizar un ejercicio de discusión cognitiva (por ejemplo, identificar creencias disfuncionales propias y cambios en relación a las mismas), enviar sus reflexiones por correo electrónico y entrar en un foro de discusión privado de una revista de imagen corporal.

En cuanto al formato realizado en clase, denominado “*Body Traps*”, se trataba de sesiones grupales, cuyos objetivos son los mismos que los de “*Student Bodies*”, pero, en este caso, no se utilizaron estrategias de discusión cognitiva, sino grupos de discusión en la propia clase. Los estudiantes se reunían semanalmente junto con el profesor, previamente instruido, en sesiones de dos horas de duración. Los contenidos que se trabajaron en este formato hacían referencia a tópicos relacionados con la imagen corporal: los medios de comunicación, perspectivas históricas, consecuencias físicas, desarrollo en la niñez y en la adolescencia, trastornos alimentarios, obesidad y diferencias culturales y étnicas en la imagen corporal. A los estudiantes, cada semana, se les entregaba una lectura referida a

los contenidos mencionados y tenían que reflexionar sobre las reacciones y los sentimientos que en ellos provocaba esa lectura, para luego discutirlo en público.

Las medidas de evaluación empleadas fueron: el EDE-Q (*Eating Disorder Examination*; Fairburn y Beglin, 1994), el BSQ (*Body Shape Questionnaire*; Cooper, Taylor, Cooper, y Fairburn, 1987), el EDI (*Eating Disorders Inventory*; Garner y Olmsted, 1984) y una adaptación de la escala MSPSS realizada por Winzelberg y su equipo (2000) (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988).

Tras la aplicación del programa se observó que el programa basado en Internet (“*Student Bodies*”) resultó efectivo a la hora de reducir la insatisfacción con la imagen corporal y las actitudes y conductas relacionadas con los trastornos alimentarios en mujeres; efectividad que se vio también en el seguimiento. El efecto más fuerte se observó en las subescalas “Preocupación por el peso / silueta”, “Restricción” del EDE-Q, y en la subescala “Impulso a adelgazar” del EDI. No se observaron diferencias significativas entre la condición del programa en clase (“*Body Traps*”) y el grupo control. En este sentido, según los autores, parece ser que la efectividad del programa se basó fundamentalmente en que garantizaba el anonimato de los participantes, dadas las medidas de privacidad y confidencialidad que se adoptaron, y por los contenidos y estrategias cognitivas empleadas.

↳ **Una intervención interactiva psicoeducativa para mujeres con riesgo de desarrollar un trastorno alimentario** (Zabinski, Wilfley, Calfas, Winzelberg, y Taylor, 2004).

Este trabajo va en la misma línea del anterior. El objetivo se centró en analizar la eficacia de una intervención grupal mediante internet (chat) para reducir patrones problemáticos relacionados con la comida y sobre valoraciones relacionadas con la comida, el peso y la figura en mujeres universitarias. Sesenta mujeres (media de edad 18.9, D.T. = 2.4) procedentes de la universidad pública de la costa oeste de EEUU participaron en el estudio, de las cuales 30 fueron asignadas a la intervención grupal y las 30 restantes formaron parte del grupo control. Se consideraban mujeres de alto riesgo de desarrollar un TCA porque sólo fueron seleccionadas aquéllas que puntuaron igual o mayor a 57 en la Escala de Preocupación por el Peso (*Weight Concerns Scale*, Killen, Taylor, Hammer, Litt, Wilson y Rich, 1993). La intervención, con una orientación cognitivo – conductual, constaba de tres fases: la 1ª se centró en abordar conductas alimentarias donde los participantes tenían que identificar patrones anómalos de alimentación (por Ej.

hacer dieta restrictiva severa). La 2ª fase se centró en aplicar técnicas de reestructuración cognitiva para abordar pensamientos negativos relacionados con la sobrestimación del peso y/o la figura; en este caso la labor de los participantes consistía en identificar pensamientos negativos y rebatirlos. Por último, la 3ª fase se centró en prevención de recaídas y consolidación de los aprendizajes adquiridos. Los participantes recibían semanalmente, vía mail, una breve lectura psicoeducativa que tenían que prepararse para luego participar en la sesión de grupo en el chat. Asimismo, tenían que realizar tareas para casa con el fin de reforzar lo aprendido durante la sesión y, al final de la semana recibían un resumen de todo lo trabajado en el chat. Como medidas de evaluación se emplearon las siguientes:

- Línea base: el EDE-Q (*Eating Disorder Examination*; Fairburn y Beglin, 1994), la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE, Rosenberg, 1965) y la Escala multidimensional de apoyo social percibido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support*; Zimet et al., 1988).
- Tras la intervención: La Escala de apoyo social “on line” (*Online Social Support Scale*, Winzelber et al., 2000) y un cuestionario de satisfacción elaborado para este trabajo por los autores del mismo.

Los resultados avalaron la eficacia del programa pues se observaron cambios significativos en la mayoría de las subescalas que valoraban patología alimentaria, al comparar los resultados con los datos obtenidos del grupo control. Al igual que en el trabajo anterior, parece ser que la efectividad del programa se basó fundamentalmente en que garantizaba el anonimato de los participantes, los cuales podían acceder al programa en cualquier momento, y por los contenidos y estrategias empleadas.

↳ **Desde la eficacia a la efectividad en la prevención de trastornos alimentarios: “The Sorority Body Image Program”** (Becker, Ciao y Smith, 2008)

Varias fueron las razones por las que los autores decidieron trabajar prevención de TCA con miembros “sorority”:

- a) Varios estudios sugieren que los miembros “sorority” pueden tener mayor riesgo de desarrollar un TCA (Cashel, Cunningham, Landeros, Cokley y Muhammad, 2003; Grandall, 1988).
- b) “Sororities” representan una parte significativa de población femenina en algunas universidades y puede suponer la mayor organización femenina que comparte ideales y principios.

c) Puesto que los miembros “sorority” a menudo viven juntos, entre ellos se pueden estimular e implementar de manera colectiva lo que han aprendido en sesiones estructuradas.

d) “Sororities” representan un ejemplo de un sistema social relevante.

Dos fueron las formas de intervención: la disonancia cognitiva (CD) y la defensa de los medios de comunicación (MA). Desarrollado por Stice y sus colegas (Stice, Chase, Storer y Appel, 2001; Stice, Mazotti, Weibel y Agras, 2000; Stice, Trost y Chase, 2003) la prevención basada en la disonancia cognitiva se centra en la internalización de los estándares femeninos de belleza (por ejemplo, el ideal basado en la delgadez), lo cual está empíricamente demostrado, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA. Estimulando a los participantes a actuar y a hablar en contra del ideal de belleza basado en la delgadez, la prevención basada en CD intenta crear un estado psicológico de incomodidad (Festinger, 1957) que se resuelve conforme el individuo consigue minimizar la internalización de ese ideal delgado.

Por otra parte, la intervención basada en la defensa de los medios de comunicación (MA) era bastante similar a la anterior pero, en este caso, se sustituyeron los ejercicios de disonancia (role playing, descripciones) por el visionado de vídeos que exploran el papel de los medios de comunicación en la perpetuación del ideal de belleza basado en la delgadez.

El programa constó de dos sesiones de dos horas de duración. En la primera sesión, la tarea de las participantes se centró en describir el ideal de belleza basado en la delgadez, discutir sobre los factores que mantienen ese ideal de belleza e identificar a personas que se benefician de su existencia. A continuación, cada una individualmente crea una lista de costos y beneficios que implica ese ideal de belleza, luego comparten las diferentes listas elaboradas y generan una única lista. A continuación discuten sobre el alcance de ese ideal de belleza y, finalmente, el líder de cada grupo describe la tarea para casa que, también, se hará de forma grupal: una persona se sitúa frente al espejo vistiendo la menor cantidad de ropa posible, el resto la observan y describen atributos positivos sobre el físico, cualidades emocionales y mentales.

En la segunda sesión, las participantes compartieron los listados de atributos positivos creados en la tarea realizada en casa. A continuación, se realizaron ejercicios de role playing, en los que se representaron situaciones mediante las que tenían que convencer a los líderes para que éstos se decantasen también por el ideal de belleza basado en la delgadez. Luego, discutieron las reacciones observadas

y las participantes completaron una tarea en la que tenían que identificar ejemplos de situaciones en las que ellas se sintieron presionadas a perseguir el ideal de belleza. Para finalizar, las participantes de manera individual crearon un listado de 10 cosas que los estudiantes pueden hacer para resistirse al modelo de belleza.

La muestra estuvo compuesta de 149 participantes miembros “sorority” sin TCA que fueron aleatoriamente asignadas a CD, MA y grupo control. Los resultados indicaron que tanto la condición de CD como la de MA permitieron reducir conductas restrictivas, psicopatología general alimentaria e insatisfacción corporal, al compararlas con el grupo control. No obstante, sólo la condición de CD permitió reducir la internalización del ideal de belleza basado en la delgadez al mes de seguimiento.

Como podemos comprobar, después de analizar los diferentes estudios descritos podríamos llegar a la conclusión de que prevenir es una tarea ardua y difícil. Son muchas las variables que hay que tener en cuenta para poder llevar a cabo una labor preventiva satisfactoria. En este sentido, basándonos en los estudios descritos, parece que existe evidencia que confirma que las intervenciones preventivas más efectivas son las que cumplen los siguientes requisitos: programas selectivos (frente a universales), interactivos (frente a didácticos), multisesión (frente a una sola sesión), dirigido solamente a mujeres (frente a los que se dirigen a ambos sexos), ofrecido a participantes con una edad alrededor de los 15 años (frente a participantes más jóvenes) e impartido por profesionales expertos y externos al centro en el que se imparte el programa. De igual forma, los programas que trabajan contenidos relacionados con la aceptación corporal y sin contenido educativo, que emplean instrumentos de evaluación empíricamente validados y que consideran períodos cortos de seguimiento, también muestran tener mayores efectos preventivos.

A continuación, nos centraremos en revisar algunos de los programas preventivos realizados en diferentes puntos de España.

☞ **Tal como eres** (Villena y Castillo – Carballo, 1997)

El programa “Tal como eres” fue dirigido a mujeres adolescentes de la Comunidad Valenciana, escolarizadas entre los 12 y los 15 años, esto es, estudiantes de 1º a 3º de la E.S.O. El programa se desarrolló en dos subprogramas, uno dirigido a las adolescentes y otro a los padres.

Los objetivos del programa dirigido a las adolescentes fueron:

- a) Aprender a identificar los elementos manipulativos de la publicidad y del entorno social.
- b) Enseñar a mantener una adecuada autoestima.
- c) No sobrevalorar la idea de la imagen corporal en detrimento de otras cualidades de la persona.
- d) Facilitar un conocimiento adecuado sobre el significado de la imagen corporal y su influencia en el estado de ánimo y en las conductas de nutrición.
- e) Proporcionar los conocimientos necesarios que expliquen las variaciones de peso.
- f) Informar sobre la influencia en la figura de los caracteres sexuales secundarios.
- g) Facilitar información adecuada sobre la nutrición saludable.

En cuanto al programa de padres, los objetivos se centraron en:

- a) Facilitar un conocimiento adecuado de los trastornos de la conducta alimentaria, características y tipos.
- b) Explicar la génesis de los TCA. Papel de la familia en el origen y desarrollo de estos problemas. Influencia de otros factores ambientales.
- c) Detección temprana: las primeras preocupaciones de las adolescentes en relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Identificación de conductas normales y de signos de alarma. Desencadenantes inmediatos.
- d) Prevención desde la primera infancia a la adolescencia. Profundizar en una noción adecuada de los cambios experimentados en la adolescencia, incidiendo de modo particular en los aspectos de imagen corporal, necesidades de alimentación y comunicación con los hijos.
- e) Orientar sobre cuándo acudir al especialista en busca de ayuda.
- f) Estrategias para disminuir el impacto de las conductas inadecuadas en la dinámica familiar.
- g) Ofrecer información nutricional: peso saludable. Estrategias de control de peso. Prevención de la obesidad.

Con relación al programa dirigido a las adolescentes, éste constó de una sola sesión de dos horas de duración a lo largo de las cuales se trabajaron los siguientes contenidos:

1. Actitud crítica ante la publicidad y la presión ambiental.
 - Reflexión en torno al papel del cuerpo en la publicidad.
 - Estrategias y trucos publicitarios.
 - Finalidad de la publicidad.

- Desmitificación de la perfección corporal.
 - Cambio de los criterios estéticos.
 - Evolución histórica del cuerpo ideal.
2. Autoestima y aceptación de sí mismas.
- Consecuencias de la focalización en lo negativo.
 - Potenciar los valores personales.
 - Descubrir qué es lo que valoramos en los demás.
 - Descubrir qué valoran los demás en nosotros mismos.
 - Dar credibilidad a las personas que nos quieren.
 - Los gustos sociales provocan agresiones al cuerpo de la mujer.
3. Desarrollo físico y regulación del peso.
- Caracteres sexuales secundarios y forma del cuerpo femenino.
 - Agresiones transculturales al cuerpo de la mujer.
 - Manipulaciones “sanitarias” y comerciales.
 - Peso normal o saludable.
 - Regulación fisiológica del peso.
4. Conceptos básicos de nutrición
- Dieta mediterránea.
 - Participación de los grupos de alimentos en una alimentación saludable.
 - Pirámide de los alimentos.
 - Número diario de comidas.
 - Los alimentos prohibidos y las chucherías.
 - Abordaje de problemas y mitos nutricionales.

En cuanto al programa de padres, se realizó en forma de conferencia a la que se invitó a los padres de los alumnos de algunos de los colegios en los que se había impartido el programa para adolescentes. Se pretendía cubrir todos los objetivos, anteriormente expuestos y atender, además, cualquier otra cuestión que los padres desearan plantear.

Tras la aplicación del programa, del que se beneficiaron 2.109 alumnas entre 1º y 3º de la E.S.O., los autores concluyeron que éste había resultado eficaz para inducir cambios en los comportamientos, concretamente en el conjunto de los hábitos alimentarios evaluados, siendo el grupo de las alimentaciones fútiles las que mayor reducción experimentaron. Asimismo, los autores confirmaron que el programa resultó eficaz para disminuir significativamente las actitudes y comportamientos de riesgo entre las adolescentes.

Para una descripción más detallada de cada una de las sesiones, se puede consultar el manual “Intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes. Programa TAL COMO ERES”. Consellería de Sanitat. Dirección general de la salud pública, IVESP. 1999

↳ **Programa de intervención escolar para la prevención primaria de trastornos alimentarios** (Ruiz-Lázaro, 2000).

En 1999 se inicia esta experiencia preventiva en Zaragoza realizada por un equipo multidisciplinar (grupo ZAIMA-prevención) en colaboración con las instituciones, el gobierno regional (Gobierno de Aragón), centros sanitarios, Unidad Mixta de Investigación Hospital Clínico Universitario – Universidad de Zaragoza, asociaciones de padres y direcciones de centros de enseñanza, Asociación Aragonesa de Enfermos con TCA (ARBADA). El objetivo se centró en realizar prevención primaria y secundaria de los trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados. La metodología empleada fue activa con técnicas de implicación (con concienciación e implicación emotiva) y grupales: juego de roles, dramatización, animación teatral y expresión artística mediante el dibujo. El programa constó de 5 sesiones semanales de dos horas de duración, en horario escolar con la presencia del profesorado. Los contenidos trabajados a lo largo de las 5 sesiones fueron los siguientes:

Sesión 1: Alimentación y Nutrición.

• Objetivos:

1. Realizar la medición pretratamiento
2. Reflexionar en grupo sobre los hábitos alimentarios
3. Proporcionar conocimientos sobre nutrición y alimentación saludables
4. Aprender los hábitos alimentarios correctos

• Dinámicas:

- a) Cumplimentación de cuestionarios
- b) Encuestas dietéticas en pequeños grupos
- c) Charla sobre alimentación y nutrición
- d) Falsos mitos

Sesión 2: Imagen Corporal, Sexualidad y Crítica del modelo estético

• Objetivos:

1. Proporcionar un modelo estético corporal más adecuado frente al culto a la delgadez

2. Aprender a aceptar las diferencias también en el caso de la imagen corporal, la figura
3. Vivir la experiencia de los prejuicios frente a la gordura y desarrollar la capacidad crítica frente a ellos
4. Concienciar de la necesidad de ser críticos frente a la publicidad, las influencias socioculturales
5. Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal

• Dinámicas:

- a) Dibujo de la figura humana “ideal”
- b) Juego de roles “el gordito”
- c) Imágenes de publicidad con crítica
- d) Dramatización del anuncio

Sesión 3: Autoconcepto y Autoestima

• Objetivos:

1. Mejorar el autoconcepto y la autovaloración de los participantes
2. Aprender a reconocer las propias cualidades a través de la reflexión y los mensajes de los demás
3. Tomar conciencia de las cualidades y logros de los que poder sentirse orgulloso

• Dinámicas:

- a) Árbol de mi autoestima
- b) Dibujo de las Tortugas
- c) Anuncio publicitario
- d) Espejo mágico
- e) “Caricias” interpersonales

Sesión 4: Asertividad y Habilidades Sociales

• Objetivos:

1. Aprender a relacionarse de forma más hábil y eficaz con los demás
2. Desarrollar estrategias personales para favorecer la asertividad
3. Aprender a ser más asertivo frente a los mensajes externos de la sociedad, publicidad.
4. Adquirir seguridad en sí mismo

• Dinámicas:

- a) Rueda de escucha activa. Defensa de derechos
- b) Compartir “piropos”
- c) Imagen de mi “yo”

d) Juego de roles

Sesión 5: Medidas post-programa y evaluación

- Objetivos:

1. Evaluar el impacto, los resultados y el desarrollo de todas las sesiones del taller

- Dinámicas:

- a) Cuestionarios
- b) Peso y talla con cálculo de IMC
- c) Debate

El programa incluyó una sexta sesión opcional dirigida a trabajar con las familias. Para una descripción más detallada de cada una de las sesiones, se puede consultar la “Guía práctica: Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia” 2ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Arbadá; 2001.

El programa se aplicó en 5 colegios públicos y 5 privados, a alumnos de 1º de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria), seleccionando dos aulas por centro y, siguiendo su evolución en 2º (año 2000). La asignación de las aulas para la intervención y el control fue al azar.

En 1999 se estudiaron 502 alumnos: 257 intervención y 245 grupo control, 266 mujeres y 236 varones. Los resultados indicaron un aumento significativo en los conocimientos sobre nutrición y un descenso de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal en el grupo de intervención. En ese año no se observaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el control, en cuanto al número de alumnos que representaban población de riesgo. En el 2000, de 502 alumnos se estudiaron 441 (222 intervención y 219 de grupo control). En este año se observó que la población con riesgo de TCA disminuyó en el grupo de intervención y aumentó, con diferencia significativa estadísticamente, en el grupo control.

↳ **Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación (PITCA)** (Maganto, del Río y Roiz, 2002)

El programa fue desarrollado por el Departamento de la Juventud del Ayuntamiento de San Sebastián y la Facultad de Psicología del País Vasco. Se aplicó a un total de 57 personas con una dispersión de edad de 15 a 25 años, aproximándose la proporción mujer/varón a 4/1 e igual de dispersos fueron los

niveles académicos de los participantes, no perteneciendo ninguno de ellos al ámbito laboral. Los 57 participantes se distribuyeron en 4 grupos. Un grupo estuvo compuesto por 18 alumnos de 4º de ESO y fue el más homogéneo en edad y nivel académico. Se trataba de un aula escolar con dificultades académicas y con una proporción similar en función del sexo, 50% de chicos y 50% de chicas. El resto de los grupos mantuvo la dispersión de edad, niveles académicos y una mayor proporción de mujeres frente a hombres. El taller contó con 8 sesiones, a lo largo de las cuales se trabajaron los siguientes objetivos:

1. Sensibilizar a los jóvenes y adolescentes con el fin de prevenir los trastornos alimentarios y de imagen corporal.
2. Hacerles tomar conciencia de cuál es su patrón habitual de alimentación y contrastarlo con patrones de alimentación más saludables.
3. Analizar la influencia de los medios de comunicación, de la familia y de los amigos con relación a la satisfacción o la insatisfacción de la imagen corporal.
4. Posibilitar un espacio donde los jóvenes puedan analizar y expresar sus emociones con relación a estos temas.
5. Explicar e informar sobre los principales trastornos de la alimentación.
6. Orientar sobre cómo actuar y a quién acudir ante estos problemas.
7. Crear en los jóvenes una toma de conciencia sobre esta problemática para que, a modo de emisarios, sean ellos mismos quienes difundan dicha información en su red social y familiar.

Las sesiones se estructuraron de la siguiente manera:

Sesión 1: Presentación. Cohesión grupal.

- Actividades y material:
 - . Presentación del taller
 - . Dinámicas de grupo. Cohesión grupal:
 - 1.1. “Rueda de nombres”
 - 1.2. “El pasaporte”
 - 1.3. “Soy, pero parezco”
 - 1.4. “Tomando Tierra”
 - . Percepción de la imagen corporal:
 - 1.5. “Test de siluetas de la imagen corporal”
 - 1.6. “Mirando con lupa”

Sesión 2: Salud, alimentación y nutrición.

- Actividades y material:
 - . Autorregistro sobre preferencias alimentarias:

- 2.1. “Hacer la compra”
 - . Comparación entre las preferencias alimentarias y el patrón personal de alimentación:
- 2.2. “Mi gráfica” (“Hacer la compra”)
 - . Explicación teórica sobre alimentación, nutrición y pautas de alimentación más saludables.
- 2.3. “El mantel saludable”
- 2.4. “Mirando con lupa”

Sesión 3: Imagen corporal I. Modelos sociales.

- Actividades y material:
 - . Reflexión sobre estereotipos culturales y sociales:
 - 3.1. “¿Quién es qué?”
 - 3.2. “Tú sí, tú no”
 - . Análisis sobre anuncios publicitarios: imagen y mensaje:
 - 3.3. “Veo, veo, ¿qué ves”? / “Video publicidad”
 - . Pautas de actuación para la aceptación corporal:
 - 3.4. “Consejos vendo que para mí no tengo”
 - . Explicación teórica sobre los modelos sociales y cambios de rol
 - 3.5. “Mirando con lupa”
 - . Tarea para casa: “El baúl de los recuerdos”

Sesión 4: Imagen corporal II. Satisfacción corporal.

- Actividades y material:
 - . Análisis de los cambios personales. Fotos de mi historia:
 - 4.1. “El baúl de los recuerdos”
 - . Análisis de la satisfacción corporal:
 - 4.2. “Escala de satisfacción de zonas corporales”
 - 4.3. “El patito feo”
 - . Aceptación de mi cuerpo: Yo y los otros:
 - 4.4. “Me gusta de ti”
 - . Explicación teórica sobre los cambios en la imagen corporal y satisfacción.
 - 4.5. “Mirando con lupa”
 - . Tarea para casa. “Espejito mágico”

Sesión 5: Expresión de emociones.

- Actividades y material:
 - . Trabajar las emociones personales hacia el propio cuerpo:
 - 5.1. “Espejito mágico”

- . Cuestionario sobre emociones positivas y negativas:
 - 5.2. “¿Qué pasa con mis emociones?”
- . Explicación teórica sobre las emociones.
- . Trabajar la expresión y modificación de emociones:
 - 5.3. “¿Qué me digo a mí mismo cuando...?”
 - 5.4. “Mi imagen en el espejo”
 - 5.5. “¿Qué hago con mis sombras?”
 - 5.6. “Mirando con lupa”
- . Tarea para casa: “Me doy asco”

Sesión 6: Anorexia.

- Actividades y material:
 - . Comentario de un artículo de periódico sobre un caso real:
 - 6.1. “Me doy asco”
 - . Explicación teórica sobre anorexia.
 - . Análisis y comentario de entrevistas con anoréxicas:
 - 6.2. “Tenéis la palabra” (entrevistas escritas)
 - . Role playing escrito de una situación conflictiva entre madre e hija anoréxica.
 - 6.3. “Vuelta y vuelta”
 - . Explicación teórica sobre emoción expresada.
 - 6.4. “Mirando con lupa”.

Sesión 7: Bulimia.

- Actividades y material:
 - . Explicación teórica sobre la bulimia.
 - . Análisis y comentarios de un caso de bulimia:
 - 7.1. “No me controlo” (vídeo)
 - . Dramatización de una situación familiar:
 - 7.2. “Quítate tú para ponerme yo”
 - 7.3. “Mirando con lupa”

Sesión 8: Stop, ¿qué hacer?

- Actividades y material:
 - . Consejos y pautas sobre cómo actuar con sujetos con trastornos de la alimentación
 - 8.1. “Decálogo final” y “Evitemos hacerlo”
 - . Información de centros de ayuda para trastornos alimentarios:
 - 8.2. “¿Dónde acudir?”

. Evaluación:

8.3. “Cuestionario de valoración del cambio percibido”

8.4. “Evaluación del taller”

Para una descripción más detallada de cada una de las sesiones, se puede consultar el manual PITCA (TEA ediciones, Madrid, 2002).

Al analizar los resultados obtenidos en la evaluación de cada uno de los contenidos trabajados, los autores extrajeron las siguientes conclusiones:

- Prácticamente todos los participantes (95.8%) habían “aprendido” qué características tiene que tener una dieta saludable.
- Respecto a la imagen corporal se constató la existencia de prejuicios muy definidos con relación a las personas delgadas y gordas, atribuyendo cualidades preferentemente positivas a las delgadas y negativas a las gruesas. Las mujeres se mostraron más insatisfechas con su cuerpo que los hombres, pero independientemente del sexo, un 85.2% afirmó que tras la realización del taller se sentía más satisfecho que antes.
- En cuanto a las emociones, se concluyó que habían aprendido a reconocer en sí mismos emociones positivas más que negativas. Además, el 100% de los participantes consideró que se podían cambiar las emociones negativas, aunque sólo fuese un poco.
- Con relación a los temas sobre anorexia y bulimia, al finalizar el taller casi el 100% de los participantes sabía reconocer e identificar correctamente los síntomas de ambos trastornos.

↳ **Programa de promoción de la salud y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria** (Rojo, Ruiz, Hernández y Vila, 2003 - 2004)

Este programa está dirigido a alumnos/as de la E.S.O. de aquellos centros docentes que participan en el proyecto DITCA CV y que han sido seleccionados aleatoriamente para el módulo de Prevención Primaria. Los objetivos generales son:

1. Prevenir trastornos de la conducta alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, en población adolescente.
2. Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
3. Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.
4. Poner en manos de los profesionales que trabajan con adolescentes (psicopedagogos, pedagogos, psicólogos y docentes) un instrumento de trabajo,

sencillo y válido, con el que desarrollar actividades de promoción/educación para la salud y prevenir los TCA.

El programa se organiza en 4 sesiones (una sesión por semana), estructuradas de la siguiente forma:

Sesión 1: Imagen Corporal

• Objetivos:

1. Conocer qué es la imagen corporal y cómo se forma.
2. Explicar el papel de los caracteres sexuales secundarios en la determinación de nuestra figura o silueta corporal.
3. Fomentar la aceptación y el respeto por las diferencias físicas individuales (peso, constitución,...)
4. Desmitificar la idea de la perfección corporal.
5. Aprender a no sobrevalorar la imagen corporal por encima de otras cualidades de la persona.
6. Potenciar otros valores personales, distintos de los estéticos o corporales en la valoración de sí mismos y de los demás.

• Material de apoyo didáctico:

- Fichas de contenido Sesión 1
- Diapositivas / presentación Power Point Sesión 1
- Ficha de trabajo 1.1 “Qué valoro en los demás”

Sesión 2: Autoimagen / autoestima.

• Objetivos:

1. Favorecer la autoimagen y autoestima de los participantes.
2. Conectar la autoimagen y la autoestima con otros factores además de la imagen corporal y la apariencia.
3. Aumentar el autoconocimiento de los propios valores y cualidades y el de los demás.
4. Aprender a identificar aquellos pensamientos negativos que deterioran la autoestima y a cambiarlos por otros más positivos.

• Material de apoyo y didáctico:

- Fichas de contenido Sesión 2.
- Diapositivas / presentación Power Point Sesión 2
- Ficha de trabajo 2.1

Sesión 3: Alimentación / nutrición.

- Objetivos:

1. Promover la dieta mediterránea y mejorar los hábitos alimentarios de los adolescentes.
2. Conocer las necesidades nutricionales y energéticas diarias.
3. Aumentar y consolidar el hábito de desayunar adecuadamente cada mañana.
4. Abordar mitos frecuentes sobre la alimentación.
5. Conocer el peligro de las dietas restrictivas, especialmente durante la adolescencia y sin prescripción médica.

- Material de apoyo y didáctico:

- Fichas de contenido Sesión 3.
- Diapositivas / presentación Power Point Sesión 3
- Ficha de trabajo 3.1: “Menú semanal para el desayuno”
- Ficha de trabajo 3.2: “Mitos de la alimentación”.

Sesión 4: Medios de comunicación y publicidad.

- Objetivos:

1. Desarrollar una conciencia crítica que lleve a los adolescentes a oponer resistencia a los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso o la silueta y la inseguridad respecto a la apariencia.
2. Dar a conocer la manipulación que ejerce la industria del adelgazamiento sobre ellos.
3. Desmitificar creencias erróneas sobre la posibilidad de perfección corporal.
4. Aceptar la diversidad de tamaños y formas corporales como características físicas individuales de cada ser humano.

- Material de apoyo y didáctico:

- Fichas de contenido Sesión 4.
- Diapositivas / presentación Power Point Sesión 4
- Vídeo: “Detrás de las puertas”.

Para una descripción más detallada de cada una de las sesiones, se puede consultar el manual del propio programa disponible en la red.

En cuanto a la aplicación de este programa y los resultados obtenidos, de momento no hay datos publicados hasta la fecha.

☞ **Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: “Educar en Salud: Así soy yo, así son ell@s”** (Solano, Oliveros y Moreno, 2004).

El proyecto SALUT, aprobado por la Comisión Europea dentro de su V Programa Marco en el área de salud y tecnologías de la información, tenía como objetivo, entre otros, contribuir a la prevención de los TCA mediante la difusión de información relativa a los mismos, así como mediante el acceso a herramientas de intervención. Coincidiendo con sus objetivos, el proyecto asumió la realización del programa de prevención que el ayuntamiento de San Martín de la Vega venía realizando en los dos años anteriores. Para el correcto funcionamiento del programa, se estableció una estrecha relación entre el Proyecto SALUT, el Ayuntamiento mencionado y el Instituto de Educación Secundaria “Anselmo Lorenzo” donde se impartió la actividad.

Participaron en el taller un total de 226 alumnos que cursaban 1º y 3º de la ESO: 121 alumnos cursaban 1º (aproximadamente 12 años) y 105 cursaban 3º (aproximadamente 15 años). De este total de alumnos 119 eran niños y 107 niñas.

Las actividades preventivas realizadas fueron:

- Evaluaciones con cuestionarios específicos: “Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria” (EDI-2, Garner, 1998); Cuestionario para Evaluar la Insatisfacción de la Imagen corporal (CEIC, Solano-Pinto y Cano-Vindel, sin publicar), evaluación de cada una de las sesiones con las siguientes preguntas: “¿Qué es lo que más te ha gustado?”, “¿Qué es lo que menos te ha gustado?”, “¿Cómo te has sentido?”, “Puntúa de 0 a 10 la sesión (0 no me ha gustado nada, 10 me ha gustado mucho).
- Taller preventivo dirigido a alumnos/as de 1º y 3º de la ESO. El taller constó de 7 sesiones, realizadas con una frecuencia semanal en horario de tutorías. Los objetivos específicos que se perseguían a través de las 7 sesiones fueron:
 1. Transmitir a los adolescentes estrategias para fomentar el desarrollo de un concepto positivo de sí mismos y de los demás.
 2. Desarrollar críticas hacia la presión sociocultural sobre el cuerpo delgado.
 3. Adquirir los conocimientos básicos sobre nutrición y comportamientos adecuados para una alimentación equilibrada.
 4. Reforzar y / o desarrollar habilidades sociales.

Los contenidos fueron los siguientes:

Sesión 1: Alimentación equilibrada.

Sesión 2: Creencias erróneas asociadas a la alimentación equilibrada.

Sesión 3: Habilidades sociales: ayudando en un problema. Afrontando burlas.

Sesión 4: Autoestima.

Sesión 5: Publicidad y valores.

Sesión 6: Sesión interactiva: pensamientos.

Sesión 7: Pensamientos, emociones y habilidades sociales: expresión de la ira.

• Taller formativo dirigido a tutores/as de alumnos de 1º y 3º de la ESO. Este taller contó con 3 sesiones; 2 que se hicieron previas al taller con alumnos y una después del taller preventivo dirigido al alumnado. Los objetivos específicos fueron:

1. Dotar de conocimientos teóricos sobre los trastornos alimentarios.
2. Fomentar su motivación para su asistencia y participación activa en la realización de los talleres dirigidos a los alumnos adolescentes.
3. Informar de los datos obtenidos en los talleres realizados en el curso 2002/03
4. Recoger sus sugerencias de mejora para años posteriores.

En este taller se trabajaron los siguientes aspectos:

Sesión 1: Los trastornos de la conducta alimentaria.

Sesión 2: Epidemiología, datos de seguimiento y objetivos del taller.

Sesión 3: Evaluación de los talleres.

• Conferencia a familias dentro del Programa de la Escuela de Madres y Padres del I.E.S. Anselmo Lorenzo. Constó de una sola sesión de dos horas de duración. Los objetivos que se pretendían eran:

1. Dotar de conocimientos teóricos de los trastornos alimentarios.
2. Información sobre los objetivos, procedimiento y resultados de los talleres realizados con el alumnado.
3. Fomentar la reflexión sobre el papel de la familia en la prevención.
4. Transmitir pautas de actuación ante los primeros síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria.

• Entrevistas individualizadas con el alumnado y sus familias para aquellos que habían obtenido puntuaciones de riesgo en los cuestionarios empleados.

Tras el análisis de los datos obtenidos a través de los cuestionarios, se pudo detectar un grupo de “riesgo” (12% de la muestra evaluada) pues obtenía puntuaciones superiores a la puntuación de corte establecida en los baremos para adolescentes sin patología alimentaria. En este sentido, se analizaron los datos por separado para el “grupo puntuaciones de riesgo” y el “grupo puntuaciones normalizadas”, asimismo, los análisis se hicieron por separado para 1º y 3º de la ESO. Los resultados indicaron que:

a) 1º ESO:

- Grupo puntuaciones de riesgo: Las puntuaciones disminuyeron en todas las dimensiones, siendo el cambio estadísticamente significativo para la escala cognitivo – emocional y perceptivo del cuestionario CEIC y para obsesión por adelgazar (EDI 1), insatisfacción de la imagen corporal (EDI 3), ineficacia (EDI 4), perfeccionismo (EDI 5), control de impulsos (EDI 10) e inseguridad social (EDI 11).
- Grupo puntuaciones normalizadas: Las puntuaciones disminuyeron en todas las dimensiones, siendo el cambio estadísticamente significativo en miedo a la madurez e inseguridad social.

b) 3º ESO:

- Grupo puntuaciones de riesgo: Las puntuaciones disminuyeron en todas las dimensiones, siendo el cambio estadísticamente significativo para la escala cognitivo – emocional y perceptivo del cuestionario CEIC y para obsesión por adelgazar (EDI 1), insatisfacción de la imagen corporal (EDI 3), desconfianza interpersonal (EDI 6) y conciencia interoceptiva (EDI 7).
- Grupo puntuaciones normalizadas: Las puntuaciones disminuyeron en todas las dimensiones, pero no hubo diferencias estadísticamente significativas.

☞ **Prevenir la Anorexia y la Bulimia: Un reto para todos**
(www.acab.org/cat/prevencio/prevencio.htm).

Se trata del programa de prevención elaborado en el seno de la asociación ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia) de Barcelona para el curso 2005 – 2006, que va dirigido a diferentes sectores de la población, con contenidos específicos para cada uno de ellos.

► **Programa para padres:**

- Conferencia informativa sobre los trastornos de la conducta alimentaria para padres y madres. Se trata de una sesión de dos horas de duración en la que se persiguen los siguientes objetivos:
 1. Adquirir conocimientos básicos sobre la problemática de los trastornos alimentarios y la importancia de su prevención, mediante la promoción de hábitos de vida saludables.
 2. Formar a los padres en el ámbito de la prevención de los TCA y la detección precoz de los mismos.
- Curso sobre los trastornos del comportamiento alimentario y la familia. Consta de dos sesiones de dos horas de duración cada uno. Los objetivos del curso son:
 1. Formar a padres y madres en el campo de los trastornos alimentarios.

2. Ofrecerles la posibilidad de participar en la prevención de los TCA en la familia.
 3. Adquirir pautas de actuación correctas que faciliten el proceso terapéutico del hijo enfermo.
- Taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria para padres y madres. Se trata de un taller de dos sesiones de una hora y media de duración. Los objetivos son:
 1. Formar a padres y madres en el campo de la prevención primaria de los TCA.
 2. Darles la posibilidad de potenciar factores de protección en sus hijos de cara a sufrir un trastorno alimentario.

► **Programa para profesores:**

- Material curricular: Libro – guía sobre prevención inespecífica de los trastornos alimentarios. En este caso se trata de una sesión de dos horas dirigida a los profesores donde se les proporciona la guía indicada y se trabajan los siguientes objetivos:
 1. Formar al profesorado sobre prevención de los trastornos alimentarios.
 2. Proporcionarles habilidades prácticas para trabajar la prevención de estas alteraciones en el aula a través del libro – guía.
 3. Adquirir conocimientos básicos sobre los TCA.
- Curso de formación sobre los trastornos alimentarios. Son 3 sesiones de 3 horas de duración cada una, que persiguen los siguientes objetivos:
 1. Proporcionar un conocimiento básico sobre los trastornos alimentarios y las consecuencias individuales, familiares y sociales de los mismos.
 2. Formar al profesorado sobre prevención de estas alteraciones en el aula y potenciar su papel como agentes preventivos y promotores de salud.
 3. Enseñar habilidades básicas para detectar de manera precoz estos trastornos en el aula.
 4. Promover el conocimiento sobre el proceso terapéutico de los TCA así como una correcta derivación al especialista.
- Consultoría y supervisión personalizada. Una sesión de dos horas centrada en:
 1. Orientar al profesorado sobre las posibles sospechas de alumnos con TCA.
 2. Valorar y orientar al posible alumno afectado para iniciar un tratamiento especializado.
 3. Supervisar las acciones que se realizan desde el centro educativo.
 4. Entrenar al profesorado en entrevistas con el alumno y los padres.

► **Programa para alumnos:**

• Taller de prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario para alumnos de Primaria (10 – 12 años). Se trata de una sesión de dos horas que persigue los siguientes objetivos:

1. Potenciar los factores de protección generales (buena autoestima, autonomía correcta, habilidades sociales) que ayudan en el trabajo de la prevención.
2. Trabajar hábitos alimentarios, alimentación y tolerancia a la diversidad como factores más específicos dentro de la prevención.

• Taller de prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario para alumnos de Secundaria (12 – 16 años). Consta de 4 sesiones de dos horas de duración cada una, estructuradas de la siguiente forma:

Sesión 1: Autoestima y cambios corporales en la adolescencia.

• Objetivos:

1. Potenciar y trabajar los principales factores de protección que pueden hacer más resistente al adolescente de cara a sufrir un trastorno alimentario:
 - a) Favorecer la adquisición de una autoestima sólida que permita al joven valorarse a través de otros parámetros diferentes al aspecto físico.
 - b) Trabajar pensamientos, sentimientos y actitudes relacionados con el propio cuerpo y los cambios corporales que se producen en la adolescencia.
2. Sensibilizar sobre la necesidad de demandar ayuda cuando se sospecha que se pueden estar presentando factores de riesgo.

Sesión 2: Autoestima, imagen corporal y presión del grupo.

• Objetivos:

1. Potenciar y trabajar los principales factores de protección que pueden hacer más resistente al adolescente de cara a sufrir un trastorno alimentario:
 - a) Favorecer la adquisición de una autoestima sólida.
 - b) Reflexionar sobre la influencia de los comentarios de los demás en la propia autoestima y cómo puede condicionar la manera de relacionarse.
 - c) Favorecer una autoimagen corporal positiva y ajustada a la realidad.
2. Sensibilizar sobre la necesidad de demandar ayuda cuando se sospecha que se pueden estar presentando factores de riesgo.

Sesión 3: Sentido crítico.

• Objetivos:

1. Potenciar y trabajar los principales factores de protección que pueden hacer más resistente al adolescente de cara a sufrir un trastorno alimentario:

- a) Fomentar el pensamiento crítico individual y colectivo respecto a los mensajes publicitarios y la valoración social que se hace de la imagen corporal.
 - b) Favorecer hábitos alimentarios saludables.
2. Sensibilizar sobre la necesidad de demandar ayuda cuando se sospecha que se pueden estar presentando factores de riesgo.

Sesión 4: En busca de un cuerpo perfecto?

• Objetivos:

1. Potenciar y trabajar los principales factores de protección que pueden hacer más resistente al adolescente de cara a sufrir un trastorno alimentario:
 - a) Fomentar el pensamiento crítico individual y colectivo respecto a los mensajes publicitarios y la valoración social que se hace de la imagen corporal.
 - b) Reflexionar sobre la evolución histórica de los cánones de belleza y despertar el espíritu crítico ante el ideal de belleza imperante en cada momento histórico y el actual.
 - c) Conocer los peligros que pueden ocasionar las alteraciones en los hábitos alimentarios dirigidos a acercarse al ideal de belleza imperante.
 - d) Favorecer la adquisición de una autoestima sólida que permita al adolescente valorarse a través de unos parámetros diferentes al aspecto físico.
 - e) Favorecer una autoimagen corporal positiva.
2. Sensibilizar sobre la necesidad de demandar ayuda cuando se sospecha que se pueden estar presentando factores de riesgo.

• Taller de prevención de Trastornos del Comportamiento Alimentario para alumnos de Bachillerato (16 – 18 años). Consta de 5 sesiones, las 4 primeras son las mismas que las dirigidas a alumnos de secundaria y se añade una quinta sesión con el siguiente contenido:

Sesión 5: Mitos y hábitos alimentarios.

• Objetivos:

1. Potenciar y trabajar los principales factores de protección que pueden hacer más resistente al adolescente de cara a sufrir un trastorno alimentario:
 - a) Fomentar el pensamiento crítico individual y colectivo respecto a los mensajes publicitarios y la valoración social que se hace de la imagen corporal.
 - b) Favorecer la adquisición de una autoestima sólida que permita al adolescente valorarse a través de unos parámetros diferentes al aspecto físico.
 - c) Conocer el peligro de las llamadas dietas milagrosas y su relación con los trastornos alimentarios.
 - d) Potenciar unos hábitos alimentarios saludables.

2. Sensibilizar sobre la necesidad de demandar ayuda cuando se sospecha que se pueden estar presentando factores de riesgo.

- Prevención continuada.

Se trata de un taller de 2-3 horas de duración para realizar en grupos de 35 alumnos máximo y donde los contenidos a trabajar se determinarán en función de las necesidades de los mismos (autoestima, imagen corporal, sentido crítico, hábitos alimentarios). El objetivo se centra en trabajar la prevención de manera longitudinal con el mismo grupo de alumnos a lo largo de los diferentes cursos de la ESO.

- Cursos personalizados sobre los trastornos alimentarios para alumnos de Ciclos Formativos de Grado Superior.

Son dos sesiones de formación de dos horas de duración cada una dirigidas a la formación específica en el campo de los trastornos alimentarios a alumnos de Ciclos Formativos interesados en adquirir contenidos curriculares relacionados con el área sanitaria, social o de la educación.

► **Programa para agentes de la salud:**

- Formación específica sobre trastornos del comportamiento alimentario y su prevención.

Programa de 15 horas de duración centrado en:

1. Formar a agentes de la salud en el ámbito de la prevención de los trastornos alimentarios.

2. Potenciar el papel de estos agentes en el área de la prevención.

- Cursos de reciclaje para agentes de la salud.

Cursos de 6 horas con el objetivo de actualizar los conocimientos sobre la prevención, trabajando contenidos referentes a revisiones de las últimas experiencias realizadas en prevención así como las últimas publicaciones a nivel clínico sobre las patologías alimentarias.

► **Programa para profesionales del ámbito socio – sanitario:**

- Formación para profesionales del ámbito socio – sanitario en el campo de los trastornos alimentarios.

Son cursos presenciales de 15 horas de duración, donde se combinan sesiones teóricas y prácticas, cuyos objetivos son:

1. Potenciar la formación específica en el campo de los trastornos alimentarios.

2. Adquirir habilidades para determinar un diagnóstico precoz de estas enfermedades.

Para obtener una descripción más detallada de todo el programa puede consultarse el “Programa de actividades de formación y prevención de los trastornos alimentarios” disponible en la red (www.acab.org/cat/prevencio/prevencio.htm).

Tampoco en este caso, hemos encontrado resultados empíricos referentes a la aplicación del mismo.

↳ **Alimentación, modelos estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria** (Raich, Sánchez y López, 2008)

El programa está dirigido a prevenir o reducir los comportamientos no saludables relacionados con la alimentación y el control del peso, así como a mejorar la autoestima de los adolescentes. Va dirigido a estudiantes de enseñanza secundaria. Es muy importante que se presente a los participantes como una intervención dirigida a los hábitos saludables en la alimentación y a cuestiones relacionadas con la importancia de la imagen corporal en los medios de comunicación, la intención es evitar una mala predisposición e, incluso, rechazo por parte de aquellos participantes que ya presentan o comienzan a presentar actitudes y comportamientos alterados en este ámbito.

El programa consta de tres unidades temáticas:

1. “Modelo estético femenino”. Objetivos generales:

- Promover la reflexión sobre el modelo estético femenino que impera en nuestra sociedad en cuanto a su evolución y variabilidad geográfica y cultural.
- Presentar los diferentes modelos estéticos femeninos para persuadir al alumnado acerca de su relatividad y contribuir a que cuestione la creencia del que el ideal de belleza es único y objetivo.

2. “El modelo estético femenino en los medios de comunicación”. Objetivos generales:

- Ayudar a analizar los mensajes de los medios de comunicación para que los alumnos y alumnas desarrollen una actitud crítica hacia dichos mensajes.
- Dar a conocer la información oculta y los trucos que utiliza la publicidad para transmitir y potenciar el modelo estético femenino.
- Ayudar a cambiar falsas creencias transmitidas por los medios de comunicación respecto a los principales mensajes: la noción de perfección, la idea de que el cuerpo es modificable a voluntad y la eficacia de los métodos propuestos para alcanzar estos ideales.

3. “Alimentación y nutrición”. Objetivos generales:

- Dar a conocer la información más relevante relacionada con la alimentación y la nutrición.
- Transmitir la importancia de mantener una alimentación sana y variada.
- Analizar varios menús aplicando los conceptos que se transmitirán entre nutrición y alimentación.
- Corregir falsas creencias sobre aspectos relacionados con alimentación y lo que se considera alimentación equilibrada.

Las presentaciones de cada unidad pueden ser desarrolladas en una hora y media o dos horas, excepto la segunda unidad, “El modelo estético femenino en los medios de comunicación” que incorpora dos actividades, las cuales requieren una hora adicional cada una. Se trata de las actividades “Análisis de un anuncio” y “Carta de denuncia a los medios”, que deben trabajarse en sesiones separadas cada una. Ambas requieren sesiones adicionales de grupo en las que puedan supervisarse y ponerse en común las tareas realizadas. Además, cada unidad incorpora actividades complementarias sugeridas para trabajar individualmente o en pequeños grupos. Se considera conveniente que las sesiones tengan una periodicidad semanal.

El programa ha sido probado de forma específica con adolescentes de 13 años. Los resultados de las investigaciones realizadas sobre la eficacia del programa indican que, además de las presentaciones, es precisamente mediante la realización de las actividades cuando los participantes tienen la oportunidad de analizar y reflexionar sobre los temas tratados y realizar determinadas acciones que tienen un efecto positivo sobre las propias actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación, el control del peso y la imagen corporal.

Como podemos comprobar, son bastantes las intervenciones, a nivel de prevención primaria, que se han llevado y se están llevando a cabo en diferentes puntos de España. Aunque los programas revisados varían en cuanto tipo de programa (interactivo / psicoeducativo), población a la que va dirigido (universal / selectivo), número de sesiones, etc., los contenidos trabajados, en general, son bastante similares y, en principio, los resultados obtenidos son, también, bastante optimistas en el sentido de que, en aquellos programas en los que se han analizado los resultados, se observa que la intervención ha resultado eficaz. Esto es, que la intervención consiguió reducir los comportamientos y actitudes de riesgo que presentaba la población sobre la que se intervenía. Sin embargo, no podemos dejar de lado las limitaciones que presentan la mayoría de los trabajos analizados

referidas a la no existencia de un grupo control y la ausencia de medidas de seguimiento, fundamentalmente.

4. UN TALLER DE PREVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Como hemos podido ver a lo largo de todas estas páginas y, como ya hemos indicado en otra ocasión, es evidente y está más justificada la necesidad de poner en marcha recursos y esfuerzos dirigidos a rededucir la, cada vez mayor, tasa de incidencia de las alteraciones de la conducta alimentaria.

Con esta intención, en el seno del equipo clínico PREVI, dedicado a la evaluación y tratamientos especializados y empíricamente validados de los trastornos alimentarios, surge la idea de contribuir a esta necesidad preventiva. Así, en el año 2004 el equipo pone en marcha un pequeño proyecto destinado a prevenir la aparición de estos trastornos en población general considerada como de riesgo (adolescentes). Para ello, se contactó con un amplio número de colegios de toda la Comunidad Valenciana (Alicante, Valencia y Castellón); la intención era poder acceder al mayor número posible de colegios pero, obviamente, nos encontramos con limitaciones de recursos, tiempo y disponibilidad tanto por parte nuestra, como de los colegios. El resultado fue el desarrollo de un taller preventivo dirigido a alumnos de la E.S.O. y Bachillerato, padres y profesores que cumplía los siguientes requisitos:

- a) Brevedad, puesto que se trataba de un taller de una sola sesión de 60 minutos, por grupo de alumnos (N aproximado a 25 alumnos por grupo) y 90 minutos para la charla dirigida a padres y profesores.
- b) Bajo coste económico para los colegios, ya que sólo tienen que proporcionar las instalaciones (las aulas del colegio, cañón de proyección, ordenador personal, televisor, vídeo, si disponen de los mismos, y las fotocopias de los cuestionarios que se emplearán para la evaluación).
- c) Fácil realización, pues es llevado a cabo por profesionales del equipo clínico de PREVI, especializados en la evaluación y el tratamiento de los trastornos alimentarios.
- d) Buena aceptación. Se trata de un taller diseñado con animaciones, ameno, coloquial y didáctico y que usa procedimientos variados (coloquios, vídeo, diapositivas).
- e) No provocar daño o rechazo en ninguno de los asistentes, cuidando la selección de imágenes, formas y contenidos. Evitamos información que se ha demostrado,

puede ser perjudicial, como por ejemplo, dar información sobre qué es un trastorno alimentario, cómo se inicia, formas inadecuadas de perder peso, personajes conocidos que lo han padecido, etc.

A continuación, pasamos a describir los objetivos y contenidos trabajados en el taller.

Programa de prevención de trastornos alimentarios Fase I.

a) Talleres para alumnos de la ESO y Bachillerato:

• *Objetivos específicos del taller:*

1. Aprender a analizar, reflexionar y criticar los negocios millonarios que hay alrededor del cuerpo, y que están detrás de:

- La presión social, valores imperantes en la actualidad (fama, riqueza, éxito social, la belleza, etc.).
- Los medios de comunicación.
- La publicidad, estrategias y trucos publicitarios, finalidad de la publicidad, el papel del cuerpo en la publicidad.

2. Presentar la evolución histórica del cuerpo ideal, desde el siglo XVII hasta la actualidad.

3. Mostrar algunas de las “consecuencias físicas, psicológicas y sociales” derivadas de las conductas de riesgo (dieta estricta, deporte excesivo, cirugía plástica). Desmontar el mito de la anorexia y la bulimia como una enfermedad de moda con cierto “halo de especial” (de princesas), así como conocer el peligro de las llamadas dietas milagrosas y su relación con estas alteraciones.

4. Generar una actitud crítica frente a los valores que priman en la actualidad y los modos de conseguirlos. Incitar a reflexionar sobre otros estilos de vida, otros valores más saludables, etc.

• Duración y material: Sesión de una hora impartido por psicólogos clínicos. Utilizamos diapositivas en formato Power Point y el módulo “¿Cómo ves la publicidad?” del vídeo “El reto de la libertad” (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Unión Europea. Acción familiar. Ediciones Encuentro, S.A., 1997).

• *Contenido del taller:*

a) “Los cuentos que nos cuentan...”

Influencias socioculturales: “Presión cultural que enfatiza la delgadez como valor para alcanzar la felicidad”

1. Presión social: Generadores de “valores culturales”, como por ejemplo, la fama, la riqueza, el éxito social, el prestigio, el poder socio-económico, etc.

2. Los Medios de Comunicación: Difusores de esa información, crean formas de ver la vida que resultan dañinas para los adolescentes, quienes quedan fascinados (algunos atrapados). Todo vale para alcanzar el éxito o la fama.

3. Publicidad: A través de la moda, la belleza, etc. Hay negocios millonarios que asocian el cuerpo delgado al éxito o la felicidad con el único fin de enriquecerse.

b) Adolescencia: blanco fácil.

Consecuencias bio-psico-sociales de los trastornos alimentarios.

1. Mostrar algunas de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de estos comportamientos y actitudes y que pueden ser un signo de alarma.

2. Desmitificar los trastornos alimentarios y mostrar la importancia que tiene el hecho de iniciar una dieta como posible factor desencadenante.

c) Otras alternativas ante la presión social existente:

1. Diversidad de la belleza en función de las épocas y de la cultura.

2. Potenciar la importancia de valorarse teniendo en cuenta otros aspectos de la persona diferentes al aspecto físico.

3. Valorar la diversidad de los distintos estilos de vida.

4. Potenciar un espíritu crítico frente a los mensajes publicitarios y los modelos que nos “venden” a través de los distintos medios (televisión, revistas, paneles, etc.)

d) Coloquio: Discusión abierta entre los alumnos y la psicóloga.

e) Evaluación de la actividad.

Antes y después de cada taller, los alumnos cumplimentaban los siguientes cuestionarios:

- EAT-40 (*Eating Attitudes Test*), el “Cuestionario de las actitudes hacia la comida” (Garner y Garfinkel, 1979) es una medida de autoinforme compuesto por 40 ítems que evalúa un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa.

- ASI (*Appearance Schemas Inventory*) se trata del “Inventario sobre los Esquemas acerca de la Apariencia” de Cash y Labarge (1996). Es un instrumento que intenta recoger el componente cognitivo de la IC. Evalúa creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que ésta tiene en la vida de una persona.

- CIMEC el “*Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal*”, de Toro, Salamero y Martínez (1994) es el principal instrumento que se encarga de evaluar la relación entre el individuo y la cultura. Mide el impacto que

determinados productos sociales (como puedan ser revistas, películas o anuncios), tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. Este cuestionario está elaborado para población femenina, por lo que sólo es completado por las chicas (En la parte metodológica de este trabajo, incluimos una descripción más detallada de cada uno de estos instrumentos).

b) Charlas para padres y profesores:

• Objetivos de la charla:

1. Proporcionar un conocimiento básico sobre los trastornos alimentarios, las posibles causas que los provocan y las consecuencias psicológicas de los mismos.
2. Aprender a reconocer los signos de un trastorno alimentario.
3. Pautas de actuación en caso de sospechar la presencia de la alteración o signos de la misma.
4. Pautas para prevenir su aparición.

• **Duración y material:** Charla de 90 minutos de duración impartida por psicólogos clínicos especializados en el ámbito de los trastornos alimentarios. Se utilizan diapositivas en formato Power Point y un tríptico con un resumen del contenido de la charla.

• Contenido:

1. ¿Qué son los trastornos alimentarios?
 - Anorexia nerviosa
 - Bulimia nerviosa
2. Consecuencias psicológicas:
 - Emocionales
 - Cognitivas
 - Conductuales
3. ¿Por qué se producen?
 - Factores predisponentes, precipitantes y mantenedores
4. ¿Cómo detectarlos?
5. ¿Qué hacer una vez detectados?
6. ¿Cómo prevenirlos?
 - Actitudes para prevenir en casa.

Respecto a la charla dirigida a padres y profesores, no se realizó ningún tipo de evaluación dirigida a comprobar la eficacia de la misma.

Este ha sido el programa de prevención que hemos llevado a cabo a lo largo del curso 2004 y 2005 y los resultados de su aplicación los describiremos de manera detallada en la parte metodológica de este trabajo. A lo largo de esta experiencia, hemos podido comprobar que, a pesar de la buena aceptación del taller y, en principio, buenos resultados, son muchas las limitaciones que presenta (población a la que va dirigida, formato del taller, única sesión, etc.). Debido a ello, decidimos elaborar una nueva versión del taller que, además de cumplir los requisitos previamente citados, cubriera otra serie de aspectos, teniendo en cuenta las recomendaciones propuestas en el estudio meta-analítico realizado por Stice et al, (2007) en el que revisan alrededor de 80 estudios (publicados y no publicados) dirigidos a la prevención de los TCA:

- a) Dirigirnos a una población más específica (chicas de 12 a 16 años). Hasta ahora, habíamos tratado de abarcar chicos y chicas de Secundaria y Bachillerato (desde los 14 a los 18 años de edad), pero tanto la literatura como la propia experiencia clínica nos muestra que la población de mayor riesgo son las chicas y, además, hasta ahora nos habíamos “olvidado” de las chicas prepúberes, siendo precisamente a esta edad cuando empiezan o están a punto de iniciarse todos los cambios físicos y psicológicos asociados al desarrollo sexual y evolutivo de la persona. Asimismo, parece ser que la prevención resulta más eficaz cuando nos dirigimos a una población más selecta (Stice y Shaw, 2004, Stice et al., 2007).
- b) Interactivo: Además de los diferentes coloquios que se llevan a cabo con el contenido de las diapositivas, se han incluido una serie de actividades que requieren la implicación y participación activa por parte de los alumnos.
- c) Multisesión: El nuevo taller consta de dos sesiones de una hora de duración cada uno, que se imparten de manera semanal.

En lo referente a la charla para padres y profesores, ésta se ha mantenido con el mismo formato y contenido dada la aceptación que tuvo tanto por parte de los padres, como por el profesorado.

A continuación, pasamos a describir de manera detallada los objetivos y el contenido del taller.

Programa de prevención de trastornos alimentarios Fase II.

Sesión 1: La publicidad y el estereotipo de belleza.

• Objetivos:

1. Desarrollar una conciencia crítica que lleve a los adolescentes a oponer resistencia a los factores culturales que promueven las dietas, la preocupación por el peso o la silueta y la inseguridad respecto a la apariencia.
2. Mostrar las manipulaciones que los publicistas y las industrias del adelgazamiento realizan para favorecer la venta de los productos.
3. Reflexionar sobre la evolución histórica de los cánones de belleza y despertar el espíritu crítico ante el ideal de belleza imperante en cada momento histórico y el actual.
4. Reflexionar sobre el cambio de los criterios estéticos en relación al cuerpo de la mujer, cambio promovido por motivos puramente económicos que, como consecuencia, generan frustración en muchas personas.
5. Proporcionar un modelo estético corporal más adecuado frente al culto a la delgadez.
6. Aprender a aceptar las diferencias relacionadas con la apariencia física.
7. Aumentar la aceptación de la propia imagen corporal.

• Dinámicas:

- a) Vídeo “¿Cómo ves la publicidad?” (Vídeo “El reto de la libertad”) (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Unión Europea. Acción familiar. Ediciones Encuentro, S.A., 1997).
- b) Debate sobre el contenido del vídeo
- c) Diapositivas sobre los siguientes contenidos:
 - Valores que se transmiten a través de la publicidad
 - Canon de belleza en función de la época y la cultura
 - Análisis del canon de belleza actual
 - Medios promovidos por la publicidad para alcanzar ese ideal de belleza
 - Posibles consecuencias: cirugía estética, TCA, “vigorexia”
- e) Dibujo de figura humana “ideal” (Tomado de “Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria –grupo ZARIMA prevención).
- f) Tarea para casa: buscar recortes de revistas sobre anuncios publicitarios en los que aparezca una persona mostrando ropa, perfumes, alimentos, detergentes, etc. para traerlos el próximo día.

Sesión 2: Sentido crítico

• Objetivos:

1. Análisis sobre anuncios publicitarios.
2. Reflexión sobre estereotipos sociales de belleza.
3. Fomentar la aceptación y el respeto por las diferencias físicas individuales.
4. Potenciar otros valores personales, distintos de los estéticos o corporales en la valoración de sí mismos y de los demás.
5. Desmitificar creencias erróneas sobre la posibilidad de perfección corporal, mostrando y reflexionando acerca de imágenes sobre diferentes modelos profesionales en la vida real comparándolas con imágenes publicitarias de esas mismas modelos.
6. Aceptar la diversidad de tamaños y formas corporales como características físicas individuales de cada ser humano.

• Dinámicas:

- a) Análisis de fotografías (Tomada del programa de prevención llevado a cabo por Anne Stewart, 2000)
- b) Diapositivas sobre los siguientes contenidos:
 - Papel de las modelos
 - Adolescentes: blanco fácil
 - Importancia de la diversidad
- c) Debate sobre el contenido de las diapositivas
- d) Evaluación post-taller

• Evaluación:

- Evaluación previa al taller:
 - EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) “Cuestionario de las actitudes hacia la comida” (Garner y Garfinkel, 1979).
 - MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) (Brown, Cash y Mikulka, 1990; Cash, 2004)
 - CIMEC el “Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal” (Toro, Salamero y Martínez, 1994)
- Evaluación posterior al taller:
 - EAT-26 (*Eating Attitudes Test*) “Cuestionario de las actitudes hacia la comida” (Garner y Garfinkel, 1979).
 - MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) (Cash, 2000).

- CIMEC el “*Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal*” (Toro, Salamero y Martínez, 1994).
- “Cuestionario de recuerdo”: Se trata de un autoinforme de 16 ítems, valorados en una escala Likert de 0 a 4 (0 significa totalmente en desacuerdo y 4 totalmente de acuerdo) realizado por nuestro equipo, dirigido a evaluar en qué medida los participantes han aprendido los diferentes contenidos trabajados.
- “Ponnos nota”: Un pequeño autoinforme, desarrollado también por nuestro equipo, con 9 ítems a valorar en una escala Likert de 0 a 10 (0 significa nada de acuerdo y 10 totalmente de acuerdo) destinado a valorar por parte de los participantes la utilidad del taller, y 4 preguntas abiertas para que los alumnos realicen sus propias aportaciones en cuanto a posibles modificaciones que harían.

Se trata de instrumentos meramente informativos, para obtener feed-back por parte de los alumnos.

MARCO EXPERIMENTAL

INTRODUCCIÓN

Dentro del marco experimental, el contenido está dividido en dos fases.

La primera fase hace referencia al trabajo desarrollado con el taller de prevención dirigido a los alumnos de secundaria y bachillerato, de una sola sesión. Dentro de esta primera fase el contenido se estructura de la siguiente forma: en primer lugar se hace una descripción de los objetivos e hipótesis que perseguimos a lo largo del trabajo, a continuación se describe la muestra empleada en esta primera fase y el procedimiento que se ha seguido para reclutarla. Seguido de esto, se describen de forma detallada los instrumentos empleados en la evaluación de la muestra para continuar con el análisis de los datos y los resultados obtenidos. Comentar, asimismo, que los datos se presentan con la siguiente estructura: en primer lugar se presenta un análisis detallado de la muestra en su totalidad (grupo lista de espera y grupo experimental), analizando cómo se comporta la muestra en los diferentes instrumentos empleados en función de variables como el sexo y la edad. A continuación, se analizan los datos para las muestras por separado, esto es, en primer lugar se estudia el grupo “lista de espera”, con intención de ver qué es lo que ocurre con las puntuaciones obtenidas en cada una de las medidas, pasado un año, si no se interviene y, a continuación, se analizan los datos del grupo experimental, para comprobar la posible eficacia del taller.

La segunda fase del trabajo sigue una estructura similar. En ella se describe los aspectos metodológicos referentes al taller de dos sesiones dirigido, en este caso, sólo a chicas de secundaria. Al igual que en la primera fase, en esta segunda, tras la descripción de los objetivos, hipótesis, muestra y procedimiento e instrumentos empleados para la evaluación de la muestra, se presentan los análisis de los datos y los resultados obtenidos. En este caso el orden seguido es: en primer lugar estudiar a la muestra total (grupo control y grupo experimental) para, a continuación, analizar la posible eficacia del taller, teniendo en cuenta los datos del grupo experimental y los del grupo control. Se finaliza con un apartado sobre las conclusiones extraídas de los diferentes análisis realizados.

Tras el análisis de ambos talleres y, puesto que al final de ambos se contaba con una muestra bastante numerosa, se analizaron los datos psicométricos de los instrumentos de evaluación empleados en ambas fases de prevención (I y II), cerrando el trabajo con conclusiones que se extraen de los diferentes bloques que componen este trabajo.

I. FASE I: TALLER DE PREVENCIÓN PARA CHICOS Y CHICAS

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general de esta tesis consiste en desarrollar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos alimentarios dirigidos a adolescentes escolarizados de la Comunidad Valenciana.

Este objetivo general se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

1. Elaborar un taller de prevención de los TCA centrado en la influencia que pueden ejercer los medios de comunicación y, de forma más concreta, la publicidad, en el desarrollo de los TCA, al estar éstos considerados como uno de los posibles factores causantes o precipitantes de estas alteraciones.
2. Aplicar el taller sobre personas pertenecientes a la población considerada “diana” para el desarrollo de esta problemática, dentro de la Comunidad Valenciana, esto es, a adolescentes de 11 a 19 años.
3. Valorar la eficacia del taller de cara a modificar actitudes y creencias respecto al cuerpo, el peso, la comida y la propia imagen corporal, así como la capacidad del mismo para reducir la influencia que los medios de comunicación pueden ejercer en los adolescentes de cara a “imponer” un modelo estético.
4. Analizar el mantenimiento del cambio logrado con el taller en las diferentes medidas, pasados seis meses de la aplicación del taller.
5. Identificar la posible población subclínica en la muestra y analizar las diferencias existentes en las medidas comparándolas a la población con puntuaciones dentro del rango normal.
6. Evaluar las actitudes que los adolescentes puedan tener hacia la alimentación, así como las suposiciones o creencias sobre su apariencia física y la influencia de los factores socio-culturales en el desarrollo de un modelo estético corporal concreto. Para ello se pretende:
 - 6.1. Comprobar si existe algún tipo de relación entre factores socio culturales evaluados a través del Cuestionario sobre la Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro et al, 1994) y actitudes y comportamientos relacionados con los trastornos alimentarios, evaluados mediante los cuestionarios Inventario sobre los Esquemas de Apariencia (ASI, Cash y Labarge, 1996) y el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT, Garner y Garfinkel, 1979).

Las hipótesis que nos planteamos, respecto al grupo experimental fueron las siguientes:

1. Los alumnos que participen en el taller de prevención lograrán modificar sus actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando una puntuación menor en el EAT-40 tras la aplicación del taller.
2. Los alumnos que participen en el taller mostrarán, tras la aplicación del mismo, unas suposiciones o creencias más adecuadas respecto a su apariencia física, mostrando puntuaciones menores en el ASI tras la aplicación del taller.
3. Tras la aplicación del taller, las chicas mostrarán sentirse menos incitadas a adelgazar y / o utilizar productos de dietética y / o belleza, promovidos por la publicidad, presentando puntuaciones menores en el CIMEC (sólo las chicas completaron este cuestionario).
4. Estos resultados se mantendrán a lo largo del tiempo, tras una segunda evaluación realizada a los 6 meses después del taller.
5. En cuanto a las diferencias entre población normal y subclínica, conforme más alta sea la puntuación en el EAT-40, menos disminuirán las puntuaciones tras el taller.
6. A mayor influencia de los agentes sociales relacionados con el modelo estético, medido a través del CIMEC, mayor número de conductas y actitudes relacionadas con los trastornos alimentarios, medidas a través del EAT-40.

Respecto al grupo lista de espera, que no recibirá el taller preventivo, los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

1. Analizar el curso temporal de las puntuaciones de los instrumentos al pasar un año sin haber recibido ningún tipo de intervención preventiva.
2. Evaluar el posible efecto del paso del tiempo (un año) en las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos, en función del sexo y de la edad,

Las hipótesis que planteamos fueron:

1. Pasado un año en lista de espera, los participantes no mostrarán cambios en las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos.
2. Con relación al sexo y la edad, serán las chicas de mayor edad las que muestren puntuaciones más altas en los tres instrumentos.

Para finalizar y, puesto que tenemos una muestra bastante numerosa y abarca un amplio rango de edad, nos planteamos como siguiente objetivo comprobar si

existen diferencias en las puntuaciones EAT y ASI en función del sexo y de la edad, y en la del CIMEC en función de la edad, ya que éste únicamente lo completaron las chicas.

Las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

1. En relación al sexo, las chicas puntuarán más alto en los tres instrumentos pues, tal y como indica la literatura, constituyen un grupo de mayor riesgo de desarrollo de TCA, en relación a los chicos.
2. En cuanto a la edad, y controlando la variable sexo, pensamos que las chicas de 15 – 16 años puntuarán más alto en las tres medidas (EAT, ASI y CIMEC) que las de 12 – 14 años, mientras que en el caso de los chicos no planteamos ninguna hipótesis.

2. MÉTODO:

2.1. Muestra

La muestra está compuesta por un total de 4268 participantes reclutados de la población general, de los cuales, 2118 sujetos formaron parte del grupo experimental, mientras que los 2150 restantes constituyeron el grupo lista de espera (LE). Con relación al grupo experimental, del total de los participantes (N = 2118), 1094 son mujeres (51.6%) y 1024 varones (48.3%). El rango de edad oscila entre 11 y 19 años ($X = 14.5$, $DT = 1.1$). En cuanto al grupo lista de espera (LE) (N = 2149), 1070 son mujeres (49.8%) y 1079 hombres (50.2%). El rango de edad oscila entre 11 y 18 años ($X = 14.1$, $DT = 1.3$).

Los participantes son, en su mayoría, estudiantes escolarizados en la Educación Secundaria Obligatoria y el Bachillerato, a excepción de un grupo de 62 alumnos (3%) del grupo experimental, y de otro grupo de 83 alumnos (3.9%) del grupo LE, pertenecientes a sexto de Primaria, de la Comunidad Valenciana. El taller se aplicó en 42 colegios tanto públicos (22.3% de los alumnos), como privados (16.6% de los alumnos), como concertados (61% de los alumnos), de las provincias de Valencia (90.5%) y Castellón (9.5%).

Para una descripción más detallada de la muestra véase la tabla 1.

Tabla 1: Descripción de la muestra.

	SEXO	N	%	MEDIA EDAD (DT)	TIPO COLEGIO	n° ALUMNOS	%
Grupo Experimental	Hombres	1023	48.3	14.4 (1.1)	Público	473	22.3
	Mujeres	1095	51.7	14.5 (1)	Privado	352	16.6
	Total	2118	100	14.5 (1.1)	Concertado	1293	61
Grupo lista de espera	Hombres	1079	50.2	14.1 (1.35)	Público	780	36.9
	Mujeres	1070	49.8	14.1 (1.3)	Privado	165	7.6
	Total	2149	100	14.1 (1.3)	Concertado	1204	56

2.2. Procedimiento.

El procedimiento que se siguió para reclutar la muestra consistió en contactar, vía correo postal, con los diferentes colegios de las provincias de Valencia y Castellón. En ese correo se les enviaba una carta de presentación del Centro PREVI y del equipo de profesionales que lo componen. Asimismo, se les enviaba una propuesta del taller y su contenido, así como la oferta gratuita de aplicarlo en el colegio. Una vez identificados los colegios interesados en la participación voluntaria, contactábamos telefónicamente, bien con el director del colegio, bien con el coordinador del departamento de Orientación, para explicarles el modo en que se realizaría el taller.

Por otra parte, y a través del correo electrónico, se les envió los cuestionarios que empleamos para la evaluación del taller. Las instrucciones que se les dieron fueron las siguientes:

- A los alumnos no se les informará del contenido del taller, ni que éste va dirigido a la prevención de los TCA. En su lugar se les diría que sería un taller sobre la publicidad. La finalidad era no sesgar sus respuestas al rellenar los cuestionarios.
- Tres días antes de la aplicación del taller, se realizará el primer pase de los cuestionarios.
- A las chicas se les pasarán los tres cuestionarios (EAT-40, ASI y CIMEC), mientras que los chicos no completarán el CIMEC ya que es un instrumento que únicamente está validado en población femenina y no contamos con datos psicométricos para chicos.
- Una semana después del taller, se realizará el segundo pase de los mismos cuestionarios.

- A los 6 meses de realizado el taller, volveríamos a contactar con el colegio para hacer un tercer pase, con intención de contar con un seguimiento y comprobar si los resultados del taller se mantienen.
- Una vez tuviésemos corregidos los cuestionarios (pedimos un plazo de dos semanas) nos comprometíamos a contactar con el colegio para facilitar el resultado de los mismos, de manera que si detectábamos algún dato llamativo (puntuaciones por encima de la puntuación de corte en los diferentes cuestionarios), el orientador del colegio estaría informado y, si lo considerase, se lo comunicara a los padres. Esta decisión la dejamos en manos del tutor o del orientador, pues ellos conocen en mayor medida a los alumnos y podrían valorar con más información la puntuación dada por los alumnos.
- Igualmente solicitamos que la sala donde se iba a realiza el taller estuviese preparada y los alumnos en ella, de manera que pudiésemos contar con todo el tiempo que disponíamos para el desarrollo del taller.

Asimismo, informamos de la necesidad de contar con un grupo que no participase en el taller, para poder comprobar si los resultados que obtuviésemos fuesen debidos al efecto del propio taller o al efecto de otras variables, como la deseabilidad social de los propios alumnos o el propio azar. Para los alumnos que formaran parte del grupo control, realizaríamos el taller en el año siguiente, no obstante, ellos también completarían los cuestionarios en dos pases, con una distancia temporal del primero al segundo de una semana. Serían los propios profesores quienes determinarían qué alumnos participarían en el taller y cuáles formarían parte del grupo control. De igual forma, a los colegios que no desearon participar en el taller, se les ofreció la posibilidad de que los alumnos completasen los cuestionarios, de manera que se pudiera intervenir en el colegio a modo de “detección precoz de TCA”. Igualmente, participarían en el taller al año siguiente, si así lo deseaban. De esta forma podríamos contar con un grupo control de tamaño similar al experimental.

Sin embargo, aquí nos encontramos con una limitación y es que los colegios que formaron el grupo “control” (de no intervención) se mostraron reticentes a completar los cuestionarios para el segundo momento (pasada una semana del pre-test). Debido a ello, no pudimos contar con medidas post-test (segundo pase) del grupo control con las que comparar los datos del grupo experimental. Dada la situación y, para hacer uso de las medidas pre-test que teníamos del grupo sobre el que no íbamos a intervenir durante ese curso, decidimos que este grupo constituyese un

grupo “lista de espera”. En ese caso, el segundo pase se realizó pasado un año del pre-test.

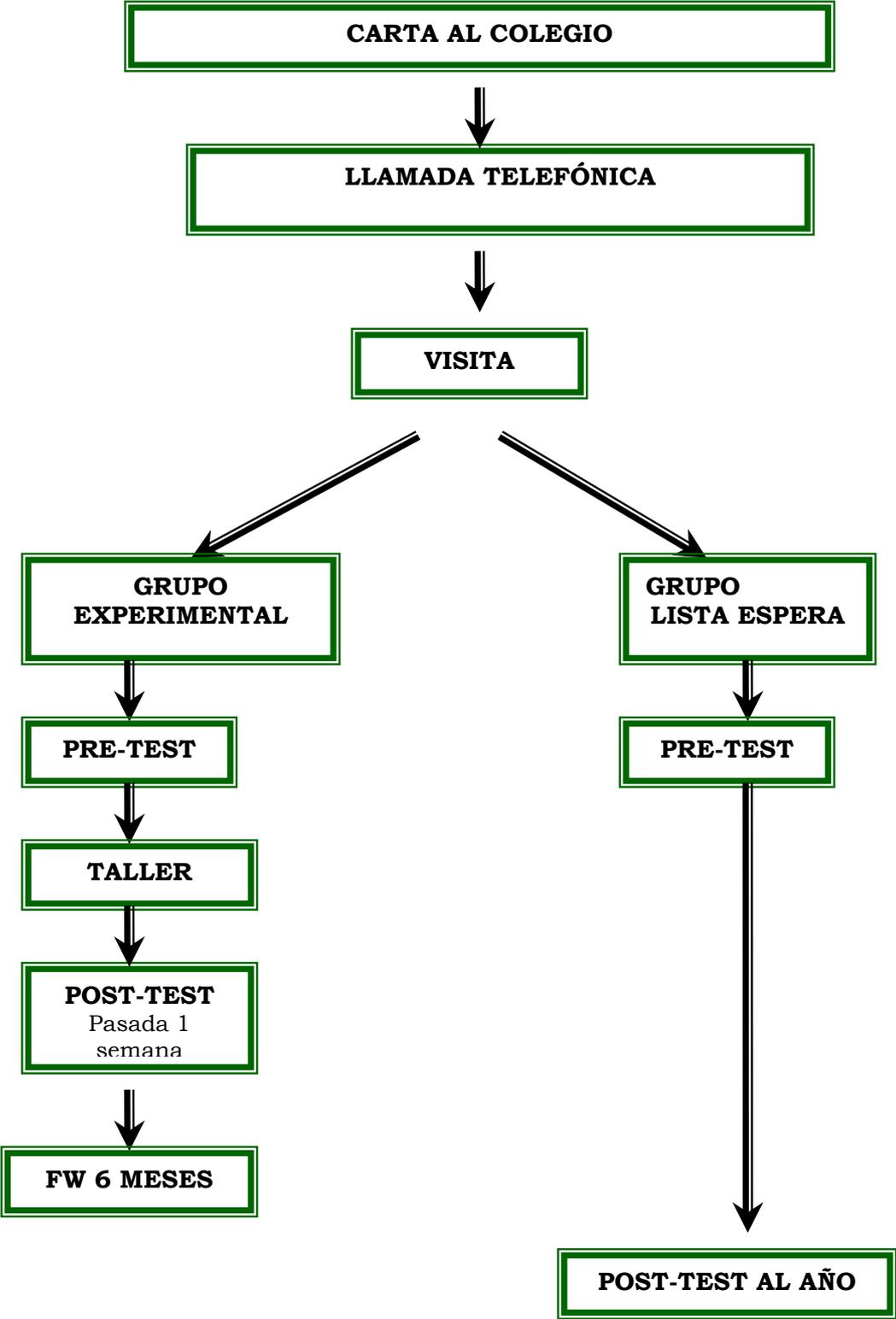
En el caso del grupo lista de espera, todos los alumnos (chicos y chicas) completaron los tres cuestionarios, de manera que pudiésemos analizar los datos psicométricos de la versión breve del CIMEC (26 ítems) para ambos sexos. Para aplicarlo a los chicos, hicimos una pequeña adaptación de los ítems del cuestionario con la intención de que éstos pudieran verse reflejados en los mismos. En el Anexo IV mostramos la versión empleada del CIMEC-26 para los chicos.

El material que necesitábamos para la realización del taller consistía en un cañón de proyección, un ordenador portátil, un vídeo y una televisión. Solicitábamos al colegio si disponían de todos los medios y, en los que no contaban con cañón y portátil, los proporcionábamos nosotros mismos.

El taller se realizó durante la hora de tutoría de los alumnos, con intención de no interferir con el desarrollo de las clases, de manera que eran los mismos profesores quienes determinaban el día y la hora de la realización del mismo.

Puesto que el pre-test se completaba tres días antes del taller, cuando asistíamos a impartirlo recogeríamos los cuestionarios completados. El pos-test nos lo enviaban por correo postal al Centro PREVI o lo traían personalmente los propios profesores. Ver figura 1: Procedimiento.

Figura 1: Procedimiento



2.3. Instrumentos

A continuación se describen las medidas que utilizamos.

2.3.1. Inventario de Esquemas acerca de la Apariencia (ASI, Cash y Labarge, 1996)

El ASI (*Appearance Schemas Inventory*) (ver anexo I) es un instrumento que intenta recoger el componente cognitivo de la imagen corporal. Evalúa creencias o supuestos específicos sobre la apariencia física y sobre la importancia que ésta tiene en la vida de una persona. Son 14 afirmaciones que se puntúan de 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones del ASI presentan una consistencia interna de .84 y una fiabilidad test-retest de .71 (Cash y Labarge, 1996).

En cuanto a su estructura factorial, el ASI consta de 3 subescalas. La primera de ellas, denominada “Vulnerabilidad de la imagen corporal” (*Body-Image Vulnerability*) está compuesta de 6 ítems (2, 4, 5, 9, 11 y 12) que hacen referencia a suposiciones individuales de que la apariencia es inherentemente deficiente y socialmente inaceptable. La segunda subescala, “*Self-Investment*” está compuesta por 5 ítems (1, 3, 6, 7 y 8) que reflejan creencias sobre la apariencia, a la que se le atribuye un papel central en la definición del autoconcepto. Asimismo, se entiende la apariencia como el reflejo de la necesidad por buscar y lograr el atractivo. Por último, la tercera subescala denominada “Estereotipo de la apariencia” (*Appearance Stereotyping*), está compuesta de 3 ítems (10, 13 y 14). En ella se hace referencia a suposiciones acerca de la bondad / maldad social de una apariencia atractiva / no atractiva.

2.3.2. Test de Actitudes hacia la Comida (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982)

El “Test de Actitudes hacia la Comida” (*Eating Attitudes Test*) evalúa un amplio rango de actitudes y comportamientos relacionados con la anorexia nerviosa. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta, que van desde nunca hasta siempre. La puntuación total del cuestionario nos indica gravedad de los síntomas pero no necesariamente indica un diagnóstico de anorexia nerviosa. La versión inicial consta de 40 ítems y ha mostrado buenas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, además de una adecuada sensibilidad y especificidad para el cribado de los TCA, permitiendo discriminar entre un “caso” de TCA y la población normal. A partir del EAT-40, se desarrolló una versión breve de

26 ítems (la empleada en nuestro estudio), la cual presenta una correlación de .98 con el cuestionario EAT - 40.

La versión de 26 ítems consta de 3 escalas: “Dieta” (*Dieting*), que recoge las conductas de evitación de alimentos que engorden y la preocupación por la delgadez. Esta subescala está compuesta de 13 ítems (1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25). “Bulimia y preocupación por la comida” (*Bulimia and food preoccupation*), compuesta por 6 ítems (3, 4, 9, 18, 2 y 26) que hacen referencia a conductas bulímicas (atracones y vómitos) y pensamientos acerca de la comida; y “Control oral” (*Oral control*), compuesta de 6 ítems (2, 5, 8, 13, 19 y 20) relacionados con el autocontrol acerca de la ingesta y la presión por parte de los otros para ganar peso. Al igual que en el EAT-40, los ítems están compuestos por afirmaciones que indican la frecuencia con la que la persona realiza conductas o presenta actitudes relacionadas con los TCA. En esta versión breve, los ítems también se valoran a través de una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta donde, en el caso de los ítems inversos (el nº 1 y el nº 25) las puntuaciones serían “nunca” = 3, “casi nunca” = 2, “algunas veces” = 1, “bastantes veces” = 0, “casi siempre” = 0 y “siempre” = 0. Por otra parte, para los ítems no inversos, las puntuaciones en la escala Likert serían “nunca” = 0, “casi nunca” = 0, “algunas veces” = 0, “bastantes veces” = 1, “casi siempre” = 2 y “siempre” = 3. Para nuestro estudio empleamos la versión española validada por Castro, Toro, Salamero y Guimerá en 1991 (Ver cuestionario en Anexo I).

2.3.3. Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero y Martínez, 1994)

El CIMEC es el principal instrumento que se encarga de evaluar la relación entre el individuo y la cultura. No evalúa la imagen corporal en el mismo sentido que otros cuestionarios (véase, *Body Areas Satisfaction Scale (BASS)*, Cash, 1991; *Body Image Automatic Thoughts Questionnaire (BIATQ)* Cash, Lewis, Keeton, 1987; *Body Attitud Test (BAT)* Probst, Vandereycken, Van Coppenolle y Vanderlinden, 1995), sino que analiza este constructo desde la relación individuo – cultura. Es decir, mide el impacto que determinados productos sociales (como puedan ser revistas, películas o anuncios), tienen en las actitudes y valoraciones que las mujeres desarrollan sobre su cuerpo. El cuestionario, compuesto inicialmente por 40 ítems, ha mostrado una buena capacidad para discriminar entre pacientes anoréxicas y controles y cuenta con una sensibilidad del 81.4% y una especificidad del 55.9% (Toro et al., 1994). Un análisis más detallado mostró que estas

diferencias significativas se mostraban en 26 ítems, lo cual ha dado lugar a la versión CIMEC-26, que presenta una mayor capacidad para discriminar entre grupos de pacientes y grupos normales (Toro et al., 1994). El análisis factorial de los ítems del CIMEC-26 diferenció 5 factores: “Preocupación por la imagen corporal”, formado por 8 ítems (4, 5, 11, 13, 16, 17, 25 y 31), que hacen referencia a la ansiedad que experimenta la persona cuando se enfrenta a situaciones en las que se puede cuestionar su propio cuerpo, o situaciones en las que la persona siente envidia de modelos sociales de delgadez. Este factor también incluye ítems referentes a la práctica de dieta por parte de la persona. El factor 2 denominado “Influencia de los anuncios”, formado por 8 ítems (6, 8, 9, 15, 21, 28, 33 y 38) que reflejan el interés despertado por anuncios sobre productos para adelgazar. El tercer factor, “Influencia de los mensajes verbales” está compuesto de 3 ítems (19, 23 y 26) que hacen referencia al interés despertado por artículos, reportajes, libros y conversaciones relacionadas con el adelgazamiento. El factor cuatro denominado “Influencia de los modelos sociales”, formado por 4 ítems (1, 12, 27 y 37) que reflejan el interés despertado por el cuerpo de actrices y modelos. Y el último factor, “Influencia de las situaciones sociales”, compuesto de 3 ítems (3, 34 y 40) que hacen referencia a la presión social subjetiva experimentada en situaciones que implican comer y la aceptación social atribuida a la delgadez.

Por otra parte, el CIMEC-26 presenta una aceptable consistencia interna tanto en población clínica como en población normal con una sensibilidad del 83.1 % y una especificidad de 66.4 % establecidos para un valor de corte de 16/17 puntos (Toro et al., 1994) (Ver cuestionario en Anexo I).

3. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

Para explicar con mayor claridad los análisis realizados y los resultados obtenidos, nos centraremos en cada una de las hipótesis propuestas. Empezaremos analizando los datos de la muestra total (grupo experimental y lista de espera) en los que se analizan cuestiones específicas de los instrumentos de evaluación empleados (correlaciones, diferencias en función de la edad, sexo), continuaremos con los datos obtenidos con el grupo lista de espera con intención de analizar qué ha ocurrido con las puntuaciones de los instrumentos después de un año sin haber recibido intervención alguna y finalizamos con el análisis de los datos obtenidos con el grupo experimental para valorar la eficacia del taller.

3.1. Análisis de la muestra total (grupo experimental y lista de espera).

3.1.1. Diferencias de sexo y edad en los instrumentos.

Si unimos las dos muestras (grupo lista de espera y grupo experimental) contamos con una muestra bastante numerosa que abarca un amplio rango de edad. En este sentido nos planteamos tratar de analizar si existen diferencias en las puntuaciones pre- test del EAT - 40 y ASI en función del sexo y de la edad, y en la del CIMEC en función de la edad.

Las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

1. Con relación al sexo, las chicas puntuarán más alto en los tres instrumentos pues, tal y como indica la literatura, constituyen un grupo de mayor riesgo de desarrollo de TCA, en comparación con los chicos.
2. En cuanto a la edad, y controlando la variable sexo, pensamos que las chicas de mayor edad (15 – 16 años) puntuarán más alto en las tres medidas (EAT-40, ASI y CIMEC), mientras que los chicos puede que no presenten ningún tipo de variación con relación a esta variable.

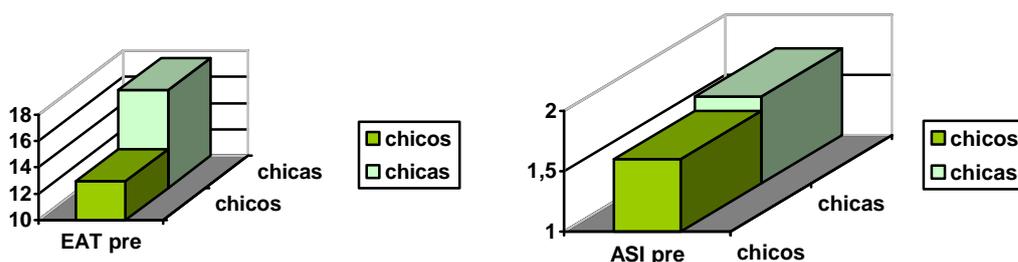
1. Para poner a prueba la primera de las hipótesis aplicamos una prueba “t” para muestras independientes, siendo las variables dependientes las puntuaciones pre del EAT-40 y del ASI de la muestra en su totalidad (grupo experimental y grupo LE).

Los resultados nos indicaron que, tal y como anticipamos, las chicas puntuaron significativamente más alto que los chicos en ambas medidas: EAT-40 $t(4262) = -13.748^*$, $p < .05$; ASI $t(4256) = -4.413^*$, $p < .05$. Ver tabla 2 y Gráfico 1.

Tabla 2: Medias (desviaciones típicas) del EAT y ASI en función del sexo.

	SEXO	n	MEDIA (DT)
EAT pre	Hombre	2099	12.94 (8)
	Mujer	2156	17.44 (13)
ASI pre	Hombre	2098	1.60 (1)
	Mujer	2160	1.72 (.90)

Gráfico 1: Medias del EAT y ASI en función del sexo.



2. Con relación a la segunda de las hipótesis, para ponerla a prueba calculamos un Anova de un factor (edad), siendo las variables dependientes las puntuaciones pre del EAT-40, del ASI y del CIMEC de la muestra en su totalidad (grupo experimental y grupo LE), aunque en este caso realizamos los análisis separando a los chicos de las chicas.

Definimos dos grupos de edad (1: 12 – 14 años; 2: 15 – 16 años) eliminando las edades extremas (11 años y de 17 – 18 años), pues constituían un grupo muy reducido y además pretendíamos que fuesen grupos lo más similares posible en cuanto al momento de desarrollo sexual y personal en que se encuentran.

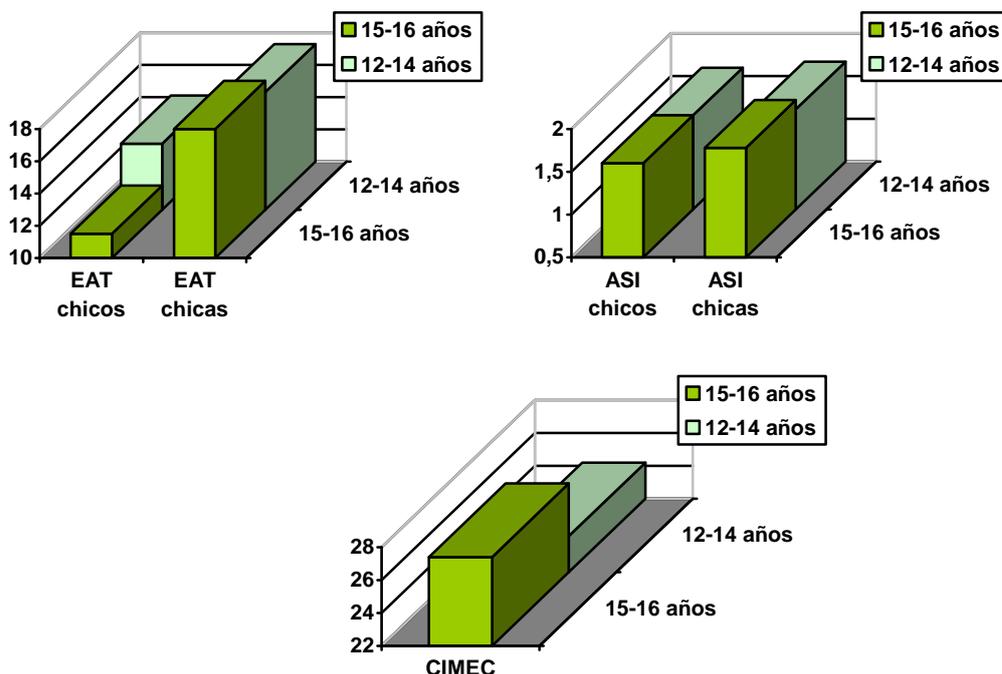
En este caso, los resultados nos indicaron que:

- En el caso de los chicos, resultó significativa la puntuación del EAT-40, $F(1, 2016) = 59.79^*$, $p < .05$, siendo los chicos más jóvenes (12 - 14 años) los que más puntúan. No se encontraron diferencias significativas en el ASI (Ver tabla 3 y gráfico 2):
- Con relación a las chicas, tal y como esperábamos, el grupo de más edad (15 – 16 años) fue el que puntuó significativamente más alto en el ASI: $F(1, 2094) = 8.18^*$, $p < .05$, y en el CIMEC: $F(1, 2054) = 24.47^*$, $p < .05$. No ocurrió lo mismo con el EAT-40, que no mostró diferencias significativas (Ver tabla 3 y gráfico 2):

Tabla 3: Medias (desviación típica) del EAT, ASI y CIMEC en función de la edad.

MEDIDA	SEXO	EDAD	N	MEDIA (DT)
EAT pre	Hombres	12 – 14	993	14.1 (8.6)
		15 - 16	1024	11.5 (6.7)
	Mujeres	12 – 14	1010	17.3 (12.1)
		15 - 16	1091	18 (13.5)
ASI pre	Hombres	12 – 14	992	1.6 (.74)
		15 - 16	1023	1.6 (1.2)
	Mujeres	12 – 14	1006	1.67 (.7)
		15 - 16	1090	1.78 (1)
CIMEC pre	Mujeres	12 – 14	973	24.2 (15)
		15 - 16	1083	27.4 (15)

Gráfico 2: Medias del EAT, ASI y CIMEC en función de la edad.



Finalmente, quisimos comprobar si existía algún tipo de interacción entre las variables sexo y edad. Para ello, calculamos un anova multivariado, siendo los factores fijos el sexo y la edad y las variables dependientes las puntuaciones del EAT-40 y del ASI, puesto que el CIMEC sólo lo completaron las chicas.

Los resultados nos indicaron que sí que existe interacción entre ambas variables (sexo y edad) comprobando que:

- En el caso del ASI, las chicas de más edad (15 – 16 años) son las que más puntúan: $F(1, 4105) = 4.084^*$, $p < .05$. Ver tabla 3.
- En las puntuaciones del EAT-40 se observa que son los chicos de 15 – 16 años los que menos puntúan: $F(1, 4105) = 19.258^*$, $p < .05$. Ver tabla 3.

3.1.2. Correlaciones entre los diferentes instrumentos y la edad

Se calculó el coeficiente de correlación momento producto de Pearson con objeto de analizar las relaciones existentes entre la puntuación total y las subescalas del EAT-40, ASI y CIMEC y la edad de los participantes, dadas las diferencias que encontramos en función de esta variable. Para ello, tuvimos en cuenta las puntuaciones pre-test de cada uno de los instrumentos de todos los participantes (grupo lista de espera y experimental).

La hipótesis que planteamos fue que, en el caso de las chicas, a mayor edad, mayor será la puntuación que obtengan en las medidas. Para los chicos no planteamos ninguna hipótesis.

Para los chicos, los resultados indicaron que la edad únicamente correlaciona con la puntuación total del EAT-40, con la subescala “control oral” del mismo instrumento y con la subescala “Importancia de la apariencia física” del ASI, siendo, además, estas correlaciones bajas. Ver tabla 4.

Tabla 4: Correlaciones entre la edad y los diferentes instrumentos en varones.

	ASI	V.I.C. ²	I.A.F. ³	I.E. ⁴	EAT-40	Dieta	Bulimia	C. Oral
Edad	-.005	-.002	.067*	.004	-.144**	-.039	-.012	-.102**

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

En el caso de las chicas, sólo se confirma la hipótesis en parte. Esto es, las chicas, a mayor edad, mayores puntuaciones presentan en la puntuación total del ASI, en la del CIMEC y en las subescalas “Preocupación por la imagen corporal” e

² Vulnerabilidad de la imagen corporal

³ Importancia de la apariencia física

⁴ Importancia del estereotipo

“Influencia de los anuncios” del CIMEC; mientras que presentan menores puntuaciones en la subescala “Control oral” del EAT-40. No obstante, hemos de indicar que las correlaciones encontradas son bastante bajas. Ver tabla 5.

Tabla 5: Correlaciones entre la edad y los diferentes instrumentos en mujeres.

	ASI	V.I.C.⁵	I.A.F.⁶	I.E.⁷	EAT-40	Dieta	Bulimia	C. Oral
Edad	.055*	.040	.037	-.034	.037	.037	.000	-.087**

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Tabla 5: Continuación

	CIMEC	P.I.C.⁸	I. Anuncios	I. Mensajes verbales	I. Modelos sociales	I. Situaciones sociales
Edad	.151**	.074*	.069*	.043	.046	-.005

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

3.2. Análisis de las medidas en el grupo Lista de Espera (LE)

Contamos con un grupo de tamaño bastante similar al experimental (N = 2149) en el que realizamos dos pases, con una diferencia temporal de un año. El objetivo que perseguimos es comprobar qué pasa con las puntuaciones EAT-40, ASI y CIMEC después de un año sin haber recibido el taller. Recordamos las hipótesis:

1. Pasado un año en lista de espera, los participantes no mostrarán cambios en las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos.
2. Con relación al sexo y la edad, serán las chicas de mayor edad las que muestren puntuaciones más altas en los tres instrumentos.

Para comprobar la hipótesis 1 aplicamos una prueba t para muestras relacionadas. Las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de los instrumentos pueden observarse en la tabla 6. Los resultados nos indicaron que, a excepción de la puntuación del EAT-40, donde no se encontraron diferencias

⁵ Vulnerabilidad de la imagen corporal

⁶ Importancia de la apariencia física

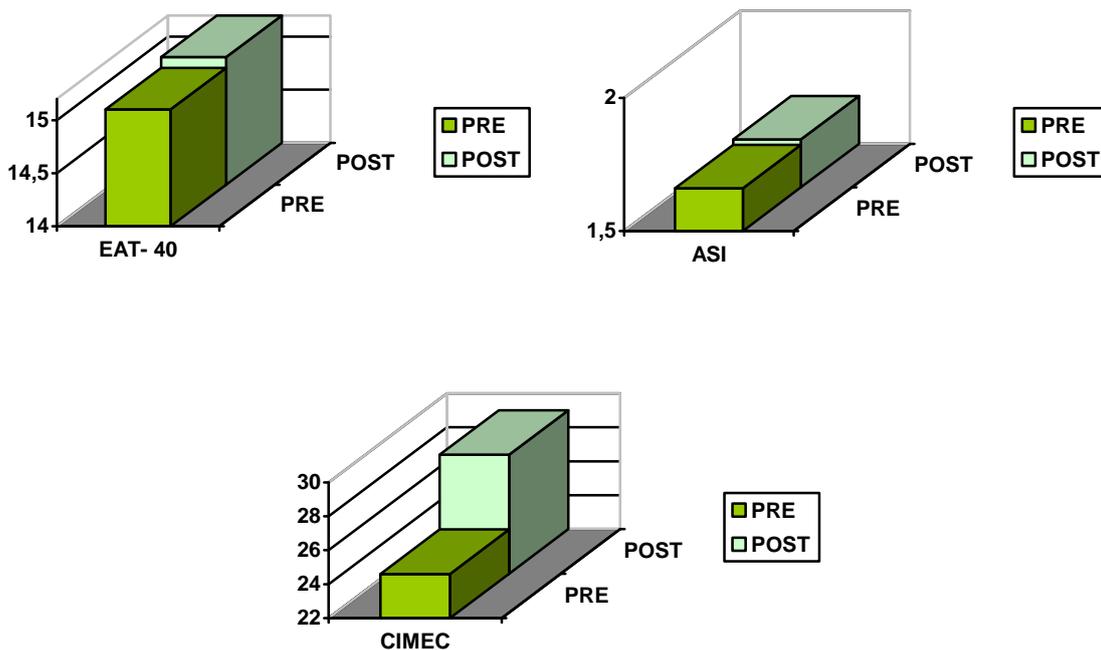
⁷ Importancia del estereotipo

significativas, en el ASI y el CIMEC sí que cambian las puntuaciones en el segundo pase después de 1 año en espera, siendo significativamente más altas en este segundo pase: EAT-40 $t(2142) = -.557$, $p < .05$; ASI $t(2144) = -4.668^*$, $p < .05$; CIMEC $t(991) = -9.907^*$, CIMEC $t(991) = -9.907^*$.

Tabla 6: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones 1º y 2º pase del EAT, ASI y CIMEC (grupo LE).

MOMENTO	EAT-40		ASI		CIMEC	
	Media (DT)	N	Media (DT)	N	Media (DT)	N
Pre	15.1 (10.4)	2143	1.66 (1.1)	2145	24.6 (14.4)	992
Post	15.2 (10.5)	2143	1.68 (1.1)	2145	29 (16.5)	992

Gráfico 3: Medias de las puntuaciones 1º y 2º pase del EAT, ASI y CIMEC (grupo LE)



Al observar estas diferencias, tratamos de comprobar la hipótesis 2, esto es, si estos cambios estaban influenciados por las variables sexo y edad. En este sentido realizamos, un Anova de medidas repetidas, siendo el factor inter-sujetos el sexo y

⁸ Preocupación por la imagen corporal

la edad, con intención de comprobar la influencia de estas variables en las diferencias observadas. Para la edad realizamos dos grupos: 1: 12 – 14 años y 2: 15 – 16 años; eliminamos las edades extremas (11 años, 74 participantes y 17 – 18 años 39 participantes) pues, pretendíamos que fuesen grupos lo más similares posible en cuanto al momento de desarrollo sexual y personal en que se encuentran y en cuanto al tamaño de cada uno de los grupos. Las medias y desviaciones típicas se pueden observar en la tabla 7a. Los resultados nos indicaron que, con relación a la puntuación del EAT-40, existen diferencias significativas en función de la edad $F(1, 2028) = 4.89^*$, $p < .05$, siendo el grupo de menos edad (12 – 14 años) el que más puntúa en ambos pases. También se encontraron diferencias en función del sexo $F(1, 2028) = 106.71^*$, $p < .05$, siendo las chicas las que puntúan más alto en ambos pases. Asimismo, se observó un efecto momento x edad x sexo, $F(1, 2028) = 3.017^*$, $p < .05$, siendo las chicas de 15 – 16 años las que aumentan sus puntuaciones en mayor medida en el segundo pase. Ver tabla 7a y gráfico 4a.

Tabla 7a: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones 1º y 2º pase del EAT-40 en función del sexo y de la edad (grupo LE).

SEXO	EDAD	N	MOMENTO	
			PRE	POST
HOMBRES	12-14	572	14.3 (9)	14.5 (9)
	15-16	440	11.4 (6.5)	11.3 (6)
	Total	1012	13.1 (8)	13.1 (8)
MUJERES	12-14	576	16.7 (11.4)	16.3 (12)
	15-16	444	17.3 (13)	18 (13.3)
	Total	1020	17 (12)	17 (12.2)

Gráfico 4a: Medias de las puntuaciones 1º y 2º pase del EAT en función de la edad (grupo LE).

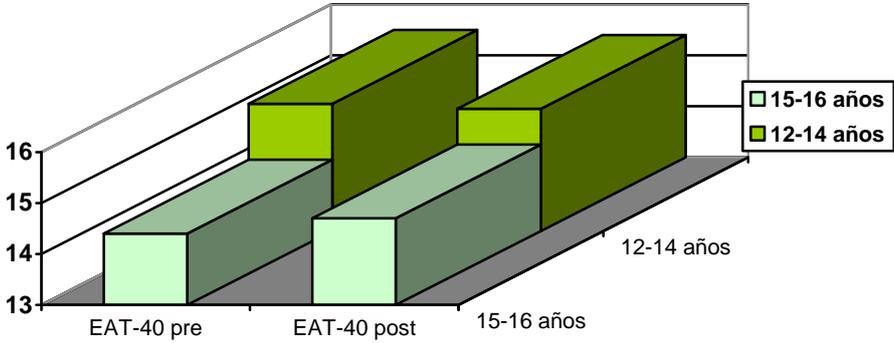


Gráfico 4a: Medias de las puntuaciones 1º y 2º pase del EAT en función del sexo (grupo LE).

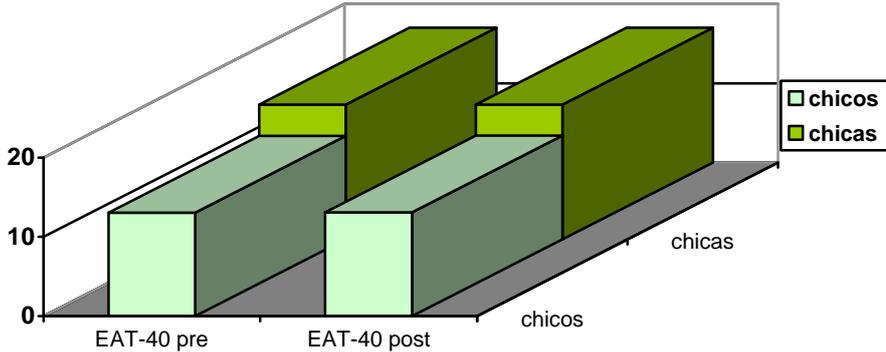
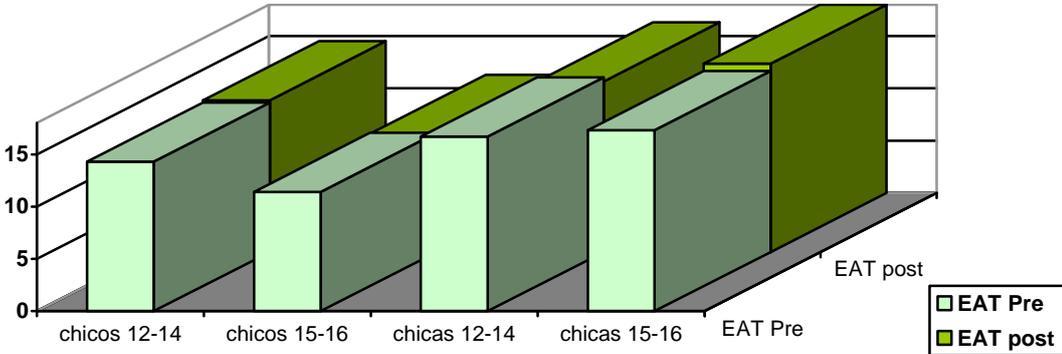


Gráfico 4a: Medias de las puntuaciones 1º y 2º pase del EAT momento x edad x sexo (grupo LE).

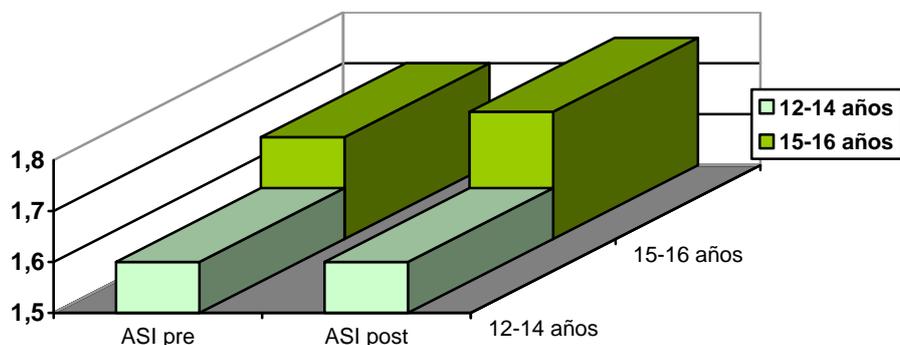


Respecto a la puntuación del ASI, los resultados nos indicaron que existen diferencias significativas en función del momento, $F(1, 2028) = 21.23^*$, $p < .05$, observando puntuaciones más altas en el segundo pase. También, se observaron diferencias significativas en función de la edad, $F(1, 2028) = 4.79^*$, $p < .05$, siendo los participantes de más edad (15 – 16 años) los que más puntúan en ambos pases. No se obtuvieron efectos significativos para el sexo, comprobando que las puntuaciones fueron similares para chicos y chicas. Ver tabal 7b y gráfico 4b.

Tabla 7b: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones 1º y 2º pase del ASI en función del sexo y de la edad (grupo LE).

SEXO	EDAD	N	MOMENTO	
			PRE	POST
HOMBRES	12-14	574	1.6 (.62)	1.63 (.62)
	15-16	439	1.65 (1.7)	1.7 (1.8)
	Total	1013	1.63 (1.2)	1.7 (1.3)
MUJERES	12-14	574	1.62 (.7)	1.64 (.7)
	15-16	445	1.8 (1.4)	1.8 (1.4)
	Total	1019	1.7 (1)	1.7 (1)

Gráfico 4b: Medias de las puntuaciones 1º y 2º pase del ASI en función de la edad (grupo LE).



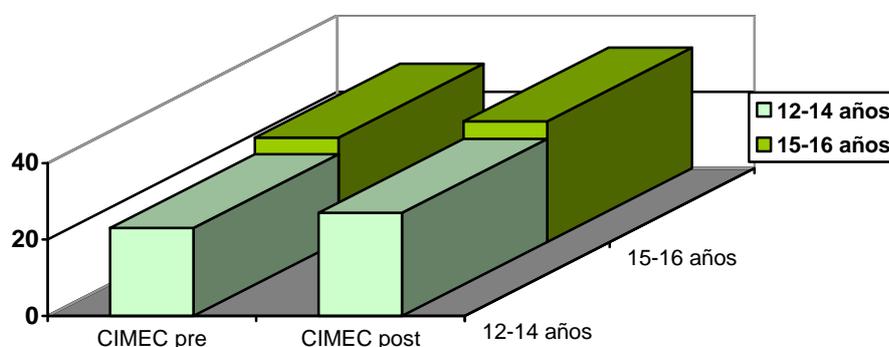
Finalmente y con relación al CIMEC, realizamos el mismo análisis que con las medidas anteriores pero sin tener en cuenta la variable sexo, pues este instrumento sólo fue contestado por las chicas. En este caso, los resultados nos indicaron que existían diferencias significativas en función del momento, $F(1, 961) = 93.41^*$, $p < .05$, siendo más altas en el segundo pase, y de la edad, $F(1, 961) = 26.41^*$, $p < .05$, comprobando que son las chicas de más edad (15 – 16 años) las que más puntúan,

pero todas aumentaron las puntuaciones por igual, pues no se observó ningún efecto momento x edad. Ver tabla 7c y gráfico 4c.

Tabla 7c: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones 1º y 2º pase del CIMEC en función del sexo y de la edad (grupo LE).

Grupos edad	N	PRE	POST
12 - 14	527	23 (13.6)	27 (15.4)
15 - 16	426	27.3 (15)	31.6 (17.4)
Total	953	24.8 (14.4)	29 (16.5)

Gráfico 4c: Medias de las puntuaciones 1º y 2º pase del CIMEC en función de la edad (grupo LE).



Para finalizar y para resumir los resultados obtenidos con el grupo lista de espera comentar que, en general, si no consideramos la posible influencia de las variables sexo y edad, las puntuaciones de las medidas tienden a aumentar pasado un año, excepto las del EAT-40. Al analizar con más detalle estos datos, teniendo en cuenta la influencia de tales variables (sexo y edad), observamos que:

- En el caso del EAT-40 se observa un efecto momento x sexo x edad, siendo las chicas de 15 – 16 años las que aumentan en mayor medida sus puntuaciones en el segundo pase.
- En el caso del ASI las puntuaciones aumentan en el segundo pase y, en ambos momentos (pre y post), los participantes de más edad, independientemente del sexo, son los que más alto puntúan.
- En el CIMEC las puntuaciones aumentan en el segundo pase y, también, en ambos pases, son las chicas de 15 a 16 años las que más alto puntúan.

3.3. Análisis de las medidas en el grupo experimental: Eficacia del taller

Al igual que con el grupo LE, en este caso analizaremos los datos recordando cada una de las hipótesis.

En este sentido, las hipótesis que planteamos fueron:

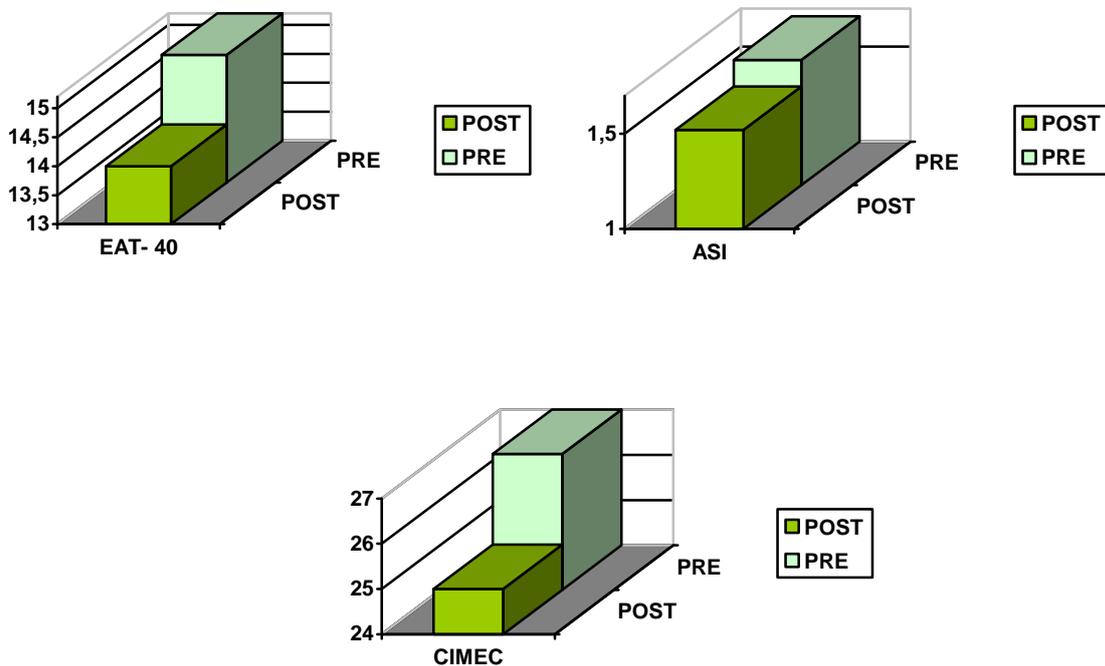
1. Los alumnos que participen en el taller de prevención lograrán modificar sus actitudes y conductas frente a la alimentación, mostrando una puntuación menor en el EAT-40.
2. Asimismo, los alumnos que participen en el taller mostrarán, tras su aplicación, unas suposiciones o creencias más adecuadas respecto a su apariencia física, mostrando una menor puntuación en el ASI.
3. Con relación a las chicas, tras el taller éstas mostrarán menores puntuaciones en el CIMEC, lo que nos podría indicar que se sentirán menos incitadas a adelgazar y / o utilizar productos de dietética y / o belleza, promovidos por la publicidad.
4. Consideramos que esas puntuaciones se mantendrán estables después de 6 meses.

Para comprobar estas hipótesis aplicamos una prueba t para muestras relacionadas (Ver en tabla 8 las medias y desviaciones típicas de los instrumentos). Los resultados nos indicaron que, efectivamente, las medidas cambian de manera significativa tras el taller, siendo menores en el segundo pase: EAT-40: $t(1, 2116) = 8.52^*$, $p < .05$, ASI: $t(1, 2112) = 11.63^*$, $p < .05$, CIMEC $t(1, 1055) = 9.27^*$, $p < .05$.

Tabla 8: Medias (DT) de las puntuaciones pre y post del EAT, ASI y CIMEC (grupo experimental).

Momento	EAT-40	ASI	CIMEC
Pre	15.3 (11.4)	1.66 (.7)	27 (15)
Post	14 (11.4)	1.52 (.71)	25 (15)

Gráfico 5: Medias de las puntuaciones pre y post del EAT, ASI y CIMEC (grupo experimental).



↳ **Cambios en las subescalas de los instrumentos:**

Por otra parte, quisimos comprobar qué subescalas de cada una de las medidas cambiaban en mayor medida tras la aplicación del taller.

Para ello, aplicamos, nuevamente, una t para muestras relacionadas pero teniendo en cuenta, en este caso, la puntuación de cada una de las subescalas de los instrumentos utilizados.

Los resultados nos indicaron que, con relación a las subescalas del EAT-40, las tres puntuaciones fueron significativamente menores en el post-test: Dieta $t(2116) = 7.38^*$, $p < .05$, Bulimia y preocupación por la comida $t(2116) = 6.72^*$, $p < .05$, Control oral $t(2116) = 8.21^*$, $p < .05$. Ver tabla 9.

Tabla 9: Medias (desviaciones típicas) de las subescalas pre y post del EAT (grupo experimental).

Subescala	Dieta		Bulimia		Control oral	
	pre	post	pre	post	pre	post
Media (DT)	2.5 (3)	2.2 (3)	.99 (2)	.75 (2)	2.5 (3.1)	2.1 (3)

En cuanto a las subescalas del ASI, los resultados nos indicaron que las subescalas “Importancia de la apariencia física (I.A.F.): $t(2110) = 13.11^*$, $p < .05$, y “Estereotipo sobre la apariencia (E.A.): $t(2103) = 25.77^*$, $p < .05$, sí disminuyeron tras la aplicación del taller, mientras que la subescala “Vulnerabilidad de la imagen corporal (V.I.C.)” aumentó: $t(2112) = -9.45^*$, $p < .05$. Ver tabla 10.

Tabla 10: Medias (desviaciones típicas) de las subescalas pre y post del ASI (grupo experimental).

Subescala	V.I.C.		I.A.F.		E.A.F.	
	pre	post	pre	post	pre	post
Media (DT)	1.4 (.7)	1.5 (.8)	2 (.75)	1.7 (.95)	1.7 (1.1)	1.2 (.9)

Por último y, con relación a las subescalas del CIMEC, los resultados nos indicaron que, a excepción de la subescala “Influencia de los modelos sociales” (I.M.S.) que no mostró diferencias significativas, las demás subescalas sí que mostraron cambios, siendo menores en el pos-test: Preocupación por la IC (P. IC) $t(1032) = 9.22^*$, $p < .05$; Influencia de los anuncios (I.A.) $t(1032) = 8.35^*$, $p < .05$; Influencia de los mensajes verbales (I.M.V.) $t(1032) = 13.4^*$, $p < .05$; Influencia de las situaciones sociales (I.S.S.) $t(1031) = 6.58^*$, $p < .05$. Ver tabla 11.

Tabla 11: Medias (desviaciones típicas) de las subescalas pre y post del CIMEC (grupo experimental).

Subesc.	P.I.C.		I.A.		I.M.V.		I.M.S.		I.S.S.	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Media (DT)	7 (5.2)	6 (4.5)	4 (4)	3.2 (4)	2.2 (2)	1.6 (2)	3 (2)	3.1 (2)	2.1 (1.5)	1.9 (1.5)

↪ Cambios en las medidas (puntuaciones totales) en función del sexo y de la edad:

Al comprobar que las puntuaciones totales de los instrumentos se reducían tras el taller, tratamos de analizar si estos cambios estaban influenciados por las variables sexo y edad, esto es, qué grupo (en función del sexo y de la edad) se beneficiaba más del taller. En este sentido realizamos, un Anova de medidas repetidas, siendo los factores inter- sujetos el sexo y la edad. Para la edad realizamos dos grupos similares a los del grupo lista de espera: 1: 12 – 14 años y 2:

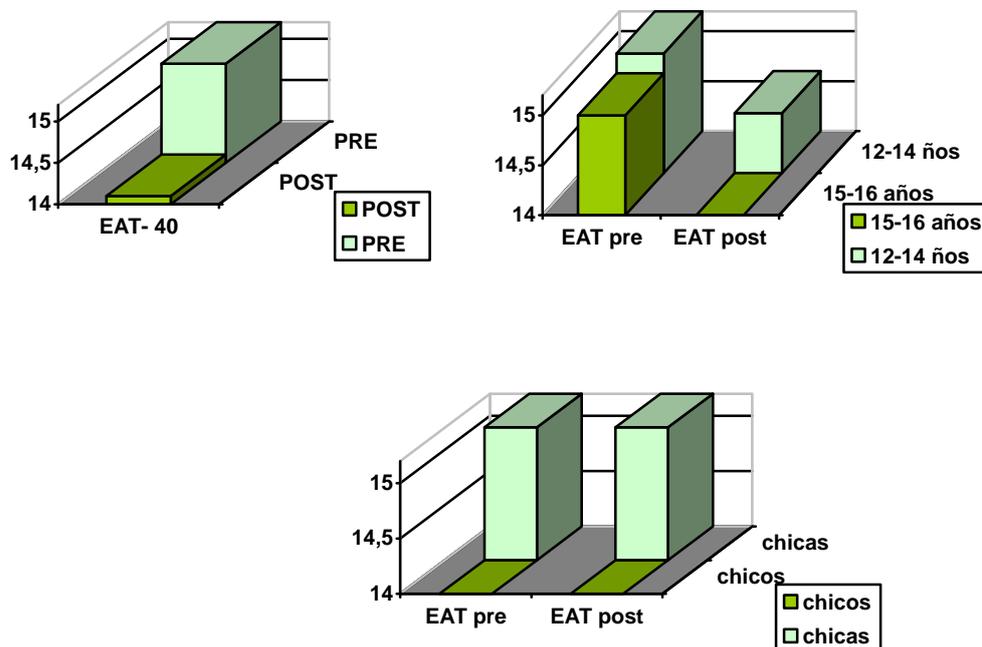
15 – 16 años; eliminando las edades extremas (11 años y 17 – 18 años), por las razones previamente comentadas.

Los resultados nos indicaron que, con relación a la puntuación del EAT-40, sí existen diferencias significativas en función del momento, $F(1, 2079) = 71.37^*$, $p < .05$, siendo menores en el post-test; también hubo diferencias en función de la edad, $F(1, 2079) = 114.4^*$, $p < .05$, siendo el grupo de menos edad (12 – 14 años) los que más puntúan en ambos pases; y del sexo, $F(1, 2079) = 5.77^*$, $p < .05$, siendo las chicas las que puntúan más alto en ambos pases. No se observó ningún otro tipo de interacción (Ver tabla 12a y gráfico 6a).

Tabla 12a: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones pre y pos-test del EAT-40 en función del sexo y de la edad (grupo experimental).

SEXO	EDAD	N	MOMENTO	
			PRE	POST
HOMBRES	12-14	420	14 (9)	12.5 (8.3)
	15-16	584	11.6 (6.6)	11 (7.4)
	Total	1004	12.5 (7.6)	11.5 (8)
MUJERES	12-14	433	18.2 (13)	16.5 (13)
	15-16	646	18 (14)	16.4 (14)
	Total	1079	18 (14)	16.5 (13.5)

Gráfico 6a: Medias de las puntuaciones del EAT: momento, edad y sexo (grupo experimental).

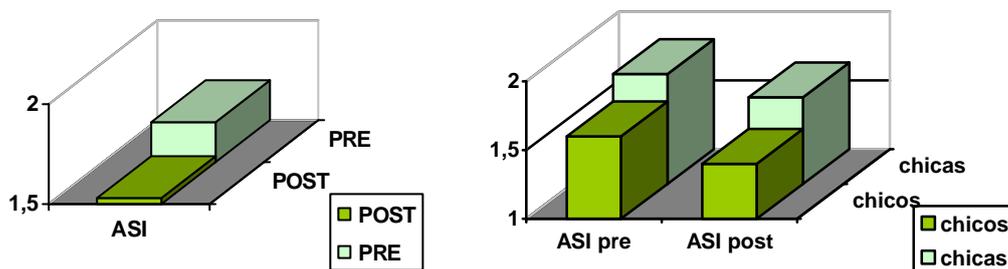


Respecto a la puntuación del ASI, los resultados nos indicaron que existen diferencias significativas en función del momento, $F(1, 2075) = 134.53^*$, $p < .05$, observando menores puntuaciones en el post-test. También se encontraron diferencias en función del sexo, $F(1, 2075) = 51.58^*$, $p < .05$, siendo las chicas las que más alto puntúan en los dos pases. No se encontraron diferencias significativas para la edad, ni ningún efecto de interacción (Ver tabla 12b y gráficos 6b).

Tabla 12b: Medias (DT) de las puntuaciones pre y pos-test del ASI en función del sexo y de la edad (grupo experimental).

SEXO	EDAD	N	MOMENTO	
			PRE	POST
HOMBRES	12-14	418	1.6 (.9)	1.4 (.7)
	15-16	584	1.5 (.6)	1.4 (.7)
	Total	1002	1.6 (.7)	1.4 (.7)
MUJERES	12-14	432	1.7 (.7)	1.6 (.72)
	15-16	645	1.8 (.7)	1.65 (.75)
	Total	1077	1.8 (.7)	1.63 (.7)

Gráfico 6b: Medias de las puntuaciones del ASI: momento y sexo (grupo experimental).

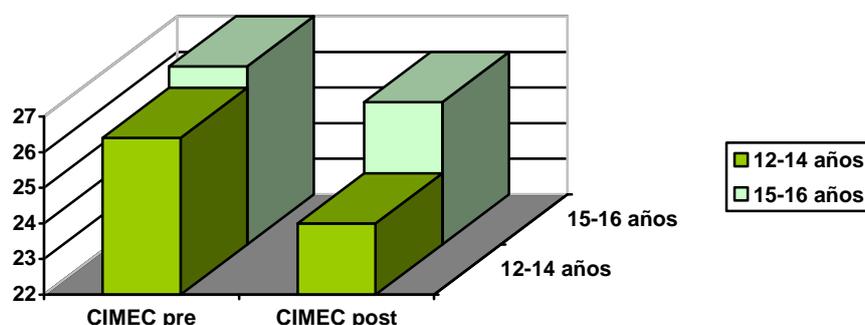


Finalmente y con relación al CIMEC, realizamos el mismo análisis que con las medidas anteriores pero sin tener en cuenta la variable sexo, pues este instrumento sólo fue contestado por las chicas. En este caso, los resultados nos indicaron que sí existían diferencias significativas en función del momento, $F(1, 1043) = 88.66^*$, $p < .05$, siendo menores en el segundo pase, pero también pudimos comprobar que eran las chicas más jóvenes (12 – 14 años) las que más cambiaban tras el taller, pues observamos un efecto momento x edad: $F(1, 1043) = 4.32^*$, $p < .05$. Ver tabla 12c y gráfico 6c.

Tabla 12c: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones pre y pos-test del CIMEC en función de la edad (grupo experimental).

Grupos edad	N	PRE	POST
12 – 14	403	26.4 (16)	24 (15.3)
15 - 16	640	27.3 (15)	26 (15.2)
Total	1043	27 (15.2)	25 (15.2)

Gráfico 6c: Medias de las puntuaciones del CIMEC: momento x edad (grupo experimental).



↪ **Cambios en las subescalas de los instrumentos en función del sexo y de la edad:**

Por otra parte, decidimos analizar la posible influencia de las variables sexo y edad pero, en este caso, teniendo en cuenta las puntuaciones en las subescalas de los instrumentos.

En este sentido repetimos el mismo análisis (Anova de medidas repetidas con la edad y el sexo como variables Inter-grupos), pero considerando en este caso las puntuaciones de los participantes en cada una de las subescalas.

Con relación a las subescalas del EAT-40, los resultados nos indicaron que resultaron significativos los efectos momento (puntuaciones menores en el post-test) y sexo (las mujeres las que más puntúan en ambos pases) en todas las subescalas y además se observó un efecto edad en la subescala “Control oral”, observando que fueron los participantes de 12 a 14 años los que más puntuaban. “Dieta: momento $F(1, 2079) = 50.220^*$, $p < .05$; sexo $F(1, 2079) = 102.600^*$, $p < .05$; “Bulimia”: momento $F(1, 2079) = 45.398^*$, $p < .05$, sexo $F(1, 2079) = 44.032^*$, $p < .05$; “Control oral”: momento $F(1, 2079) = 1352.120^*$, $p < .05$; sexo $F(1, 2079) = 14.941^*$, $p < .05$; edad $F(1, 2079) = 45.498^*$, $p < .05$. Las medias y DT se presentan en la tabla 13.

Tabla 13: Medias (DT) de las subescalas del EAT-40 (grupo experimental).

SEXO	EDAD	N	Dieta		Bulimia		Control oral	
			PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Hombres	12-14	420	2.1 (2.5)	1.8 (2.1)	.75 (1.5)	.53 (1.4)	2.3 (3)	2 (2.7)
	15-16	584	1.7 (1.8)	1.4 (1.8)	.7 (1.4)	.5 (1.4)	1.8 (2.4)	1.4 (2.3)
	Total	1004	1.9 (2.2)	1.6 (2)	.71 (1.5)	.51 (1.4)	2 (2.5)	1.6 (2.5)
Mujeres	12-14	433	3.1 (3.2)	2.7 (3)	1.2 (2)	.9 (2)	3.2 (3.6)	2.6 (3.5)
	15-16	646	3.1 (3.4)	2.8 (3.4)	1.3 (2.5)	1 (2.2)	2.7 (3.4)	2.3 (3.3)
	Total	1079	3.1 (3.3)	2.8 (3.3)	1.3 (2.5)	1 (2.1)	3 (3.5)	2.5 (3.4)

En cuanto a las subescalas del ASI, los resultados revelaron un efecto momento x sexo x edad en las subescalas “Vulnerabilidad de la IC” (V.I.C.) e “Importancia de la apariencia física” (I.A.F.), siendo en ambos casos los chicos de 15 a 16 años los que cambian sus puntuaciones en mayor medida: en “Vulnerabilidad” aumentan, mientras que en “Importancia de la apariencia” disminuyen: $F(1, 2075) = 110.261^*$, $p < .05$, $F(1, 2073) = 3.048^*$, $p < .05$, respectivamente. Finalmente para la subescala “Importancia del estereotipo” (I.E.) del ASI, únicamente se observó un efecto momento: $F(1, 2067) = 631.406^*$, $p < .05$. Ver medias y DT en tabla 14.

Tabla 14: Medias (DT) de las subescalas del ASI (grupo experimental).

SEXO	EDAD	N	V.I.C.		I.A.F.		I.E.	
			PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Hombres	12-14	418	1.2 (.65)	1.3 (.76)	1.8 (.75)	1.6 (1.3)	1.7 (1.1)	1.2 (.9)
	15-16	584	1.2 (.62)	1.4 (.73)	1.9 (.7)	1.6 (.8)	1.7 (1)	1.2 (.8)
	Total	1002	1.2 (.63)	1.3 (.74)	1.8 (.7)	1.6 (1)	1.7 (1)	1.2 (.8)
Mujeres	12-14	432	1.5 (.7)	1.6 (.81)	2 (.8)	1.8 (.8)	1.8 (1.1)	1.2 (.95)
	15-16	645	1.6 (.73)	1.7 (.83)	2 (.75)	1.8 (.8)	1.74 (1.1)	1.2 (1)
	Total	1077	1.5 (.72)	1.7 (.83)	2 (.8)	2 (.8)	1.8 (1.1)	1.2 (1)

En cuanto a las subescalas del CIMEC, los resultados mostraron el efecto momento significativo en todas las subescalas (tras el taller, la puntuación es menor) a excepción de la subescala “Influencia de modelos sociales”, que no mostró cambios tras el taller: Preocupación por la imagen corporal: $F(1, 1020) = 72.886^*$, $p < .05$; Influencia de los anuncios: $F(1, 1020) = 64.65^*$, $p < .05$; Influencia de los mensajes verbales: $F(1, 1020) = 171.37^*$, $p < .05$; Influencia de las situaciones sociales: $F(1, 1019) = 36.59^*$, $p < .05$.)

También pudimos observar un efecto edad en las subescalas “Preocupación por la imagen corporal”, $F(1, 1020) = 7.82^*$, $p < .05$; “Influencia de los anuncios”, $F(1, 1020) = 3.19^*$, $p < .05$, siendo las más jóvenes las que menos puntúan en los dos momentos. Ver tabla 15.

Tabla 15: Medias (DT) de las subescalas del CIMEC en función de la edad (grupo experimental).

Medidas	Preocupación IC		I. Anuncios		I. Mensajes verbales		I. Modelos		I Situaciones sociales	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
12 - 14	6.2 (4.5)	5.5 (4.4)	3.5 (4)	3 (4)	2.2 (2)	1.6 (2)	3 (2)	3 (2)	2.1 (1.4)	2 (1.4)
15 - 16	7.2 (5.6)	6.2 (4.6)	4 (4)	3.4 (4)	2.3 (2)	1.7 (2)	3.1 (2)	3.2 (2)	2.2 (1.5)	2 (1.5)
Total	6.8 (5.2)	5.9 (4.5)	4 (4)	3.2 (4)	2.3 (2)	1.6 (2)	3 (2)	3.1 (2)	2.2 (1.5)	2 (1.5)

↪ Mantenimiento de los resultados del taller

Para finalizar con la evaluación de la eficacia del taller y poner a prueba la hipótesis 4, realizamos un último análisis dirigido a evaluar el mantenimiento de los resultados obtenidos con el taller pasados 6 meses de su aplicación. La

limitación que encontramos en este caso fue que hubo una alta mortandad experimental, por lo que únicamente contamos con un tamaño de muestra para el seguimiento de 242 participantes en total (108 hombres y 134 mujeres) (11.3% del total de la muestra).

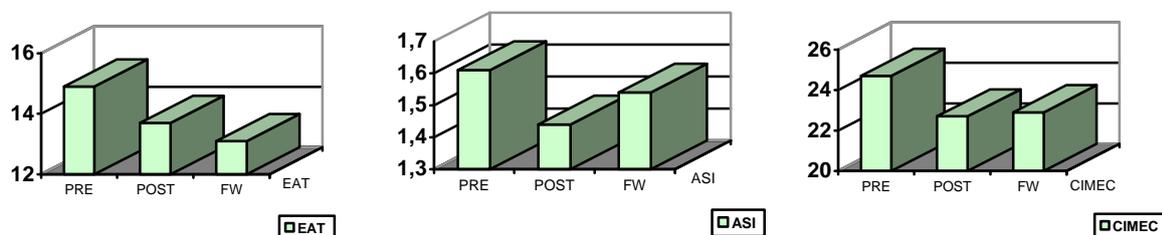
A pesar de este problema de muestra, calculamos un Anova de medidas repetidas, teniendo en cuenta los tres momentos (pre, post y seguimiento, empleando el pre-test como categoría de referencia) de los tres cuestionarios empleados.

Los resultados nos indicaron que las puntuaciones obtenidas en el pos-test se mantienen estables pasados 6 meses (ver tabla 16 y gráfico 7): EAT-40: $F(2, 240) = 6.375^*$, $p < .05$; pre vs post $F(1, 241) = 10.287^*$, $p < .05$; pre vs seguimiento $F(1, 241) = 9.830^*$, $p < .05$. ASI: $F(2, 240) = 12.055^*$, $p < .05$; pre vs post $F(1, 240) = 33.290^*$, $p < .05$; pre vs seguimiento $F(1, 240) = 3.596^*$, $p < .05$. CIMEC: $F(3, 131) = 6.585^*$, $p < .05$; pre vs post $F(1, 132) = 12.594^*$, $p < .05$; pre vs seguimiento $F(1, 132) = 3.681^*$, $p < .05$.

Tabla 16: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones pre, post y seguimiento del EAT, ASI y CIMEC (grupo experimental).

Puntuación	Media (DT)		
	Pre	Post	FW
EAT-40	14.9 (10)	13.7 (10)	13.1 (9)
ASI	1.61 (.62)	1.44 (.65)	1.54 (.7)
CIMEC	24.7 (14.3)	22.7 (14.3)	22.9 (14)

Gráfico 7: Medias de las puntuaciones pre, post y seguimiento del EAT, ASI y CIMEC (grupo experimental).



Por último comentar que, si observamos las puntuaciones medias de los instrumentos podemos comprobar que, en el caso del ASI, en el seguimiento se observa una tendencia a aumentar la puntuación, pero no existen diferencias

significativas, por lo que podríamos afirmar que, pasados los 6 meses, aunque las puntuaciones en el ASI aumentan, no vuelven a su punto inicial.

3.4. Grupo experimental: diferencias entre población normal y población subclínica.

Como ya señalamos en otro apartado (véase punto 2.2. “Procedimiento”) una de las tareas a las que nos comprometimos con los colegios era que, si observábamos puntuaciones llamativas en los diferentes cuestionarios (puntuaciones por encima del punto de corte), se lo haríamos saber para que ellos tomaran las medidas que considerasen oportunas.

Por otra parte, y como se indica en diferentes estudios (Álvarez, Vázquez, Mancilla, Gómez-Peresmitré, 2002; Camey, Olinto y Mari, 2005; Castro et al., 1991; Eisler y Szukler, 1985; Lane, Lane y Matheson, 2004; Nunes,), el EAT constituye uno de los instrumentos más empleados para el estudio de los trastornos alimentarios, así como instrumento de detección de este tipo de alteraciones. Es por ello que en nuestro trabajo, empleamos la puntuación obtenida por los participantes en el EAT-40 como criterio para clasificar a la muestra en “población normal” y “población subclínica”, dependiendo de que la puntuación obtenida por los participantes fuese igual o superior a 30 (punto de corte establecido para el EAT de 40 ítems). En este sentido, aquellos participantes que igualen o superen el punto de corte, formarán parte de la “población subclínica”.

El interés de diferenciar estos dos grupos dentro de la misma muestra era valorar, de forma más específica, la posible eficacia del taller de cara a reducir las puntuaciones de los participantes. Partimos de la hipótesis de que:

1. Conforme más alta sea la puntuación en el EAT-40, menos disminuirán las puntuaciones tras el taller.

Para poner a prueba esta primera hipótesis, calculamos un anova de medidas repetidas, en el que las variables dependientes fueron las puntuaciones pre y post de cada uno de los instrumentos (EAT-40, ASI y CIMEC) y los factores inter-sujetos fueron el “tipo de población” (normal *vs* subclínica), el sexo y la edad. Desechamos las posibles interacciones entre momento, edad y sexo porque lo que nos interesaba era saber qué cambios se producían en función del tipo de población.

Los resultados nos indicaron que, respecto a la puntuación del EAT-40, los efectos significativos que encontramos fueron:

1. momento x tipo de población $F(1, 2075) = 61.572^*$, siendo el grupo de subclínicos los que más disminuyen sus puntuaciones tras el taller.

2. momento x tipo de población x edad $F(1, 2075) = 7.770^*$, siendo los participantes de 12 a 14 años del grupo de subclínicos los que más disminuyen sus puntuaciones tras el taller.
3. momento x tipo de población x edad x sexo $F(1, 2075) = 2.812^*$, siendo los chicos de 12 a 14 años del grupo de subclínicos los que más disminuyen sus puntuaciones tras el taller.

* Significativo para una $p < .05$. Ver tabla 17.

Tabla 17: Medias (DT) del EAT-40: momento, tipo de población, sexo y edad (grupo experimental).

Población	Sexo	Edad	N	PRE	POST
Normal	Mujer	12 - 14	358	13.4 (6.8)	12.7 (7.5)
		15 - 16	542	12.8 (6.7)	12 (7.2)
	Hombre	12 - 14	397	12.5 (5.7)	11.5 (6.7)
		15 - 16	568	10.9 (5.3)	10.2 (6.3)
	Total	12 - 14	755	12.9 (6.3)	12.1 (7.1)
		15 - 16	1110	11.8 (6.1)	11.1 (7)
Subclínica	Mujer	12 - 14	75	41.1 (10.7)	35.1 (16)
		15 - 16	104	44.1 (12.7)	39.5 (17.5)
	Hombre	12 - 14	23	38.6 (12.3)	29.6 (13.2)
		15 - 16	16	35.4 (4.7)	32.2 (13)
	Total	12 - 14	98	40.5 (11.1)	33.8 (15.5)
		15 - 16	120	43 (12.3)	38.5 (17.1)

Respecto al ASI los efectos significativos que encontramos fueron:

1. momento x tipo de población x edad $F(1, 2071) = 8.793^*$, siendo el grupo de 12 a 14 años de la población subclínica el que más disminuye sus puntuaciones tras el taller.
2. momento x tipo de población x edad x sexo $F(1, 2071) = 3.943^*$, observando que, en el grupo de los chicos de la población subclínica, los de 12 a 14 años son las que más disminuyen sus puntuaciones tras el taller, mientras que los de 15 a 16 las aumentan tras el mismo.

* Significativo para una $p < .05$. Ver tabla 18.

Tabla 18: Medias (DT) del ASI: momento, tipo de población, sexo y edad (grupo experimental).

Población	Sexo	Edad	N	PRE	POST
Normal	Mujer	12 - 14	357	1.61 (.62)	1.48 (.64)
		15 - 16	541	1.66 (.62)	1.52 (.7)
	Hombre	12 - 14	396	1.53 (.85)	1.36 (.7)
		15 - 16	568	1.53 (.55)	1.4 (.64)
	Total	12 - 14	753	1.5 (.7)	1.4 (.7)
		15 - 16	1109	1.6 (.6)	1.5 (.7)
Subclínica	Mujer	12 - 14	75	2.38 (.66)	2.22 (.8)
		15 - 16	104	2.36 (.62)	2.3 (.8)
	Hombre	12 - 14	22	2.41 (.9)	1.99 (.73)
		15 - 16	16	1.98 (.9)	2.1 (.8)
	Total	12 - 14	97	2.4 (.7)	2.2 (.8)
		15 - 16	120	2.3 (.7)	2.3 (.8)

Y respecto al CIMEC:

1. momento x tipo de población $F(1, 1041) = 8.248^*$, siendo el grupo de subclínicas el que más cambia tras el taller (disminuye en mayor medida sus puntuaciones).
2. momento x tipo de población x edad $F(1, 1041) = 12.476^*$, siendo las chicas de 12 a 14 años del grupo de subclínicas el que más disminuye sus puntuaciones tras el taller.

* Significativo para una $p < .05$. Ver tabla 19.

Tabla 19: Medias (DT) del CIMEC: momento, tipo de población y edad (grupo experimental).

Población	Grupo edad	N	Pre	Post
Normal	12 - 14	335	22.2 (13.3)	20.3 (13.2)
	15 - 16	536	23.6 (23.6)	21.95 (12.7)
	Total	873	23.1 (12.8)	21.3 (13)
Subclínica	12 - 14	68	46.9 (47)	41.13 (13)
	15 - 16	104	46.1 (46.1)	44.84 (12.3)
	Total	172	46.4 (11)	43.4 (12.6)

A modo de conclusión decir que, en general, los participantes que forman el grupo de “subclínicos” son los que más se benefician del taller, pues sus puntuaciones son las que más se reducen tras la aplicación del mismo, con relación a los demás participantes.

3.5. CONCLUSIONES

Una vez realizados los análisis pertinentes y revisados los resultados obtenidos, podemos extraer las siguientes conclusiones:

Respecto a los análisis realizados con la totalidad de la muestra (grupo lista de espera y experimental):

1. En cuanto a las diferencias en función del sexo y de la edad en las diferentes medidas, hemos podido comprobar que las chicas siempre puntúan más alto que los chicos. En este sentido, estos datos nos podrían estar indicando que las chicas presentan un mayor riesgo de desarrollar un TCA, puesto que muestran una mayor tendencia a presentar conductas restrictivas así como supuestos o creencias más críticas y exigentes sobre su imagen corporal. Por otra parte, y con relación a la interacción entre ambas variables (sexo y edad) observamos que, en el ASI, son las chicas de 15 a 16 años las que más alto puntúan, lo que nos indicaría la presencia de esquemas sobre la apariencia más exigentes en chicas adolescentes; mientras que en el EAT-40 son los chicos de 15 a 16 años los que menores puntuaciones presentan. Esto nos podría estar indicando un menor riesgo de desarrollar TCA en chicos de esa edad, pues como indicábamos en páginas anteriores (ver punto 1.9. “Factores determinantes del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria”), el antecedente más importante que explica el desarrollo de un TCA es

haber tomado la firme decisión de hacer dieta, con el propósito de modificar la apariencia y sentirse bien (Calvo, 2002). En este sentido, podemos comprobar a partir de estos datos que, con la edad, aumenta el riesgo de sufrir alteraciones alimentarias en las chicas, y disminuye en los chicos.

2. Respecto a las correlaciones entre la edad de los participantes y los instrumentos empleados encontramos que, en el caso de los chicos, a mayor edad, menor puntuación en el EAT-40 y su subescala “control oral”, pero mayor en la subescala “Importancia de la apariencia” del ASI. En el caso de las chicas observamos que, a mayor edad, mayores puntuaciones en el ASI y el CIMEC y algunas subescalas de éste último instrumento (“Preocupación por la imagen corporal” e “influencia de los anuncios”); y también a mayor edad, menor puntuación en la subescala “Control oral” del EAT-40. Podemos pues observar que, independientemente del sexo, la apariencia física y el concepto que se tiene sobre la misma juegan un papel importante durante la adolescencia, pero que esa “preocupación” por la apariencia no tiene que ir asociada a conductas de dieta. No obstante, hemos de indicar que, para ambos sexos, las correlaciones obtenidas son bajas. Asimismo, señalar que es el sexo femenino el que correlaciona con más medidas, lo cual puede ser significativo dado que los instrumentos empleados fueron elaborados, en principio, para evaluar población femenina.

Por otra parte, y con relación al grupo lista de espera, señalar que:

1. En general, las puntuaciones de las medidas relacionadas con la influencia del modelo estético (CIMEC) y con los esquemas sobre la apariencia (ASI) tienden a aumentar pasado un año, excepto las del EAT-40 que se mantienen prácticamente iguales. Este dato podría resultar significativo en el sentido de que, parece ser que, conforme avanza el tiempo las creencias y supuestos acerca de la imagen corporal (variables que evalúan en ASI y el CIMEC) se afianzan más, pero estas creencias no tienen por qué conllevar correlatos a nivel comportamental. De ahí que las medidas del EAT-40 se mantengan.

2. Asimismo, hemos comprobado, tal y como preveíamos, que las chicas tienden a puntuar más alto que los chicos, en ambos países. Y que, además, las chicas de 15 a 16 años son las que más aumentan sus puntuaciones tras estar un año en lista de espera sin intervención controlada. Volvemos a observar que son las chicas en la etapa de la adolescencia las que más riesgo presentan de desarrollar TCA.

Resumiendo los resultados obtenidos con el grupo lista de espera comentar que, en general, si no consideramos la posible influencia de las variables sexo y edad, las puntuaciones de las medidas tienden a aumentar pasado un año, excepto las del

EAT-40. Al analizar con más detalle estos datos, teniendo en cuenta la influencia de tales variables (sexo y edad), observamos que:

- En el caso del EAT-40 son las chicas de 15 – 16 años las que aumentan en mayor medida sus puntuaciones en el segundo pase.
- En el caso del ASI las puntuaciones aumentan en el segundo pase y, en ambos momentos (pre y post), son los participantes de 15 a 16 años, independientemente del sexo, los que más alto puntúan.
- En el CIMEC las puntuaciones aumentan en el segundo pase y, también, en ambos pases, son las chicas de 15 a 16 años las que más alto puntúan.

Podemos, pues, comprobar que la adolescencia, y más en concreto los 15 – 16 años, supone un período evolutivo de riesgo para el desarrollo de un TCA.

En cuanto al grupo experimental concluimos diciendo que:

1. Tras la realización del taller, los participantes presentan menores puntuaciones tanto en el EAT-40 como en el ASI. Esto nos podría estar indicando que, como resultado de la participación en el taller, los alumnos presentan un cambio en cuanto a las actitudes, comportamientos y creencias relacionados con el peso, la comida y la apariencia física, siendo éstas más positivas después de la participación en el mismo. No obstante, hemos de indicar que no podemos afirmar si ese cambio se debe exclusivamente al efecto del taller en sí o a la influencia de otras variables pues, no contamos con medidas pasadas una semana del grupo de no intervención con el que comparar los resultados obtenidos. Asimismo, cuando analizamos los cambios tras el taller en las subescalas de los instrumentos observamos que, también, la puntuación de las subescalas disminuye, excepto la subescala “Vulnerabilidad de la IC” del ASI que aumenta y la subescala “Influencia de los modelos sociales” del CIMEC que se mantiene igual.

2. Después de participar en el taller, las chicas presentan puntuaciones más bajas en el CIMEC, lo que podría estar indicando que, tras el mismo, las chicas se sienten menos influenciadas o son más críticas ante los agentes sociales como la publicidad, modelos, mensajes, etc., a la hora de definir su modelo corporal estético. No obstante, señalamos nuevamente la limitación de la inexistencia de medidas en el grupo de no intervención que nos permita determinar, con mayor exactitud, que los cambios logrados se deben al efecto del taller.

3. Al analizar la posible influencia de las variables sexo y edad en los cambios observados en las puntuaciones, comprobamos que en el caso del CIMEC la variable edad interactúa con el momento, observando que las chicas más jóvenes

son las que más disminuyen sus puntuaciones tras el taller. En el resto de las medidas todos los participantes, independientemente del sexo y de la edad, cambian significativamente, esto es, chicos y chicas de todas las edades consideradas en el estudio se benefician del taller por lo que aunque, según la literatura, los chicos constituyan un grupo de menor riesgo para sufrir TCA, la intervención a nivel de prevención resulta eficaz en ambos sexos.

4. Por otra parte, al dividir la muestra en “población normal” y “subclínica” para analizar sobre qué grupo el taller resulta más efectivo comprobamos que, en general, los participantes del grupo “subclínico” es el que más se ha beneficiado del taller, pues han sido sus puntuaciones las que más han disminuido tras el mismo.

5. Finalmente, podemos observar que, pasados 6 meses de la realización del taller, los participantes mantienen los cambios observados en el post-test. Esto nos podría estar indicando que el taller resulta efectivo al mantener los cambios a largo plazo, aunque no podemos olvidar que el tamaño de la muestra en el seguimiento es muy reducido en relación a la original, por lo que los datos no serían, del todo, generalizables. Asimismo, seguimos comprobando que, pasado ese período de tiempo, aunque las chicas mantienen el cambio observado tras el taller, siguen puntuando más alto que los chicos.

Para concluir con esta primera fase experimental hemos de señalar las limitaciones con las que nos hemos encontrado tanto en la aplicación del taller, como en los resultados obtenidos con el mismo. Limitaciones que tratamos de solventar, en la medida de lo posible, en la segunda fase de este trabajo.

En este sentido destacamos como principales limitaciones:

1. El haber empleado una muestra poco específica. El objetivo era abarcar el mayor número de población posible, sin embargo la experiencia nos ha mostrado que trabajar sobre una población tan amplia y heterogénea, produce datos más difusos y poco generalizables. Además, hemos podido comprobar que al mezclar chicos y chicas en una misma clase la participación de éstas últimas se vio bastante mermada. Por otra parte, comprobamos que, puesto que los TCA son más comunes en las chicas, los chicos se sentían poco identificados con la finalidad del taller, así como con el contenido del material empleado. Asimismo, resultó llamativa la actitud de la mayoría de los chicos durante la aplicación del taller en el sentido de que llegaban a realizar comentarios despectivos respecto a las chicas por ser más vulnerables a padecer este problema, el físico de las chicas durante la adolescencia, etc., cohibiendo la participación de las chicas y generando, en ocasiones, un ambiente hostil durante el taller. Por otra parte, también pudimos

comprobar que, a edades más avanzadas (cursos de Bachillerato), tanto chicos como chicas se sentían menos atraídos por el taller, mostrando mayor desinterés tanto en la cumplimentación de los cuestionarios, como en la participación del mismo.

2. En cuanto al formato del taller nos gustaría destacar las siguientes limitaciones:

a) Informativo más que participativo, dadas las limitaciones de tiempo con las que contábamos y la relevancia del material que se pretendía trabajar.

b) Contenidos generales y poco específicos

c) Monosesión, contábamos con una sola sesión de 60 minutos por lo que la implicación de los alumnos era menor, al no requerírsele ningún tipo de actividad específica que se pudiera retomar en otra sesión consecutiva.

d) A pesar de estar dirigido a ambos sexos, el contenido estaba muy orientado a las chicas.

3. Limitaciones metodológicas:

a) El no contar con medidas en el grupo de no intervención después de una semana del pre-test de manera que pudiéramos comprobar que, efectivamente, los cambios observados se debían fundamentalmente a la aplicación del taller.

b) La mortandad experimental en el seguimiento, lo cual nos impide extraer datos más concluyentes y generalizar los resultados.

Valorando estas limitaciones y comprobada la necesidad de intervenir a nivel de prevención en adolescentes se elaboró la segunda fase del programa dirigido a una población mucho más específica, en el que se trabajasen unos contenidos más concretos a lo largo de dos sesiones de una hora de duración cada una y con una frecuencia semanal, que requiriese una participación más activa de los participantes y una mayor implicación.

SEGUNDA FASE: Taller de prevención de TCA para chicas de secundaria

1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general que nos planteamos en esta segunda fase del trabajo consistió en re-elaborar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de los trastornos alimentarios dirigido a adolescentes escolarizados de la Comunidad Valenciana.

Este objetivo general se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

1. Re-elaborar el taller de prevención de los TCA centrado en la influencia que puede ejercer la publicidad y el mundo de la moda, en el desarrollo de una imagen corporal basada en la delgadez y las posibles consecuencias de esta imagen corporal a nivel cognitivo, emocional y comportamental.
2. Aplicar el taller en población de riesgo para el desarrollo de estas alteraciones de la imagen corporal y, subsecuentemente, el desarrollo de posibles alteraciones de la conducta alimentaria: chicas adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 16 años de la Comunidad Valenciana.
3. Valorar la eficacia del taller de cara a modificar actitudes y creencias respecto al cuerpo, el peso, la comida y la propia imagen corporal, así como la capacidad del mismo para reducir la influencia que la publicidad puede ejercer en las adolescentes de cara a “imponer” un modelo estético de belleza centrado en la delgadez.
4. Evaluar las actitudes que las adolescentes puedan tener hacia la alimentación, así como las suposiciones o creencias respecto a su imagen corporal y la influencia de los factores socio-culturales en el desarrollo de un modelo estético corporal concreto. Para ello:
 - Analizar la estabilidad temporal de las medidas pasados seis meses de la aplicación del taller.
 - Analizar la relación existente entre índice de masa corporal (IMC) y conductas, actitudes, creencias respecto a la comida, peso e imagen corporal, variables evaluadas a través de los diferentes instrumentos empleados.

Las hipótesis que nos planteamos fueron las siguientes:

1. Las alumnas que participen en el taller de prevención lograrán modificar sus actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando una puntuación menor en el EAT-26 tras la aplicación del taller.
2. Las alumnas que participen en el taller mostrarán, tras la aplicación del mismo, unas actitudes más adecuadas respecto a su imagen corporal,

presentando puntuaciones más satisfactorias en los diferentes componentes del MBSRQ-AS.

3. Tras la aplicación del taller, las chicas mostrarán sentirse menos incitadas a adelgazar y / o utilizar productos de dietética y / o belleza, promovidos por la publicidad, presentando puntuaciones menores en el CIMEC.
4. Las alumnas que participen en el taller mostrarán menores puntuaciones en las tres medidas de evaluación empleadas tras la aplicación del mismo, en comparación con las chicas que forman parte del grupo control.
5. Estos resultados se mantendrán estables a lo largo del tiempo, tras una segunda evaluación realizada a los 6 meses después del taller.
6. Conforme más elevado sea el IMC⁹, mayor número de conductas relacionadas con los TCA, más malestar mostrarán respecto a su imagen corporal y más influenciadas se sentirán por los diferentes factores socio culturales en la elaboración de su propio modelo estético de belleza.

2. MÉTODO:

2.1. Muestra.

La muestra está compuesta por un total de 1856 participantes reclutadas de la población general, de los cuales, 894 sujetos formaron parte del grupo experimental, mientras que las 962 restantes constituyeron el grupo control. Todas las participantes eran mujeres con edades comprendidas entre 12 y 16 años (grupo experimental X = 13.7, DT = 1.2; grupo control X = 13.8, DT = 1.2).

Las participantes eran estudiantes escolarizadas en la Educación Secundaria Obligatoria. El taller se aplicó en 14 colegios, fundamentalmente concertados, de la provincia de Valencia.

Respecto al grupo control, también eran estudiantes escolarizadas en la Educación Secundaria Obligatoria, procedentes de la provincia de Valencia (85.7%) y de Castellón (14.3%). Igualmente preferimos que los alumnos procediesen, en la medida de lo posible, de colegios concertados para que fuesen lo más semejantes posible a los participantes del grupo experimental. Para una descripción más detallada de la muestra véase la tabla 1.

⁹ El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso (kg.) por la altura en metros al cuadrado.

Tabla 1: Descripción del grupo experimental y control.

Condición	N	Media Edad (DT)	Mín. edad	Máx. edad	Tipo colegio	%
Experimental	894	13.7 (1.2)	12	16	Público	3.8
					Privado	5.7
					Concertado	90.5
Control	962	13.8 (1.2)	12	16	Público	20
					Privado	6.9
					Concertado	73.1
Total	1856					

2.2. Procedimiento.

El procedimiento que se siguió para reclutar la muestra consistió en contactar, vía correo postal, con los diferentes colegios concertados de la provincia de Valencia. En ese correo se les enviaba una carta de presentación del Centro PREVI y una propuesta del taller y su contenido, así como la oferta gratuita de aplicar el taller a las chicas de 1º a 4º de la ESO. Una vez identificados los colegios interesados en la participación voluntaria, contactábamos telefónicamente, bien con el director del colegio, bien con el coordinador del departamento de Orientación, para explicarles el modo en que se realizaría el taller.

Por otra parte y, a través del correo electrónico, se les envió los cuestionarios que empleamos para la evaluación del taller. Las instrucciones que se les dieron fueron las mismas que se dieron para el taller de la fase I:

- A las alumnas no se les informará del contenido del taller, ni que éste va dirigido a la prevención de los TCA. En su lugar se les dirá que se trata de un taller sobre la publicidad. La finalidad era no sesgar sus respuestas al rellenar los cuestionarios.
- Tres días antes de la aplicación del taller, se realizará el primer pase de los cuestionarios.
- Una semana después de finalizada la segunda sesión del taller, se realizará el segundo pase de los mismos cuestionarios.
- A los 6 meses de realizado el taller, volveríamos a contactar con el colegio para hacer un tercer pase, con intención de contar con un seguimiento y comprobar si los resultados del taller se mantienen.
- Una vez tuviésemos corregidos los cuestionarios (pedimos un plazo de dos semanas) nos comprometíamos a contactar con el colegio para facilitar el resultado de los mismos. De manera que si detectábamos algún dato llamativo (puntuaciones por encima de la puntuación de corte en los diferentes cuestionarios), el orientador del

colegio estaría al corriente y, si lo considera, comunicárselo a los padres. Esta decisión la dejamos en manos del tutor o del orientador pues, ellos conocen en mayor medida a los alumnos y podrían confirmar si la puntuación dada por las alumnas en cuestión, es real o falsa.

- Igualmente solicitamos que la sala donde se iba a realizar el taller estuviese preparada y las alumnas en ella, de manera que pudiésemos contar con todo el tiempo que disponíamos para el desarrollo del taller.

Asimismo, informamos de la necesidad de contar con un grupo que no participase en el taller, para poder comprobar si los resultados que obtuviésemos fuesen el efecto del propio taller o el efecto de otras variables, como la deseabilidad social de las propias alumnas, o el propio azar. Para las chicas que formaran parte del grupo control, realizaríamos el taller al año siguiente, si así lo deseaban. No obstante, ellas también completarían los cuestionarios en dos pases, con una distancia temporal del primero al segundo de dos semanas. De esta forma, serían los propios profesores quienes decidiesen en qué cursos se hacía el taller, y cuáles formarían parte del grupo control. De igual forma, a los colegios que no desearon participar en el taller, se les ofreció la posibilidad de que los alumnos (en este caso chicos y chicas) completasen los cuestionarios, de manera que se pudiera intervenir en el colegio a modo de “detección precoz de TCA”. De esta forma podríamos contar con un grupo control de tamaño similar al experimental.

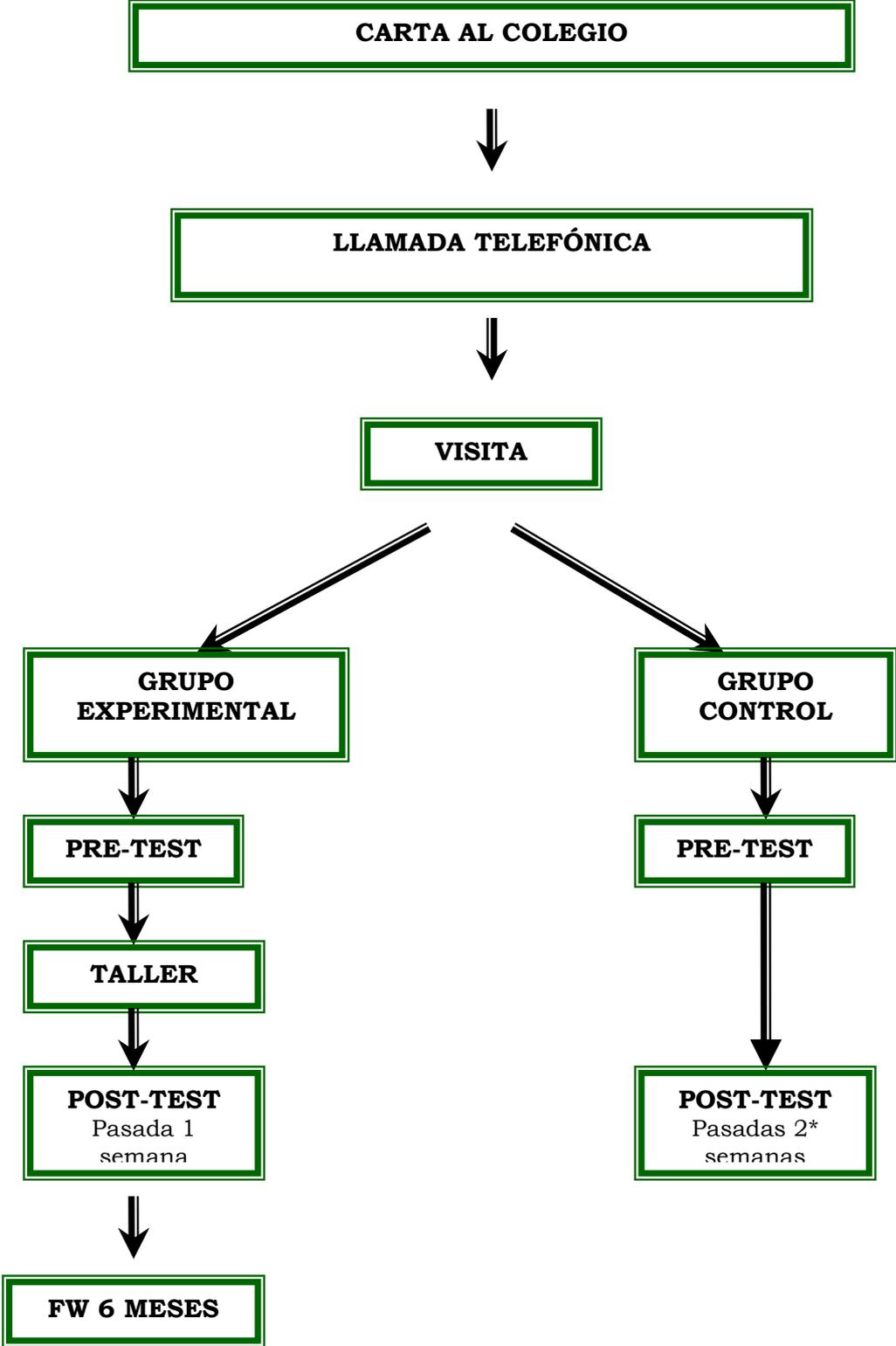
En el caso de los colegios que no quisieron participar en el taller, pero sí que completaron los cuestionarios a modo de detección precoz, todos los alumnos (chicos y chicas) completarían los tres cuestionarios, de manera que pudiésemos analizar los datos psicométricos de los instrumentos empleados, para ambos sexos.

El material que necesitábamos para la realización del taller consistía en un cañón de proyección, un ordenador portátil, un vídeo y una televisión, folios y lápices. Solicitábamos al colegio si disponían de todos los medios y, en los que no contaban con cañón y portátil, los proporcionábamos nosotros mismos.

Fueron los propios profesores quienes decidieron el horario en el que se realizaría el taller, aunque se intentaba empezar a primera hora de la mañana, de manera que si teníamos que trabajar con varios cursos en un mismo colegio, pudiéramos hacerlos todos seguidos en la misma mañana.

Puesto que el pre-test se completaba tres días antes del taller, cuando asistíamos a impartirlo podíamos recoger los cuestionarios completados. El pos-test nos lo enviaban por correo postal al Centro PREVI o lo traían personalmente los propios profesores.

Figura 2: Procedimiento



* El tiempo de aplicación del post-test es el mismo que en el grupo experimental, pero en este caso se indican dos semanas porque el taller tiene una duración de dos sesiones, por ello en el grupo control han de pasar dos semanas para la segunda evaluación.

2.3. Instrumentos.

En esta ocasión se aplicaron los siguientes cuestionarios.

2.3.1. Cuestionario Multidimensional sobre las relaciones con el propio cuerpo – Escalas de Apariencia (MBSRQ-AS, Brown, Cash y Mikulka, 1990; Cash, 2004)

El MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) evalúa diferentes aspectos actitudinales referidos al constructo de la imagen corporal, como son el componente evaluativo, cognitivo y comportamental. Consta de 34 ítems que se valoran en una escala tipo Likert de 5 puntos. Está formado por 5 subescalas cada una de las cuales se puede emplear de forma independiente al resto del instrumento. Las subescalas con sus respectivos índices de fiabilidad son: “Evaluación de la apariencia” que contiene ítems referentes a sentimientos sobre el atractivo físico, y satisfacción/insatisfacción con la propia apariencia. Altas puntuaciones en la escala reflejan sentimientos positivos y alta satisfacción con la apariencia. El índice α de Cronbach para hombres y mujeres es de .88. “Orientación de la apariencia” incluye ítems que reflejan sentimientos de preocupación por la apariencia. Altas puntuaciones indican que la apariencia ocupa un lugar importante en cómo la persona se ve, presta atención a su apariencia y lleva a cabo conductas para mejorar la apariencia. El índice α de Cronbach para hombres es de .88 y para mujeres de .85. “Preocupación por el sobrepeso” evalúa un constructo que refleja ansiedad por la gordura, vigilancia del peso, dieta y alimentación restrictiva. El índice α de Cronbach para hombres es de .73 y para mujeres de .76. “Autoclasificación del peso” hace referencia a cómo la persona percibe y etiqueta su propio peso, desde el infrapeso hasta el sobrepeso. El índice α de Cronbach para hombres es de .70 y para mujeres de .89. Finalmente, “Satisfacción corporal” es similar a la subescala “Evaluación de la apariencia” a excepción de que la de “satisfacción corporal” valora esta satisfacción pero refiriéndose a aspectos muy discretos de la apariencia. A mayor puntuación en la subescala, mayor número de áreas corporales con las que la persona está satisfecha. El índice α de Cronbach para hombres es de .77 y para mujeres de .73. El MBSRQ se ha empleado de manera extensiva y exitosa para la investigación de la

imagen corporal (Cash, Ancis y Strachan, 1997; Cash y Roy, 1999) (Ver cuestionario en Anexo IV).

2.3.2. Test de Actitudes hacia la Comida (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982)

Véase punto 2.3.2 de la Fase I.

2.3.3. Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero y Martínez, 1994)

Véase punto 2.3.3 de la Fase I.

3. ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

3.1. Análisis realizados con el total de la muestra (Experimental y control)

3.1.1. Diferencias en función de la edad en los instrumentos.

Si unimos las dos muestras (grupo experimental y control) contamos con una muestra bastante numerosa que abarca un amplio rango de edad. En este sentido nos planteamos tratar de analizar si existen diferencias en las puntuaciones pre-test del EAT-26, el CIMEC y las subescalas del MBSRQ-AS en función de la edad.

Las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

1. Las chicas de mayor edad (15 – 16 años) puntuarán más alto en las tres medidas (EAT-26, CIMEC y subescalas del MBSRQ-AS).

Para poner a prueba esta hipótesis calculamos un ANOVA de un factor (edad), siendo las variables dependientes las puntuaciones pre-test de cada uno de los instrumentos de la muestra en su totalidad (grupo experimental y grupo control).

Los resultados nos indicaron que existen diferencias significativas en la mayoría de las variables consideradas: “Dieta” $F(2, 1853) = 3.164^*$, $p < .05$; CIMEC total $F(2, 1853) = 32.162^*$, $p < .05$; “Preocupación IC” $F(2, 1853) = 18.705^*$, $p < .05$; “Influencia anuncios” $F(2, 1853) = 12.115^*$, $p < .05$; “Influencia mensajes” $F(2, 1853) = 18.269^*$, $p < .05$; “Influencia modelos sociales” $F(2, 1853) = 23.530^*$, $p < .05$; “Evaluación de la apariencia” $F(2, 1853) = 7.630^*$, $p < .05$; “Orientación de la apariencia” $F(2, 1853) = 3.399^*$, $p < .05$; “Satisfacción corporal” $F(2, 1853) = 24.834^*$, $p < .05$; “Preocupación por el sobrepeso” $F(2, 1853) = 19.015^*$, $p < .05$ y “Autoclasificación del peso” $F(2, 1853) = 5.704^*$, $p < .05$. Las diferencias encontradas nos han indicado que, las participantes más jóvenes (12 – 13 años) presentan mejor puntuación en las subescalas que valoran actitudes positivas (Evaluación de la apariencia y Satisfacción corporal) y menores puntuaciones en las

restantes medidas, las cuales evalúan actitudes negativas respecto a la imagen corporal (demás subescalas del MBSRQ-AS), conductas relacionadas con los trastornos alimentarios (subescala “Dieta” del EAT-26, ya que el resto no mostraron diferencias significativas) e influencias de los diferentes agentes sociales evaluados a través del CIMEC, en la elaboración del propio modelo estético corporal. El resultado totalmente contrario observamos en las chicas de mayor edad (15 – 16 años). Ver tabla 2.

Tabla 2: Medias (DT) de los instrumentos y subescalas en función de la edad.

Medida	Edad	N	Media (DT)
EAT-26	12-13	814	8.25 (9.1)
	14	490	8.2 (9)
	15-16	552	9 (9.8)
• Dieta	12-13	814	4.4 (5.8)*
	14	490	4.7 (6.1)*
	15-16	552	5.2 (6.2)*
• Bulimia	12-13	814	.9 (1.8)
	14	490	.91 (1.6)
	15-16	552	1.1 (2.1)
• Control oral	12-13	814	2.9 (3.3)
	14	490	2.5 (3.2)
	15-16	552	2.7 (3.5)
CIMEC	12-13	814	18.7 (13)*
	14	490	22.1 (13.3)*
	15-16	552	24.5 (14)*
• Preocupación IC	12-13	814	4.3 (4)*
	14	490	5 (4.1)*
	15-16	552	5.6 (4.2)*
• Influencia Anuncios	12-13	814	2.1 (3)*
	14	490	2.6 (3.2)*
	15-16	552	3 (3.3)*
• Influencia Mensajes	12-13	814	1.3 (1.5)*
	14	490	1.5 (1.6)*
	15-16	552	1.8 (1.7)*
• Influencia Modelos Sociales	12-13	814	2.3 (1.7)*
	14	490	2.7 (1.6)*
	15-16	552	3 (1.8)*
• Influencia Situaciones Sociales	12-13	814	1.84 (1.4)
	14	490	1.83 (1.4)
	15-16	552	1.9 (1.4)

* $p < .05$

Tabla 2: Medias (DT) de los instrumentos y subescalas en función de la edad (continuación)

Medida	Edad	N	Media (DT)
MBSRQ-AS			
• Evaluación Apariencia	12-13	814	3.2 (.74)*
	14	490	3.1 (.76)*
	15-16	552	3.07 (.8)*
• Orientación Apariencia	12-13	814	3.8 (.6)*
	14	490	3.9 (.6)*
	15-16	552	3.8 (.6)*
• Satisfacción corporal	12-13	814	3.5 (.74)*
	14	490	3.4 (.7)*
	15-16	552	3.2 (.72)*
• Preocupación sobrepeso	12-13	814	2.3 (.9)*
	14	490	2.4 (.94)*
	15-16	552	2.7 (1)*
• Autoclasificación peso	12-13	814	3.1 (.6)*
	14	490	3.2 (.92)*
	15-16	552	3.2 (.65)*

* p < .05

3.1.2. Correlaciones entre los diferentes instrumentos y las variables edad e IMC.

Se calculó el coeficiente de correlación momento producto de Pearson con objeto de analizar las relaciones existentes entre la puntuación total del EAT-26, del CIMEC, las subescalas del MBSRQ-AS y el IMC y la edad de las participantes. Las puntuaciones consideradas fueron las pre-test de todas las participantes (grupo experimental y control)

Planteamos dos hipótesis:

a) En primer lugar, consideramos que a mayor IMC, mayor número de conductas relacionadas con los TCA presentarán las participantes que se reflejará en una mayor puntuación en el EAT-26 y sus subescalas, más malestar mostrarán respecto a su IC y, por tanto, mayor puntuación en las subescalas “Orientación de la apariencia”, “Preocupación por el sobrepeso” y “Autoclasificación del peso” del MBSRQ-AS y más influenciadas se sentirán por los diferentes factores socio

culturales en la elaboración de su propio modelo estético de belleza (mayor puntuación en el CIMEC).

b) En segundo lugar, planteamos que, independientemente del IMC, la edad también presentará una correlación positiva con los instrumentos, esto es, a mayor edad, mayor será la puntuación en el EAT, CIMEC y subescalas negativas del MBSRQ-AS y menor puntuación en las escalas positivas del mismo cuestionario (Evaluación de la apariencia y satisfacción corporal).

a) Con relación a la primera hipótesis, los resultados la confirmaron, pero los analizaremos considerando uno a uno los instrumentos, ya que las correlaciones no fueron tan elevadas como esperábamos.

En este sentido, con relación al EAT-26, efectivamente comprobamos que conforme más alto es el IMC de las participantes, mayor número de conductas relacionadas con los trastornos alimentarios muestran, excepto las relacionadas con el “control oral”, subescala que no correlacionó con el IMC. Asimismo, destacar que las correlaciones, en general, son bajas, siendo la más elevada la encontrada entre IMC y factor dieta. Ver tabla 3.

También comprobamos que el IMC correlacionó con todas las variables del CIMEC de manera que, a mayor IMC, mayor influencia de factores socio- culturales respecto a la elaboración del propio modelo estético corporal. No obstante indicar que, la variable que mayor correlación mostró fue la “Preocupación por la imagen corporal”, y los factores culturales que mayor correlación, aunque bajas, mostraron fueron los anuncios y las situaciones sociales. Ver tabla 3.

Finalmente, en cuanto al IMC y las subescalas del MBSRQ-AS todas, excepto la “Orientación de la apariencia” correlacionaron con esta variable, comprobando que, a mayor IMC, evaluación más negativa de la apariencia, menor satisfacción corporal, mayor preocupación por el sobrepeso y mejor clasifican el peso. Las correlaciones más elevadas las encontramos con estas dos últimas variables. Ver tabla 3.

Tabla 3: Correlaciones entre los instrumentos y variables sociodemográficas

Medidas	Edad	EAT-26	Dieta	Bulimia	Control Oral
IMC	.200**	.200**	.276**	.105**	-003
CIMEC	.206**	.609**	.644**	.462**	.278**
Preocupación IC	.156**	.572**	.625**	.409**	.237**
I. Anuncios	.130**	.533**	.576**	.422**	.218**
I. Mensajes	.144**	.462**	.477**	.370**	.222**
I. Modelos	.186**	.358**	.353**	.300**	.191**
I. Situaciones	.048*	.459**	.471**	.326**	.252**
Evaluación A.	-.102**	-.336**	-.398**	-.217**	-.104**
Orientación A.	.052*	.331**	.335**	.222**	.183**
Satisfacción	-.178**	-.342**	-.389**	-.234**	-.129**
Preocupación sobrepeso	.162**	.626**	.672**	.435**	.284**
Autoclasificación peso	.069**	.251**	.3581**	.181**	-.049*

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Tabla 3: Continuación

Medidas	CIMEC	Preocupación IC	Influencia Anuncios	Influencia Mensajes	Influencia Modelos	Influencia Situaciones
IMC	.256**	.301**	.167**	.093*	.074*	.144**
Evaluación A.	-.416**	-.484**	-.344**	-.278**	-.198**	-.272**
Orientación A.	.432**	.380**	.317**	.315**	.367**	.328**
Satisfacción	-.441**	-.483**	-.370**	-.301**	-.236**	-.285**
Preocupación sobrepeso	.664**	.659**	.553**	.470**	.386**	.443**
Autoclasific. peso	.337**	.417**	.297**	.189**	.136**	.234**

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Por otra parte, pudimos comprobar también que, las medidas que mejor correlacionaron entre sí, aparte de las del propio instrumento entre ellas, fueron la subescala “Preocupación por el sobrepeso” con la puntuación total del EAT-26 y las subescalas “Dieta” y “Bulimia y preocupación por la comida” y, esa misma subescala (Preocupación por el sobrepeso) con la total del CIMEC y cada una de sus subescalas. Asimismo, comprobamos que tanto la puntuación total del EAT y las subescalas “Dieta” y “Bulimia y preocupación por la comida” mostraron

correlaciones satisfactorias (moderadas) con la puntuación total del CIMEC y cada una de sus subescalas. Finalmente, también pudimos comprobar que los diferentes aspectos de la IC que se evalúan con el MBSRQ-AS correlacionan en la dirección esperada con el resto de medidas, esto es: la “Evaluación de la apariencia” sólo correlacionó de forma positiva con la “Satisfacción corporal”, mientras que la correlación con el resto de las medidas fue negativa: A mejor evaluación de la apariencia, mayor satisfacción corporal, peor orientación de la apariencia, menor preocupación por el sobrepeso, peor clasificación del peso, menor número de conductas relacionadas con los trastornos alimentarios y menor influencia por parte de los factores socio-culturales en la elaboración del modelo estético corporal. Todo lo contrario ocurre con la “Orientación de la apariencia” que incluye variables relacionadas con la preocupación por la imagen corporal, de manera que, a mayor orientación de la apariencia, mayor serán las puntuaciones en las demás medidas, excepto en la satisfacción corporal, que será menor. La “Satisfacción corporal correlaciona en sentido negativo con todas las medidas, excepto con la “Evaluación de la apariencia”. Por su parte, la “Preocupación por el sobrepeso”, como es de esperar, correlaciona con todas las medidas en sentido positivo, excepto con la “Evaluación de la apariencia” y la “Satisfacción corporal”: conforme más preocupadas estén por el sobrepeso, peor evaluarán su apariencia y menos satisfechas estarán con su cuerpo, mientras que presentarán más conductas relacionadas con los trastornos alimentarios y más influenciadas estarán por los diferentes factores socio-culturales en la elaboración del modelo de belleza. Finalmente, la “Autclasificación del peso” sólo muestra una correlación negativa con el factor “Control oral” del EAT-26, y las subescalas “Evaluación de la apariencia” y “Satisfacción corporal”, mientras que la correlación con el resto de medidas es positiva. Ver tabla 3.

b) En cuanto a la segunda de las hipótesis que planteamos (a más edad, mayor puntuación en el EAT, CIMEC y subescalas negativas del MBSRQ-AS y menor puntuación en las subescalas positivas del mismo cuestionario), en este caso, los resultados nos indicaron que, en general, las correlaciones son significativas, aunque no son elevadas. Centrándonos en las correlaciones más significativas observamos que: conforme más edad tienen las participantes, mayor tiende a ser su IMC, menos satisfechas están con su apariencia física y peor la evalúan, más preocupadas están por el sobrepeso, mayor influencia muestran por los agentes sociales, en general (puntuación total CIMEC), y más en concreto, por los modelos

sociales, los mensajes verbales y los anuncios, así como mayor preocupación por la imagen corporal presentan. No se observa correlación entre la edad y el factor “control oral” del EAT-26 y las demás correlaciones son bastante bajas. Ver tabla 3.

3.2. Análisis de la eficacia del taller

Para explicar con mayor claridad los análisis realizados y los resultados obtenidos, nos centraremos en cada una de las hipótesis propuestas.

1. Las alumnas que participen en el taller lograrán modificar sus actitudes y conductas hacia la alimentación mostrando una puntuación menor en el EAT-26 tras el mismo.
2. Asimismo, tras el taller las participantes mostrarán unas actitudes más adecuadas respecto a su imagen corporal, presentando puntuaciones más satisfactorias en los diferentes componentes del MBSRQ-AS.
3. Y, finalmente, tras su participación en el taller, las chicas mostrarán sentirse menos incitadas a adelgazar y / o utilizar productos de dietética y / o belleza, promovidos por la publicidad, presentando puntuaciones menores en el CIMEC.

Para comprobar estas hipótesis aplicamos una prueba t para muestras relacionadas, empleando como variables dependientes tanto la puntuación total de cada uno de los instrumentos, como la puntuación en cada una de las subescalas.

▪ Con relación al EAT-26, los resultados nos indicaron que, efectivamente, las medidas cambian de manera significativa tras el taller, tanto en la puntuación total como en las subescalas, siendo menores en el segundo pase (Ver tabla 4 y gráfico 1): EAT-26 total: $t(889) = 9.827^*$, Dieta: $t(889) = 10.435^*$, Bulimia y preocupación por la comida: $t(889) = 5.278^*$, Control oral: $t(889) = 6.975^*$. *Significativo con $p < .05$

▪ Respecto a las subescalas del MBSRQ-AS, resultaron significativas las puntuaciones obtenidas en las subescalas “Orientación de la apariencia” $t(854) = 4.811^*$, $p < .05$, siendo menor en el post-test; “Satisfacción corporal” $t(853) = -3.341^*$, $p < .05$, con una puntuación más alta en el post-test y en la subescala “Preocupación por el sobrepeso” $t(855) = 3.730^*$, $p < .05$, siendo menor en el post-test. Las dos subescalas restantes (Evaluación de la apariencia y Autoclasificación del peso) no muestran diferencias significativas. Ver tabla 4 y gráfico 2.

▪ Por último y con relación al CIMEC, en este caso todas las puntuaciones resultaron significativas, siendo menores en este segundo pase (ver tabla 4 y gráfico 3): CIMEC total: $t(889) = 11.994^*$, Preocupación IC: $t(889) = 6.256^*$, Influencia anuncios: $t(889) = 8.2^*$, Influencia mensajes verbales: $t(889) = 9.291^*$, Influencia

modelos sociales: $t(889) = 3.199^*$, Influencia situaciones sociales: $t(889) = 7.271^*$.

* Significativo con $p < .05$.

Tabla 4: Medias (DT) de los instrumentos (grupo experimental).

	N	PRE	POST	t
EAT-26	890	8.41 (9.5)	6.5 (8.4)	9.827*
• Dieta	890	4.8 (6.3)	3.4 (5.3)	10.435*
• Bulimia	890	.91 (1.8)	.63 (1.6)	5.278*
• Control oral	890	2.7 (3.2)	2.1 (3.1)	6.975*
MBSRQ-AS				
• Evaluación apariencia	856	3.15 (.75)	3.18 (.71)	-1.538
• Orientación apariencia	855	3.85 (.6)	3.78 (.6)	4.811*
• Satisfacción corporal	854	3.4 (.73)	3.5 (.71)	-3.341*
• Preocupación sobrepeso	856	2.47 (.94)	2.38 (.93)	3.730*
• Autoclasificación peso	856	3.12 (.61)	3.13 (.61)	-.760
CIMEC total	890	20.5 (13.3)	17.3 (13.4)	11.994*
• Preocupación IC	890	4.65 (4.1)	4 (4)	6.256*
• Influencia anuncios	890	2.3 (3)	1.7 (2.7)	8.200*
• Influencia mensajes verbales	890	1.4 (1.6)	1 (1.5)	9.291*
• Influencia modelos sociales	890	2.4 (1.7)	2.3 (1.9)	3.199*
• Influencia situaciones sociales	890	2.4 (1.7)	2.3 (1.9)	7.271*

*Significativo con $p < .05$

Gráfico 1: Medias de las puntuaciones pre y post del EAT y subescalas (grupo experimental)

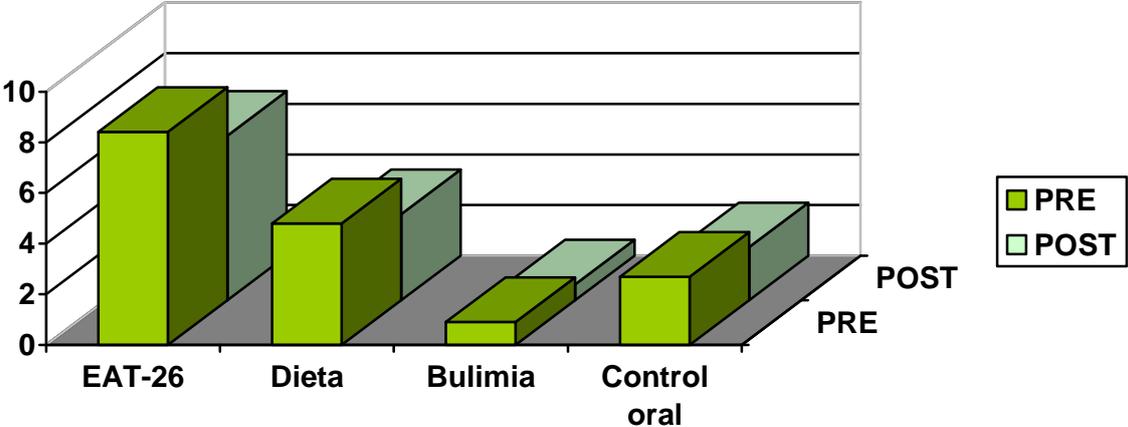


Gráfico 2: Medias de las puntuaciones pre y post de subescalas del MBSRQ-AS (grupo experimental).

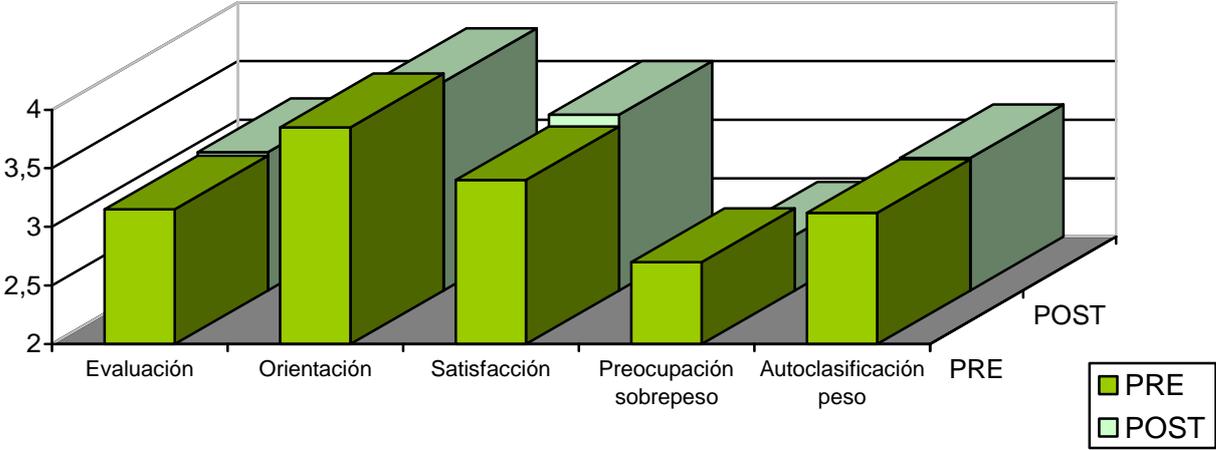
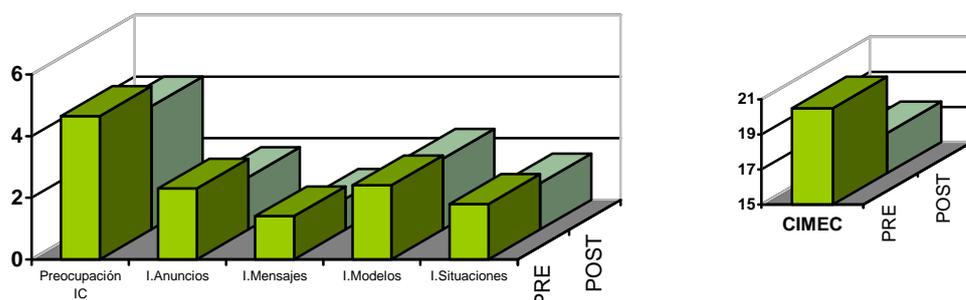


Gráfico 3: Medias de las puntuaciones pre y post del CIMEC y subescalas (grupo experimental).



↪ Cambios en las medidas en función de la edad en el grupo experimental.

Al comprobar que la mayoría de las puntuaciones de los instrumentos se reducían tras el taller, tratamos de analizar si estos cambios estaban influenciados por la variable edad, esto es, qué grupo (en función de la edad) se beneficiaba más del taller. En este sentido realizamos, un Anova de medidas repetidas, siendo el factor inter-sujeto la edad. Para esta variable realizamos tres grupos: 1: 12 – 13 años, 2: 14 años, 3: 15 – 16 años.

- Los resultados nos indicaron que, con relación a la puntuación del EAT-26, sí existen diferencias significativas en función del momento $F(1, 889) = 87.548^*$, $p < .05$, siendo menores las puntuaciones en el post-test, pero no se observó ningún otro efecto. Ver tabla 5 y gráfico 4a.

- Respecto a la puntuación del CIMEC, los resultados nos indicaron que sí que existen diferencias significativas en función del momento $F(1, 889) = 141.238^*$, $p < .05$, observando menores puntuaciones en el post-test, de la edad $F(2, 888) = 14.475^*$, $p < .05$, siendo las chicas más mayores (15 – 16 años) las que más alto puntúan en ambos momentos, y también se observó un efecto momento x edad $F(2, 888) = 2.552^*$, $p < .05$, siendo también las chicas más mayores las que más cambian sus puntuaciones tras el taller. Ver tabla 5 y gráfico 4b.

- Finalmente y con relación a las subescalas del MBSRQ-AS, los resultados nos indicaron que: en la subescala “Evaluación de la apariencia” no se observa ningún efecto. En la de “Orientación de la apariencia” sólo se observa un efecto momento, siendo menor la puntuación en el segundo pase $F(1, 854) = 26.614^*$, $p < .05$; en la subescala “Satisfacción corporal” observamos un efecto momento, siendo mayores en el post-test $F(1, 853) = 11.754^*$, $p < .05$, y un efecto edad siendo las más jóvenes (12 – 13 años) las más satisfechas $F(2, 852) = 16.382^*$, $p < .05$. En la

subescala “Preocupación por el sobrepeso” observamos un efecto momento $F(1, 855) = 10.952^*$, $p < .05$, siendo menores en el post-test y un efecto edad $F(2, 854) = 16.962^*$, $p < .05$, siendo las de más edad las que más se preocupan en ambos pases. Finalmente, respecto a la subescala “Autoclasificación del peso”, únicamente encontramos un efecto edad $F(2, 854) = 5.299^*$, $p < .05$, siendo también, en este caso, las de más edad (15 – 16 años) las que más puntúan. Ver tabla 5 y gráfico 4c.

Tabla 5: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones pre y pos-test del EAT y CIMEC en función de la edad (grupo experimental).

Medida	Grupo edad	N	PRE	POST
EAT-26	12 - 13	409	8.4 (9.6)	6.5 (8.4)
	14	217	7.4 (9)	5.7 (7.9)
	15 - 16	564	9.2 (9.8)	7.2 (8.8)
CIMEC	12 - 13	409	18.1 (13.1)	15.4 (12.8)
	14	217	20.6 (12.7)	17.6 (13.4)
	15 - 16	564	24.1 (13.3)	20 (13.7)

Gráfico 4a: Medias de las puntuaciones pre y post del EAT-26 en función de la edad (grupo experimental).

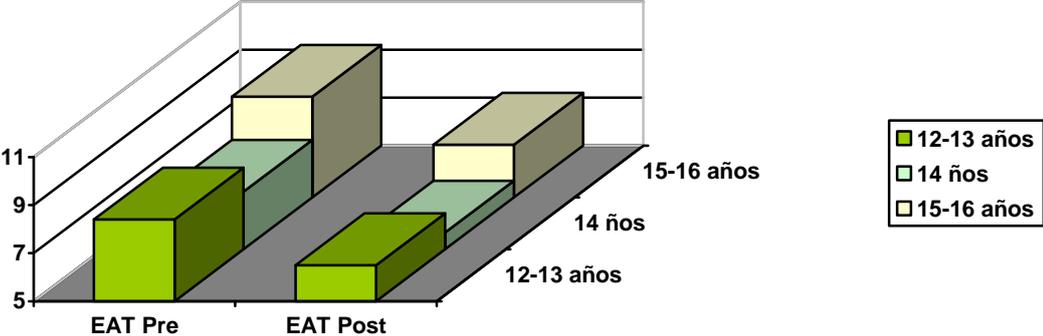


Gráfico 4b: Medias de las puntuaciones pre y post del CIMEC en función de la edad (grupo experimental).

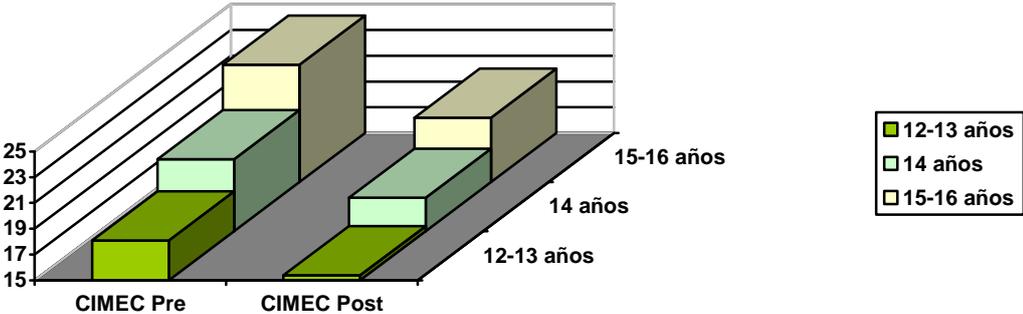
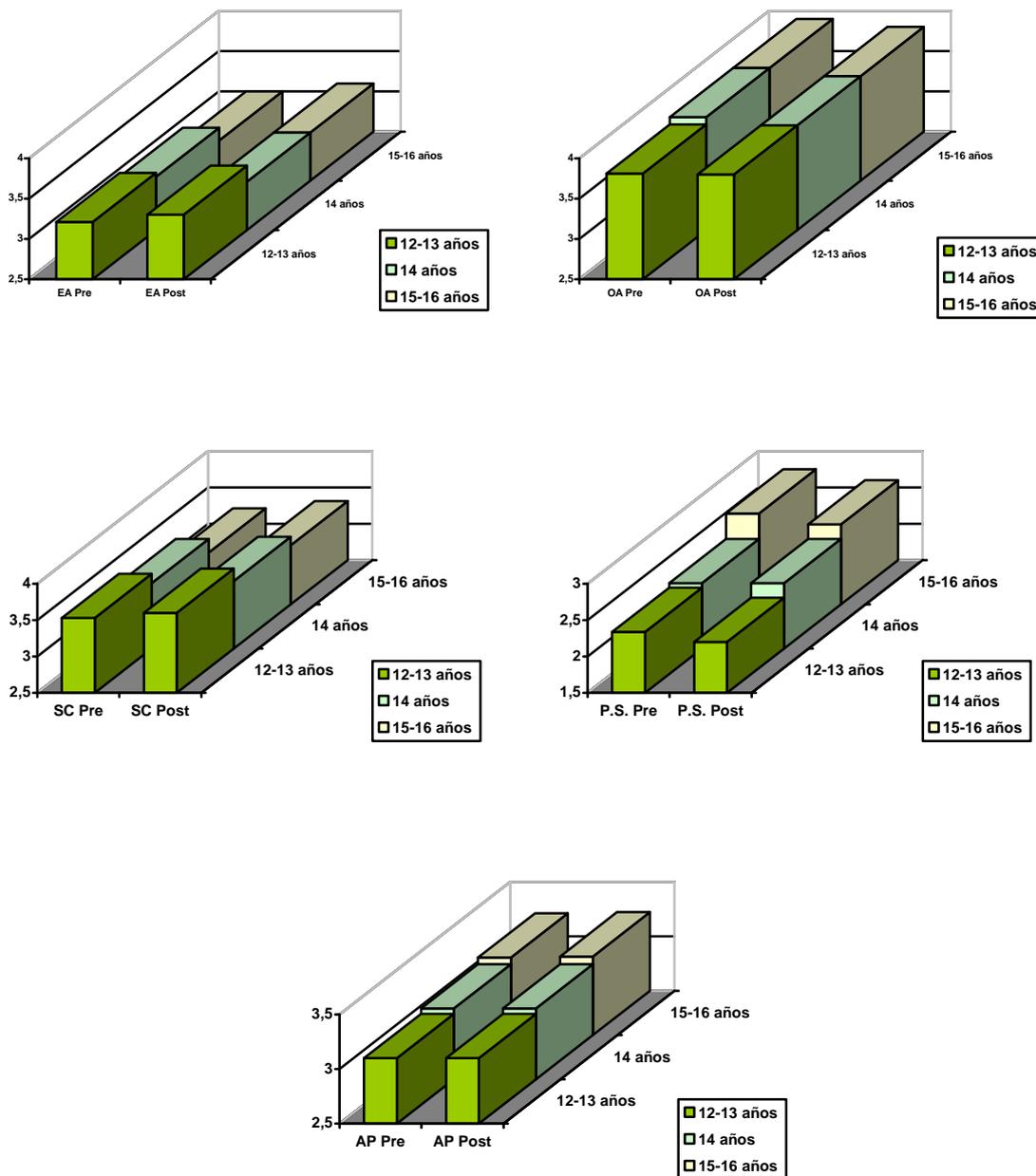


Tabla 5: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones pre y pos-test de las subescalas del MBSRQ-AS en función de la edad (grupo experimental) (continuación).

Medida	Grupo edad	N	PRE	POST
Evaluación Apariencia	12 - 13	409	3.21 (.74)	3.3 (.71)
	14	217	3.16 (.72)	3.1 (.70)
	15 - 16	564	3 (.76)	3.1 (.70)
Orientación apariencia	12 - 13	409	3.81 (.65)	3.8 (.64)
	14	217	3.9 (.53)	3.8 (.55)
	15 - 16	564	3.9 (.60)	3.8 (.60)
Satisfacción corporal	12 - 13	409	3.53 (.80)	3.6 (.73)
	14	217	3.4 (.70)	3.43 (.70)
	15 - 16	564	3.21 (.70)	3.31 (.70)
Preocupación sobrepeso	12 - 13	409	2.34 (.91)	2.2 (.90)
	14	217	2.4 (.95)	2.4 (.92)
	15 - 16	564	2.75 (.93)	2.6 (.92)
Autoclasificación peso	12 - 13	409	3.1 (.60)	3.1 (.62)
	14	217	3.15 (.60)	3.15 (.61)
	15 - 16	564	3.21 (.61)	3.22 (.60)

Gráfico 4c: Medias de las puntuaciones pre y post del MBSRQ-AS en función de la edad (grupo experimental).



↳ **Grupo experimental vs grupo control**

Las siguientes hipótesis que planteamos fueron:

4. Las alumnas que participen en el taller mostrarán menores puntuaciones en las tres medidas de evaluación empleadas tras la aplicación del mismo, en comparación con las chicas que forman parte del grupo control.

Para comprobar esta hipótesis calculamos un ANOVA de medidas repetidas, empleando como variables dependientes las puntuaciones pre y post de los

diferentes instrumentos y sus subescalas, y como factor inter-sujetos la condición de grupo (experimental - control).

Los resultados nos indicaron que existe un efecto momento x grupo en los tres instrumentos empleados y en cada una de sus subescalas, comprobando que, en el caso del EAT-26 y del CIMEC las puntuaciones cambian en el segundo pase en sentido inverso en función del grupo, esto es, en el experimental disminuyen las puntuaciones, mientras que en el control aumentan:

- EAT-26 $F(1, 1850) = 297.227^*$; Dieta $F(1, 1850) = 247.383^*$; Bulimia $F(1, 1850) = 56.60^*$; Control oral $F(1, 1850) = 193.280^*$. (Ver tabla 6).
- CIMEC $F(1, 1850) = 522.412^*$; Preocupación IC $F(1, 1850) = 158.459^*$; I. Anuncios $F(1, 1850) = 133.939^*$; I. Mensajes $F(1, 1850) = 80.442^*$; I. Modelos sociales $F(1, 1850) = 190.243^*$; I. Situaciones sociales $F(1, 1850) = 62.767^*$. (Ver tabla 6).

En cuanto al MBSRQ-AS ocurre algo similar que en el EAT y CIMEC, esto es, el grupo experimental mejora de manera significativa las puntuaciones en cada una de las subescalas, excepto en la de "Orientación de la Apariencia" en la que, ambos grupos mejoran su puntuación (disminuye), pero es el grupo control quien la disminuye en mayor medida:

- Evaluación apariencia $F(1, 1816) = 86.644^*$; Orientación apariencia $F(1, 1815) = 30.045^*$; Satisfacción corporal $F(1, 1814) = 93.118^*$; Preocupación sobrepeso $F(1, 1816) = 179.268^*$; Autoclasificación peso $F(1, 1816) = 33.150^*$.
- * Significativo con $p < .05$ (Ver tabla 6).

Tabla 6: Medias (DT) de las medidas pre y post EAT, MBSRQ-AS, CIMEC y subescalas, grupos experimental y control

Medida	Condición	N	PRE	POST
EAT-26	Experimental	890	8.4 (9.5)	6.5 (8.4)*
	Control	962	8.5 (9)	10.6 (11.4)*
• Dieta	Experimental	890	4.8 (6.3)	3.4 (5.3)*
	Control	962	4.7 (5.7)	5.7 (7)*
• Bulimia	Experimental	890	.91 (1.8)	.63 (1.6)*
	Control	962	1 (1.9)	1.2 (2.2)*
• Control oral	Experimental	890	2.7 (3.2)	2.1 (3.1)*
	Control	962	2.8 (3.4)	3.7 (4.3)*
MBSRQ-AS				
• Evaluación apariencia	Experimental	856	3.1 (.75)	3.2 (.71) *
	Control	962	3.2 (.8)	3 (.8) *
• Orientación apariencia	Experimental	855	3.85 (.6)	3.8 (.6) *
	Control	962	3.84 (.6)	3.7 (.6) *
• Satisfacción corporal	Experimental	854	3.4 (.73)	3.5 (.71) *
	Control	962	3.44 (.74)	3.3 (.74) *
• Preocupación sobrepeso	Experimental	856	2.5 (.94)	2.4 (.93) *
	Control	962	2.5 (.95)	2.7 (.92) *
• Autoclasiación peso	Experimental	856	3.12 (.61)	3.13 (.61) *
	Control	962	3.14 (.8)	3 (.70) *
CIMEC	Experimental	890	20.5 (13.3)	17.3 (13.4)*
	Control	962	22 (14)	26 (16) *
• Preocupación por la IC	Experimental	890	4.6 (4.1)	4 (4) *
	Control	962	5.1 (4.1)	6 (4.4) *
• Influencia Anuncios	Experimental	890	2.3 (3)	1.7 (2.7) *
	Control	962	2.7 (3.2)	3.1 (3.6) *
• Influencia Mensajes	Experimental	890	1.45 (1.6)	1 (1.5) *
	Control	962	1.54 (1.65)	1.6 (2) *
• Influencia Modelos	Experimental	890	2.43 (1.7)	2.3 (2) *
	Control	962	2.8 (1.7)	3.6 (2) *
• Influencia situaciones sociales	Experimental	890	1.8 (1.4)	1.5 (1.5) *
	Control	962	2 (1.4)	2 (1.6) *

* Significativo con $p < .05$

Con intención de ratificar que realmente las diferencias halladas en los instrumentos en el grupo experimental se debían a la aplicación del taller, decidimos analizar la diferencia entre las medidas pre y post-test de cada uno de los grupos y comprobar si existían diferencias significativas en la puntuación resultante, que llamaremos “puntuación diferencia”, entre el grupo experimental y el control. Partimos de la idea de que, tras el taller, las medidas en el grupo experimental serán más satisfactorias frente a las del grupo control, de manera que, al comparar las puntuaciones de ambos grupos, encontraremos diferencias significativas. Para ello aplicamos una t para muestras relacionadas empleando como variables dependientes las puntuaciones “diferencia” obtenida para cada uno de los instrumentos empleados y sus subescalas.

Los resultados nos indicaron que, efectivamente, existen diferencias significativas entre las puntuaciones “diferencia” de ambos grupos. Las comentaremos una por una para poder entender mejor los resultados. Así, respecto al EAT-26 y sus subescalas, en todas las medidas el grupo experimental presenta una diferencia positiva lo cual refleja que la puntuación del post-test es menor que la del pre-test, mientras que la puntuación “diferencia” obtenida para el grupo control es negativa, lo que nos reflejaría lo contrario a lo hallado en el experimental: EAT-26 $F(1, 957) = 16.170^*$, $p < .05$; “Dieta” $F(1, 957) = 14.602^*$, $p < .05$; “Bulimia y preocupación por la comida” $F(1, 957) = 7.324^*$, $p < .05$ y “Control oral” $F(1, 957) = 13.216^*$, $p < .05$. Ver tabla 7.

En cuanto al CIMEC ocurre exactamente lo mismo que con el EAT-26, esto es, la puntuación “diferencia” del grupo experimental, es positiva, frente a la “diferencia” negativa obtenida por el control: CIMEC $F(1, 957) = 21.344^*$, $p < .05$; “Preocupación IC” $F(1, 957) = 12.211^*$, $p < .05$; “I. Anuncios” $F(1, 957) = 10.826^*$, $p < .05$; “I. mensajes verbales” $F(1, 957) = 8.617^*$, $p < .05$; “I. modelos sociales” $F(1, 957) = 13.350^*$, $p < .05$ y “I. situaciones sociales” $F(1, 957) = 7.919^*$, $p < .05$. Ver tabla 7.

Finalmente, respecto a las subescalas del MBSRQ-AS comprobamos que en el grupo control, las puntuaciones en el segundo pase de las subescalas negativas aumentan, excepto la de “orientación de la apariencia” que disminuye (recordemos que esta variable valora aspectos relacionados con la preocupación por la apariencia), mientras que las puntuaciones del segundo pase de las subescalas

positivas disminuyen. El efecto contrario observamos en el grupo experimental, con la diferencia de que en la subescala “Orientación de la apariencia”, aunque disminuye lo hace en menor medida que en el grupo control: “Evaluación A.” $F(1, 923) = -8.213^*$, $p < .05$; “Orientación apariencia” $F(1, 922) = -4.786^*$, $p < .05$; “Satisfacción corporal” $F(1, 921) = -9.181^*$, $p < .05$; “Preocupación sobrepeso” $F(1, 923) = 12.635^*$, $p < .05$ y “Autoclasificación del peso” $F(1, 923) = -5.613^*$, $p < .05$. Ver tabla 7.

Tabla 7: Medias (DT) de las puntuaciones “diferencia” entre 1° y 2° pase en los instrumentos: grupo experimental y control.

Medida	Condición	
	Experimental	Control
EAT-26	1.67 (5.7)	-2.2 (4.3)
• Dieta	1.2 (3.8)	-1.1 (2.7)
• Bulimia	.25 (1.5)	-.20 (1.1)
• Control oral	.50 (2.4)	-.91 (2.1)
CIMEC	2.8 (8)	-3.9 (5.2)
• Preocupación IC	.55 (3)	-.81 (1.8)
• I. Anuncios	.55 (2.3)	-.4 (1.4)
• I. Mensajes	.4 (1.3)	-.03 (.74)
• I. Modelos	.1 (1.5)	-.8 (1.4)
• I. Situaciones	.32 (1.3)	-.09 (.9)
MBSRQ-AS		
• Evaluación Apariencia	-.008 (.5)	.16 (.35)
• Orientación Apariencia	.08 (.45)	.17 (.32)
• Satisfacción corporal	-.05 (.6)	.14 (.31)
• Preocupación sobrepeso	.06 (.7)	-.25 (.36)
• Autoclasificación Peso	-.006 (.42)	.13 (.65)

↳ **Mantenimiento de los resultados del taller**

Para continuar con la evaluación de la eficacia del taller y poner a prueba la hipótesis 5, realizamos un análisis dirigido a comprobar si los cambios logrados con el taller continuaban pasados 6 meses de la aplicación del mismo. La limitación que

encontramos es que hubo una alta mortandad experimental por lo que únicamente contamos con un tamaño de muestra para el seguimiento de 293 participantes en total (el 33% del total de la muestra).

A pesar de este problema de muestra, calculamos un Anova de medidas repetidas, teniendo en cuenta los tres momentos (pre, post y seguimiento, empleando el pre-test como categoría de referencia) de los tres cuestionarios empleados.

Los resultados nos indicaron que, en el caso del EAT-26, las puntuaciones obtenidas en el pos-test se mantienen estables pasados 6 meses, pues al observar las puntuaciones medias en ambos pases comprobamos que son prácticamente iguales (ver tabla 8): $F(2, 199) = 16.828^*$, $p < .05$; pre *vs* post $F(1, 200) = 42.304^*$, $p < .05$; pre *vs* seguimiento $F(1, 200) = 17.141^*$, $p < .05$.

Con relación al CIMEC, resultaron significativas tanto la puntuación pre-test como la post-test al compararla con el seguimiento observando que, en el seguimiento la puntuación es menor que en el pre-test, sin embargo es superior a la obtenida en el post-test: $F(2, 291) = 25.086^*$, $p < .05$; pre *vs* post $F(1, 292) = 83.897^*$, $p < .05$; pre *vs* seguimiento $F(1, 292) = 17.180^*$, $p < .05$. Ver tabla 8.

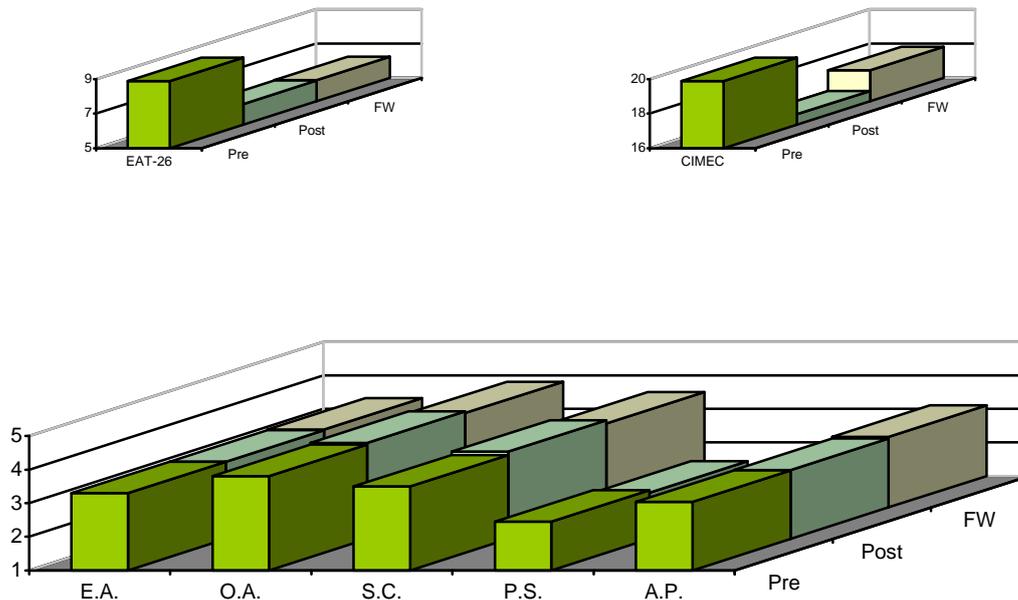
Finalmente y, en cuanto a las subescalas del MBSRQ-AS observamos que se producen cambios en función del momento en las subescalas “Preocupación por el sobrepeso” $F(2, 195) = 91.236^*$, $p < .05$, pre *vs* seguimiento $F(1, 196) = 116.993^*$, $p < .05$, donde no se producen cambios significativos entre el pre-test y el post-test, aunque sí entre el pre-test y el seguimiento. En esta subescala comprobamos que conforme pasa el tiempo, la puntuación tiende a disminuir. También se observa el efecto momento en la subescala “Autoclasificación del peso” en la que sólo resulta significativa la comparación entre la puntuación del pre-test con el seguimiento, siendo mayor en ésta última: $F(2, 195) = 3.356^*$, $p < .05$, pre *vs* seguimiento $F(1, 196) = 4.788^*$, $p < .05$. Ver tabla 8.

Tabla 8: Medias (desviaciones típicas) de las puntuaciones pre, post y seguimiento del EAT, CIMEC y subescalas MBSRQ-AS (grupo experimental).

Medida	Momento		
	Pre	Post	FW
EAT-26	8.9 (9.4)	6.2 (8.2)	6.23 (8.9)
CIMEC	19.9 (13.6)	16.6 (13.3)	17.8 (13.4)
Evaluación apariencia	3.3 (.8)	3.3 (.73)	3.32 (.72)
Orientación apariencia	3.81 (.54)	3.86 (.57)	3.81 (.63)
Satisfacción corporal	3.5 (.73)	3.6 (.72)	3.5 (.68)
Preocupación sobrepeso	2.45 (.9)	2.39 (.84)	1.64 (1.05)
Autoclasificación peso	3.04 (.63)	3.05 (.55)	3.1 (.60)

Observando las puntuaciones medias podríamos confirmar que, salvo en el caso del CIMEC que en el seguimiento aumentan con relación a la del post-test, en los demás instrumentos las puntuaciones se mantienen estables pasados 6 meses. Comentar también como resultado llamativo, que la subescala “Preocupación por el sobrepeso” del MBSRQ-AS en el seguimiento es menor que en los dos momentos anteriores (pre y post-test) entre los cuales no existen diferencias significativas. Sólo resulta significativa la diferencia entre el pre-test y el seguimiento. De esta forma, observamos que, conforme pasa el tiempo, menor es la “preocupación”. Ver gráfico 5.

Gráfico 5: Medias de las puntuaciones pre, post y seguimiento del EAT, CIMEC y subescalas MBSRQ-AS (grupo experimental).



3.3. Grupo experimental: Diferencias entre “población normal” y “población subclínica”.

Al igual que hicimos en la Fase I del trabajo, en esta segunda también quisimos dividir a la muestra en “normal” y “subclínica” en función de la puntuación que tuviesen en el EAT-26. En este caso, el punto de corte establecido para esta versión breve es de 20 (Garfinkel y Newman, 2001; Garner et al., 1982). Así, aquellas participantes con una puntuación igual o superior a 20, formarían parte de la “población subclínica”.

Como ya señalamos en la fase anterior, nuestro interés por diferenciar estos dos grupos dentro de la misma muestra consiste en valorar, de forma más específica, la posible eficacia del taller de cara a reducir las puntuaciones de las participantes. Partimos de la hipótesis de que conforme más alta sea la puntuación en el EAT-26, menos disminuirán las puntuaciones tras el taller.

Para poner a prueba esta hipótesis, calculamos un ANOVA de medidas repetidas, en el que las variables dependientes fueron las puntuaciones pre y post de cada uno de los instrumentos (EAT, CIMEC y subescalas MBSRQ-AS) y los factores inter-sujetos fueron el “tipo de población” (normal *vs* subclínica) y la edad, empleando los mismos grupos que en análisis anteriores.

Los resultados nos indicaron que, respecto a la puntuación del EAT-26, resultó significativo el efecto momento x tipo de población $F(1, 884) = 283.380^*$, siendo el grupo de “población subclínica” el que disminuye las puntuaciones en mayor medida tras el taller, independientemente de la edad de los participantes. Ver tabla 9. * Significativo para una $p < .05$.

Tabla 9: Medias (DT) del EAT: momento, tipo de población y edad (grupo experimental).

Tipo población	Grupo edad	N	Pre	Post
Normal	12 - 13	357	6 (5.3)	4.6 (5.5)
	14	184	4.4 (4.5)	4 (5.1)
	15 - 16	210	6 (5.2)	5 (6.1)
	Total	779	5.5 (5.1)	4.5 (5.6)
Subclínica	12 - 13	41	30.5 (9.4)	22.4 (12)
	14	27	27.1 (5.5)	19 (10.2)
	15 - 16	37	28.2 (8.4)	20 (11.4)
	Total	111	29 (8.3)	20.5 (11.3)

En cuanto al CIMEC, sólo resultó significativo el efecto momento $F(1, 884) = 84.635^*$, pero si eliminamos la variable edad sí que se observan diferencias significativas en el momento en función del tipo de población $F(1, 888) = 4.009^*$, siendo también, en este caso, el grupo de “población subclínica” el que más disminuye sus puntuaciones tras el taller. Ver tabla 10.

* Significativo para una $p < .05$.

Tabla 10: Medias (DT) del CIMEC: momento, tipo de población (grupo experimental).

Tipo población	N	Pre	Post
Normal	779	18 (11.2)	38.4 (13.5)
Subclínica	111	15 (11.1)	34 (16)

Finalmente, y con relación a las subescalas del MBSRQ-AS, sólo se encontró interacción entre el momento (pre – post), tipo de población (normal- subclínica) y edad en la subescala “Evaluación de la apariencia”: $F(1, 850) = 6.387^*$, observado que, las chicas de más edad (15 – 16 años) de la población subclínica, incrementan sus puntuaciones en el post, indicando que evalúan su apariencia de forma más positiva tras el taller. Ver tabla 11a.

Tabla 11a: Medias (DT) de las subescalas del MBSRQ-AS: Evaluación de la apariencia (grupo experimental).

Tipo población	Grupo edad	N	Pre	Post
Normal	12 – 13	357	3.3 (.7)	3.3 (.65)
	14	184	3.2 (.62)	3.2 (.62)
	15 - 16	210	3.2 (.7)	3.2 (.7)
	Total	751	3.2 (.7)	3.2 (.65)
Subclínica	12 – 13	41	2.7 (.95)	2.7 (.9)
	14	27	2.5 (1)	2.5 (.83)
	15 - 16	37	2.4 (.82)	2.7 (.8)
	Total	105	2.5 (.92)	2.6 (.84)

En las subescalas “orientación de la apariencia” y “preocupación por el sobrepeso” sólo se encontró un efecto momento x tipo de población, no ejerciendo la edad ningún tipo de influencia: $F(1, 849) = 5.912^*$ y $F(1, 850) = 14.147^*$ respectivamente (ver tabla 11b). También en este caso, fue el grupo de “subclínicos” quienes más disminuyeron sus puntuaciones tras el taller. Finalmente, las subescalas “satisfacción corporal” y “autoclasificación del peso” no mostraron ningún tipo de efecto.

Tabla 11a: Medias (DT) subescalas MBSRQ-AS: Orientación de la apariencia y preocupación por el sobrepeso (grupo experimental).

		Orientación Apariencia		Preocupación sobrepeso	
Población	N	Pre	Post	Pre	Post
Normal	750	3.8 (.6)	3.7 (.6)	2.3 (.82)	2.2 (.82)
Subclínica	105	4.2 (.5)	4.1 (.65)	3.7 (.71)	3.5 (.9)

A modo de conclusión decir que, con relación a las puntuaciones del EAT-26 y del CIMEC, en general, las participantes que forman el grupo de “subclínicos” son las que más se benefician del taller, pues sus puntuaciones son las que más se reducen tras la aplicación del mismo. Asimismo, este “beneficio” afecta por igual a todas las chicas independientemente de la edad que tengan.

3.4. Conclusiones

Realizados los análisis pertinentes y revisados los resultados obtenidos, podemos extraer las siguientes conclusiones:

Respecto a los análisis realizados con la totalidad de la muestra (grupo experimental y grupo control):

1. Con relación a las diferencias en función de la edad en las diferentes medidas, que las participantes más jóvenes (12 – 13 años) presentan una mejor evaluación de la apariencia y se encuentra más satisfecha con su cuerpo, están menos preocupadas por el sobrepeso y, por tanto, presentan menos conductas relacionadas con la “dieta”. De igual forma, se sienten menos influenciadas por los diferentes agentes sociales, evaluados a través del CIMEC, en la elaboración del modelo estético corporal. Finalmente, hemos hallado que el grupo de las participantes de más edad son las que peor evalúan su apariencia y menos satisfechas se sienten con su cuerpo, resultados que son coherentes con el hecho de presentar una mayor preocupación por el sobrepeso, mayor número de conductas relacionadas con hacer dieta, mayor preocupación por la imagen corporal y mayor influencia por los agentes sociales de cara a elaborar el modelo estético corporal.

2. Respecto a las correlaciones entre el IMC y los instrumentos empleados, se cumplen las hipótesis planteadas. Esto es, conforme más alto es el IMC de las participantes, observamos más conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, excepto las que tienen que ver con el “control oral”, subescala que no ha mostrado una correlación significativa con el IMC. También a mayor IMC, peor evalúan su apariencia y menos satisfechas con su cuerpo se encuentran; más preocupadas están por tener sobrepeso y mejor clasifican el peso, quizás porque están más pendientes del mismo. Asimismo, se sienten más influenciadas por los agentes sociales de cara a la elaboración del propio modelo de belleza, fundamentalmente por agentes relacionados con los anuncios y con las situaciones sociales y, por tanto, más preocupadas están por la imagen corporal.

En esta misma dirección, también hemos analizado las correlaciones entre la edad y los instrumentos, comprobando que, en general, y aunque las correlaciones son bajas, conforme más mayores son las participantes, menos satisfechas están con su cuerpo y, por tanto, peor evalúan su apariencia; más preocupadas están por el sobrepeso y más influenciadas se sienten por los agentes sociales, concretamente por los modelos sociales, los mensajes verbales y los anuncios, mostrando, asimismo, una mayor preocupación por la imagen corporal.

En cuanto a los análisis dirigidos a evaluar la eficacia del taller:

1. Tras la realización del taller, las participantes presentan menores puntuaciones tanto en el EAT-26, como en el CIMEC y en las subescalas “Orientación de la Apariencia” y “Preocupación por el sobrepeso” del MBSRQ-AS, mientras que aumenta la puntuación de la subescala “Satisfacción corporal”. Esto nos podría estar indicando que, como resultado de la participación en el taller, las alumnas muestran un cambio en cuanto a las actitudes, comportamientos y creencias relacionados con el peso, la comida y la imagen corporal y se sienten menos influenciadas o son más críticas ante los agentes sociales como la publicidad, modelos, mensajes, etc., a la hora de definir su modelo corporal estético; siendo éstas más positivas después de la participación en el mismo.

Asimismo, hemos podido comprobar que, salvo en el CIMEC, donde observamos que las chicas del grupo de más edad (15 – 16 años) son las que más se benefician del taller al mostrar mayores cambios en sus puntuaciones, en el resto de las medidas todas cambian por igual, por lo que podríamos confirmar la importancia de intervenir a nivel preventivo a edades más tempranas. De igual forma, también podríamos afirmar que ese cambio se deba probablemente al efecto del taller pues, al comparar las medidas del grupo experimental con las del grupo control encontramos que el resultado es inverso en función del grupo: en el experimental las puntuaciones tienden a disminuir, mientras que en el control tienden a aumentar. La excepción la encontramos en la subescala “Orientación de la apariencia”, aquí observamos que ambos grupos mejoran su puntuación.

2. Por otra parte, podemos observar que, pasados 6 meses de la realización del taller, las participantes mantienen los cambios observados en el post-test en la puntuación del EAT-26. En las demás medidas empleadas comprobamos que: en el CIMEC la puntuación tiende a aumentar conforme pasa el tiempo, aunque en el seguimiento sigue siendo significativamente menor que en el pre-test. En cuanto a las subescalas del MBSRQ-AS observamos que, en la mayoría de las subescalas no hay cambios a favor de una mejor imagen corporal, sólo comprobamos que

disminuye la “preocupación por el sobrepeso” conforme pasa el tiempo, siendo significativamente menor la puntuación del seguimiento con relación a los dos momentos anteriores, y que la “Autoclasificación del peso” mejora a medida que pasa el tiempo. Resultan llamativos estos resultados, sobre todo, si tenemos en cuenta los obtenidos al comparar únicamente el pre-test con el post-test, donde sí se encuentran diferencias claramente significativas. Probablemente, esta “inestabilidad” de las medidas se deba, en parte, al menor tamaño de la muestra con que contamos en el seguimiento (293 participantes que supone el 33% del total de la muestra).

3. Por otra parte, cuando dividimos al grupo experimental en función de la puntuación obtenida en el EAT-26 (normal *vs* subclínica) comprobamos que es el grupo de las “subclínicas” el que más se beneficia del taller. Esto es, sus puntuaciones en el post-test disminuyen en mayor medida que las del grupo “normal”. Este efecto se ha observado en las puntuaciones del EAT-26, del CIMEC y en tres subescalas del MBSRQ-AS: “Orientación de la apariencia”, “Preocupación por el sobrepeso” y “Evaluación de la apariencia”, comprobando, además, en esta última una interacción con la edad. Concretamente se ha visto que las chicas más mayores (15 – 16 años) de la muestra de subclínicas son las que más mejoran sus puntuaciones en esta escala tras el taller, mostrando una evaluación más positiva sobre su apariencia.

Para concluir con esta segunda fase experimental hemos de señalar las limitaciones con las que nos hemos encontrado:

a) La mortandad experimental en el seguimiento, lo cual nos impide extraer datos más concluyentes y generalizar los resultados.

b) El no contar con una medida de seguimiento para el grupo control de manera que podamos comparar los posibles efectos del taller a largo plazo.

c) El no haber aplicado el taller a una muestra similar a la empleada pero masculina pues, tal y como comprobamos en la primera fase del trabajo, también es necesaria la intervención en prevención sobre trastornos alimentarios en chicos adolescentes.

d) El hecho de no haber podido realizar un taller más extenso en el tiempo, incluyendo mayor número de sesiones, de manera que se hubieran podido trabajar contenidos más específicos y relevantes de cara a la prevención de los TCA.

C) DATOS PSICOMÉTRICOS DE LOS INSTRUMENTOS

Objetivos:

- Proporcionar datos psicométricos de los instrumentos empleados a lo largo de las dos fases de prevención y obtenidos con población adolescente de la Comunidad Valenciana:
 - EAT-26 (Garner y Garfinkel, 1979)
 - ASI (Cash y Labarge 1996)
 - CIMEC-26 (Toro et al., 1994), elaborando una versión adaptada para los chicos.
 - Cuestionario Multidimensional sobre las relaciones con el propio cuerpo – escalas de apariencia (MBSRQ-AS) (Brown, Cash y Mikulka, 1990; Cash, 2004).

1. DATOS PSICOMÉTRICOS DEL EAT-26

1.1. Muestra y procedimiento

La muestra está compuesta por un total de 8647 participantes reclutados de la población general. Del total de los participantes, 4594 son mujeres (54.3%) y 3873 varones (45.7%). El rango de edad de la muestra oscila entre 10 y 17 años ($X = 14.1$, $DT = 1.3$). Los participantes son, en su totalidad, estudiantes procedentes de colegios (Secundaria y Bachillerato) tanto públicos, concertados como privados, de las provincias de Valencia (85.4%) y Castellón (14.6%).

Para una descripción más exhaustiva de la muestra, presentamos los datos en la Tabla 1.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra

Sexo	N	%	Media Edad (DT)	Tipo colegio	% alumnos
Mujeres	4594	54.3	14.1 (1.32)	Público	24.6
Varones	3873	45.7	14.1 (1.3)	Privado	16.3
Total	8467	100	14.1 (1.3)	Concertado	59.1

El procedimiento que se siguió para reclutar la muestra consistió en contactar, vía correo postal, con los diferentes colegios de las provincias de Valencia y Castellón. En ese correo se les enviaba una carta de presentación de nuestro grupo de profesionales. Una vez identificados los colegios interesados en la participación voluntaria, se les envió, a través del correo electrónico, el ETA – 26 junto con las instrucciones para administrarlo: el cuestionario se administraría a chicos y chicas; se haría un pase colectivo durante la hora de tutoría de cada clase y sería el tutor quien se encargaría de supervisar la cumplimentación del cuestionario. Asimismo,

se les indicaba qué variables mide el instrumento y el significado general de cada uno de los factores para que pudieran resolver posibles dudas que plantearan los alumnos.

1.2. RESULTADOS

1.2.1. Análisis descriptivo de los ítems

Si realizamos un análisis global de las puntuaciones dadas por los participantes a cada uno de los ítems (Ver tabla 2) podemos observar que, por lo general, se mantienen en un rango de neutralidad, es decir, las puntuaciones medias que dan a la mayoría de los ítems oscilan en torno a 0.3 (escasas conductas y actitudes de TCA). Señalar que los ítems en los que los participantes presentan una puntuación media más alta son el n° 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” ($X = .65$, $DT = .95$), el n° 12 “Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio” ($X = .61$, $DT = 1.1$) y el n° 14 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo” ($X = .60$, $DT = 1$). En cuanto a los ítems que presentan menor puntuación media son: el n° 9 “Vomito después de haber comido” ($X = .02$, $DT = .20$) y el n° 26 “Tengo ganas de vomitar después de las comidas” ($X = .05$, $DT = .32$).

Si analizamos los datos por separado en función del sexo, podemos observar que, en el caso de los chicos, la puntuación media obtenida por los chicos es menor que si consideramos la puntuación media obtenida por la muestra total. Los ítems que presentan mayor puntuación media son el n° 12 “Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio” ($X = .6$, $DT = 1$) y el n° 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” ($X = .55$, $DT = .92$). En cuanto a los ítems que muestran menor puntuación son: el n° 26 “Tengo ganas de vomitar después de las comidas” ($X = .02$, $DT = .22$), el n° 9 “Vomito después de haber comido” ($X = .021$, $DT = .23$) y el n° 10 “Me siento muy culpable después de comer” ($X = .04$, $DT = .32$).

Con relación a las chicas, éstas muestran una puntuación media mayor si las comparamos con los chicos, encontrando diferencias claramente llamativas en ítems directamente relacionados con el “deseo de hacer dieta” (22: “me siento incómoda después de comer dulces”; 23: “me comprometo a hacer régimen”) y la “preocupación por adelgazar” (11: “me preocupa el deseo de estar más delgada”; 14: “me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”). No obstante, en general sigue siendo una puntuación total media baja, indicando escasas conductas y actitudes relacionadas con los TCA. Los ítems en los que la puntuación media es mayor son el n° 14 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo” ($X = .8$, $DT = 1.2$) y el n° 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” ($X = .73$, $DT = 1$), mientras que

los que presentan menor puntuación media son los mismos que en el caso de los chicos.

Por otra parte, hemos calculado una prueba t para analizar las posibles diferencias existentes entre los ítems en función del sexo. Los resultados nos han indicado que casi todos los ítems presentan diferencias significativas, siendo las chicas las que puntúan más alto, excepto en el ítem 4 “A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de para de comer”, en el que son los chicos los que obtienen mayor puntuación. No se han encontrado esas diferencias significativas en los ítems 5 “Corto mis alimentos en trozos pequeños”, 9 “Vomito después de haber comido” y 13 “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”. Ver tabla 2.

Tabla 2: Análisis descriptivo de los ítems del EAT-26.

	TOTAL	CHICOS	CHICAS	
Ítems	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	t
1 Me gusta comer con otras personas	.40 (.82)	.30(.7)	.50 (1)	-11.677*
2 Procuo no comer aunque tenga hambre	.20 (.6)	.13 (.52)	.20 (.6)	-4.782*
3 Me preocupo mucho por la comida	.40 (.9)	.35 (.81)	.50 (1)	-6.020*
4 A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	.10 (.5)	.15 (.53)	.12 (.45)	3.018*
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños	.45 (.9)	.45 (.9)	.45 (.9)	.025
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.25 (.72)	.20 (.62)	.32 (.8)	-8.54*
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	.14 (.53)	.13 (.5)	.16 (.55)	-2.816*
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más	.35 (.83)	.30 (.75)	.40 (.9)	-6.280*
9 Vomito después de haber comido	.02 (.22)	.02 (.23)	.02 (.21)	.259
10 Me siento muy culpable después de comer	.10 (.5)	.04 (.32)	.14 (.55)	-9.767*
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	.40 (.9)	.22 (.7)	.53 (1)	-16.053*
12 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.60 (1)	.60 (1)	.64 (1.1)	-3.136*
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	.30 (.8)	.30 (.8)	.30 (.8)	-.250
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	.60 (1)	.33 (.81)	.80 (1.2)	-19.740*
15 Tardo en comer más que las otras personas	.40 (1)	.32 (.8)	.52 (1)	-10.502*
16 Procuo no comer alimentos con azúcar	.20 (.6)	.13 (.5)	.24 (.7)	-8.695*
17 Como alimentos de régimen	.20 (.54)	.10 (.42)	.21 (.62)	-9.784*
18 Siento que los alimentos controlan mi vida	.20 (.6)	.15 (.6)	.20 (.62)	-2.405*
19 Me controlo en las comidas	.53 (1)	.50 (1)	.60 (1)	-3.504*
20 Noto que los demás me presionan para que coma	.23 (7)	.20 (.6)	.30 (.8)	-8.044*
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	.12 (.5)	.06 (.4)	.16 (.6)	-9.067*
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces	.22 (.7)	.10 (.5)	.33 (.82)	-15.311*
23 Me comprometo a hacer régimen	.30 (.75)	.15 (.55)	.40 (.9)	-15.481*
24 Me gusta sentir el estómago vacío	.15 (.6)	.12 (.5)	.20 (.63)	-5.898*
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	.65 (.95)	.55 (1)	.73 (1)	-8.766*
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas	.05 (.32)	.02 (.22)	.07 (.4)	-7.064*
TOTAL	.30	.23	.35	-16.875*

*Significativo al $p < .05$

1.2.2. Análisis factorial

Realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX con objeto de comprobar, tal y como se demostró en el estudio original de Garner et al. (1982), si en nuestra población el EAT-26 estaba compuesto por diferentes dominios. De la misma manera pretendíamos analizar si la estructura factorial que obteníamos con nuestra población era similar a la obtenida por los autores de la escala, tal y como ocurrió en el estudio con población española llevado a cabo por Toro et al. (1991).

Los criterios que tuvimos en cuenta para determinar si un ítem formaba parte de un factor fueron: que la carga factorial fuese igual o superior a .40 y que cargara en un solo factor.

Decidimos no forzar la estructura factorial y que fuese el propio programa quien determinase el número de factores que compusiese la estructura, pues si lo obligáramos a tres factores, como en la estructura original, había que eliminar ítems que se quedaban sin cargar en alguno de los factores y la varianza explicada resultaba bastante baja (alrededor del 40%). De ahí que las estructuras obtenidas sean bastante diferentes de la estructura original. Los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 3.

Para la muestra en su totalidad, 25 ítems cumplieron los requisitos propuestos, eliminándose únicamente el ítem 24 “Me gusta sentir el estómago vacío”, pues no cargó en ninguno de los factores. La estructura que obtuvimos estuvo compuesta de cuatro factores que explicaban el 43% del total de la varianza. El primero de ellos lo denominamos **“Dieta”**; constó de 10 ítems (2, 3, 5, 6, 7, 12, 16, 17, 19, 23) que explicaban el 24 % de la varianza. Mantuvimos el mismo nombre que en la escala original, puesto que el contenido de los ítems que lo componen hacen referencia a cuestiones relacionadas con la evitación de ingerir alimentos que no sean bajos en calorías, conductas restrictivas y el deseo de hacer dieta.

El segundo factor lo denominamos **“Preocupación por la delgadez”**; contó con 5 ítems (1, 11, 14, 22, 25) que explicaban el 8.14% de la varianza. Se trata de un factor cuyos ítems hacen referencia a la preocupación de la persona por los alimentos y el deseo de adelgazar.

El tercer factor lo llamamos **“Bulimia”**; contó con 6 ítems (4, 9, 10, 18, 21, 26) que explicaban el 6.24% de la varianza. Las variables que componen este factor hacen referencia a conductas relacionadas con el impulso de comer, conductas de purga tras haber comido y rumiaciones en torno a la comida. Decidimos mantener

el nombre original porque todas las variables, incluida la 10 (que en la original forma parte del factor dieta), implican aspectos muy relacionados con la bulimia como son los atracones, los vómitos y la preocupación / culpa respecto a la comida.

Por último, el cuarto factor lo denominamos **“Presión social percibida”**; compuesto por 4 ítems (8, 13, 15, 20) que explicaban el 5% de la varianza. En este caso, decidimos cambiar el nombre, en relación al original, dado que el contenido hace referencia a la percepción que la persona tiene sobre la preocupación del entorno social y la presión que ejercen los demás sobre la persona a la hora de comer. El único ítem que conserva respecto al original es el 8 (Noto que los demás preferirían que yo comiese más) que, igualmente, podría estar haciendo referencia a esa “presión social percibida”.

Tabla 3: Ítems y cargas factoriales del EAT-26 para toda la muestra

ITEMS	Cargas factoriales			
	Dieta	Preocupación por la delgadez	Bulimia	Presión social percibida
1 Me gusta comer con otras personas		.625		
2 Procuero no comer aunque tenga hambre	.444			
3 Me preocupo mucho por la comida	.421			
4 A veces me he “atrachado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer			.445	
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños	.452			
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.643			
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	.587			
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más				.833
9 Vomito después de haber comido			.698	
10 Me siento muy culpable después de comer			.613	
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a		.652		
12 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	.451			
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a				.733
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo		.682		
15 Tardo en comer más que las otras personas				.440
16 Procuero no comer alimentos con azúcar	.641			
17 Como alimentos de régimen	.582			
18 Siento que los alimentos controlan mi vida			.414	
19 Me controlo en las comidas	.635			
20 Noto que los demás me presionan para que coma				.771
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida			.495	
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces		.449		
23 Me comprometo a hacer régimen	.542			
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas		.426		
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas			.705	

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Por otra parte, también realizamos un análisis factorial por separado para mujeres y varones, con idea de comprobar si la estructura variaba en función del sexo y, además, porque la validación del original se realizó con una muestra compuesta en su totalidad por mujeres.

En ambos casos, realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, siguiendo los mismos criterios de inclusión de los ítems arriba indicados.

En el caso de las chicas (N = 4594) los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 4.

La versión final para nuestra muestra femenina fue muy similar a la obtenida para la muestra en su totalidad, por lo que nos limitaremos a describir únicamente los ítems de cada uno de los factores. Constó de 25 ítems, eliminándose el ítem 24 al no cargar en alguno de los factores. También obtuvimos 4 factores para los que mantuvimos los mismos nombres. En este caso, los 4 factores explicaron el 45.6% de la varianza. El primero de ellos, **“Dieta”**; constó de 10 ítems (2, 3, 5, 6, 7, 16, 17, 19, 22, 23,) que explicaban el 26.5 % de la varianza. El segundo factor, **“Preocupación por la delgadez”**, contó con 5 ítems (1, 11, 12, 14, 25) que explicaban el 8.3% de la varianza. El tercer factor, **“Bulimia”**, contó con 6 ítems (4, 9, 10, 18, 21, 26) que explicaban el 6.2% de la varianza. Por último, el cuarto factor, **“Presión social percibida”**, compuesto por 4 ítems (8, 13, 15, 20) que explican el 5% de la varianza.

En cuanto a los chicos (N = 3873), la versión final constó de 21 ítems. En este caso tuvimos que eliminar 5 ítems que no cargaron en ninguno de los factores: 2 “Procuró no comer aunque tenga hambre”, 12 “Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio”, 15 “Tardo en comer más que las otras personas”, 18 “Siento que los alimentos controlan mi vida” y 24 “Me gusta sentir el estómago vacío” (Ver tabla 5).

La estructura que obtuvimos estuvo compuesta, en este caso, de 5 factores que explicaban el 47% del total de la varianza. El primero de ellos, **“Preocupación por la delgadez”**; constó de 4 ítems (1, 11, 14, 22) que explicaban el 18.1 % de la varianza. Su composición es similar al factor del mismo nombre obtenido en la estructura para toda la muestra, a excepción de que el ítem 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” no se incluye en este factor. El segundo factor lo llamamos **“Dieta”**; contó con 7 ítems (5, 6, 7, 16, 17, 19, 23) que explicaban el 10% de la varianza. Las variables que componen este factor hacen referencia a

conductas restrictivas y el deseo / compromiso de hacer dieta. El tercer factor lo denominamos **“Bulimia”**, contó sólo con 3 ítems (9, 10, 26) que explicaban el 8% de la varianza. El cuarto fue el de **“Presión social percibida”**; compuesto por 3 ítems (8, 13, 20) que explicaban el 6% de la varianza. Y el quinto y último lo denominamos **“Preocupación por la comida”**, compuesto por 4 ítems (3, 4, 21, 25), que explicó el 5.2% de la varianza. Su contenido hace referencia a rumiaciones propias de un TCA en torno a la comida.

Tabla 4: Ítems y cargas factoriales del EAT-26 para mujeres

ITEMS	Cargas factoriales			
	Dieta	Preocupación por la delgadez	Bulimia	Presión social percibida
1 Me gusta comer con otras personas		.603		
2 Procuero no comer aunque tenga hambre	.467			
3 Me preocupo mucho por la comida	.454			
4 A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer			.495	
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños	.420			
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	.665			
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)	.632			
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más				.835
9 Vomito después de haber comido			.660	
10 Me siento muy culpable después de comer			.611	
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a		.681		
12 Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio		.439		
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a				.712
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo		.700		
15 Tardo en comer más que las otras personas				.478
16 Procuero no comer alimentos con azúcar	.686			
17 Como alimentos de régimen	.613			
18 Siento que los alimentos controlan mi vida			.493	
19 Me controlo en las comidas	.650			
20 Noto que los demás me presionan para que coma				.786
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida			.492	
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces	.462			
23 Me comprometo a hacer régimen	.550			
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas		.440		
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas			.676	

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Tabla 5: Ítems y cargas factoriales del EAT-26 para hombres

ÍTEMS	Cargas Factoriales				
	Preocupación por la delgadez	Dieta	Bulimia	Presión social percibida	Preocupación por la comida
1 Me gusta comer con otras personas	.629				
3 Me preocupo mucho por la comida					.538
4 A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer					.610
5 Corto mis alimentos en trozos pequeños		.497			
6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como		.542			
7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)		.486			
8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más				.840	
9 Vomito después de haber comido			.813		
10 Me siento muy culpable después de comer			.605		
11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	.708				
13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a				.779	
14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	.713				
16 Procuro no comer alimentos con azúcar		.569			
17 Como alimentos de régimen		.564			
19 Me controlo en las comidas		.608			
20 Noto que los demás me presionan para que coma				.756	
21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida					.418
22 Me siento incómodo/a después de comer dulces	.508				
23 Me comprometo a hacer régimen		.490			
25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas					-.525
26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas			.792		

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

1.2.3. Análisis de fiabilidad (consistencia interna)

Para analizar la consistencia interna de las estructuras obtenidas, se calculó el coeficiente α de Cronbach para la escala total y para cada una de las subescalas, considerando a la muestra en su totalidad, así como para mujeres y hombres por separado.

Para la muestra completa, la escala total obtuvo un coeficiente α de .85. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total osciló entre .20 y .61, a excepción de los ítems 13 “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a” y 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas”, cuyas correlaciones fueron de .11 y .14 respectivamente. El ítem que mayor correlación presentó fue el 14 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”.

Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Dieta” fue de .80. El rango de correlaciones entre los ítems con el total fue de .24 a .55, correspondiendo la menor correlación al ítem 5 “Corto mis alimentos en trozos pequeños” y la mayor al ítem 23 “Me comprometo a hacer régimen”. Para la subescala “Preocupación por la delgadez” el índice α fue de .70. Las correlaciones oscilaron entre .16 y .60, siendo el ítem de menor correlación el 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” y el de mayor correlación el 14 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”. La consistencia interna para la subescala “Bulimia” fue de .70. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .30 a .50, correspondiendo la menor correlación al ítem 4 “A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer” y la mayor al 10 “Me siento muy culpable después de comer”. Finalmente, el índice α para la subescala “Presión social percibida” fue de .70. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .25 a .60, correspondiendo la menor correlación al ítem 15 “Tardo en comer más que las otras personas” y la mayor al 8 “Noto que los demás preferirían que yo comiese más”.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron, en su mayoría, superiores a .30. No obstante, señalar que los siguientes ítems presentaron correlaciones muy bajas: 4 (.20) “A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer”; 5 (.22) “Corto mis alimentos en trozos pequeños”; 9 (.20) “Vomito después de haber comido”; 13 (.11) “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”; 15 (.21) “Tardo en comer más que las otras

personas”; 25 (.14) “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas”. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue moderada (.70).

En el caso de las mujeres, para la escala total, esta medida de consistencia interna resultó en un coeficiente α de .90. El rango de correlaciones de los ítems con el total osciló entre .10 y .65, siendo el ítem que menor correlación presentó el 13 “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a” y el que mayor correlación presentó el 14 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Dieta” fue de .83. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .25 a .60. La menor correlación correspondió al ítem 5 “Corto mis alimentos en trozos pequeños” y la mayor al ítem al 23 “Me comprometo a hacer régimen”. Para la subescala “Preocupación por la delgadez” el índice α fue de .70. Las correlaciones oscilaron entre .20 y .65, siendo el ítem de menor correlación el 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” y el de mayor correlación el 14 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”. La consistencia interna para la subescala “Bulimia” fue de .70. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .31 a .52, correspondiendo la menor correlación al ítem 4 “A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer” y la mayor al ítem 10 “Me siento muy culpable después de comer”. Por último, el coeficiente α para la subescala “Presión social percibida” fue de .70. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .30 a .61, correspondiendo la menor correlación al ítem 15 “Tardo en comer más que las otras personas” y la mayor al ítem 8 “Noto que los demás preferirían que yo comiese más”.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron, en su mayoría, superiores a .30. No obstante, los siguientes ítems presentaron correlaciones muy bajas: 4 (.22); 9 (.20); 13 (.10); 15 (.20); 25 (.20), los mismos que considerando la muestra total. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue moderada (.70).

En cuanto a los hombres, para la escala total, esta medida de consistencia interna resultó en un coeficiente α de .74. El rango de correlaciones de los ítems con la puntuación total osciló entre .20 y .45, siendo los ítems que menor correlación presentaron el 4 “A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer” y el 5 “Corto mis alimentos en trozos pequeños” y el que mayor correlación presentó el 11 “Me preocupa el deseo de estar más delgado/a”. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la

subescala “Preocupación por la delgadez” fue de .65. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .33 a .52, correspondiendo la menor correlación al ítem 1 “Me gusta comer con otras personas” y la mayor al ítem 11 “Me preocupa el deseo de estar más delgado/a”. Para la subescala “Dieta” el índice α fue de .70. Las correlaciones oscilaron entre .23 y .40, siendo el ítem de menor correlación el 5 “Corto mis alimentos en trozos pequeños” y el de mayor correlación el 23 “Me comprometo a hacer régimen”. La consistencia interna para la subescala “Bulimia” fue de .70, oscilando las correlaciones entre .40 y .53. La menor correlación correspondió al ítem 10 “Me siento muy culpable después de comer” y la mayor al ítem 9 “Vomito después de haber comido”. Para la subescala “Presión social percibida” el índice α fue de .72. Las correlaciones oscilaron entre .50 y .60, siendo el ítem de menor correlación el 20 “Noto que los demás me presionan para que coma” y el de mayor correlación el 8 “Noto que los demás preferirían que yo comiese más”. Y por último y que peores resultados obtuvo fue la subescala “Preocupación por la comida”, con un índice α de .22, oscilando las correlaciones entre -.05 y .20. La menor correlación correspondió al ítem 25 “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” y la mayor al ítem 21 “Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida”.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron superiores a .25, excepto para los ítems 4 (.20) “A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer”, 5 (.20) “Corto mis alimentos en trozos pequeños”; 8 (.21) “Noto que los demás preferirían que yo comiese más”, 9 (.22) “Vomito después de haber comido”; 13 (.20) “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”; 25 (-.02) “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” y 26 (.20) “Tengo ganas de vomitar después de las comidas”. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue baja (.53). En la tabla 6 mostramos un resumen de los datos sobre la fiabilidad obtenidos tanto para la escala total como para las subescalas en función de la muestra considerada (total, masculina femenina).

Tabla 6: Consistencia interna

	Medida	α
TOTAL	Total	.85
	Dieta	.80
	Preocupación delgadez	.70
	Bulimia	.70
	Presión social	.70
Chicas	Total	.90
	Dieta	.83
	Preocupación delgadez	.70
	Bulimia	.70
	Presión social	.70
Chicos	Total	.74
	Preocupación delgadez	.65
	Dieta	.70
	Bulimia	.70
	Presión social	.72
	Preocupación comida	.22

Tabla 7: Ítems con correlaciones máximas y mínimas

	Ítems con máxima correlación	Ítems con mínima correlación
Total	13. “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a” (.11) 25. “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas” (.14)	14. “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo” (.61)
Mujeres	13. “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a” (.10)	14. “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo” (.65)
Hombres	4. “A veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer” (.20) 5. “Corto mis alimentos en trozos pequeños” (.20)	11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a” (.45).

1.2.4. Diferencias de grupo en las subescalas del EAT-26

En primer lugar, y puesto que contábamos con una muestra compuesta por hombres y mujeres, decidimos realizar una prueba t, con idea de comprobar si existen diferencias en las variables que mide el EAT-26 en función del sexo. Para ello, empleamos como variable dependiente tanto la puntuación total en el EAT, como la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura que obtuvimos para la muestra total. Los resultados nos indicaron que, efectivamente, mujeres y varones diferían en las variables del EAT-26, tanto si considerábamos la puntuación total, como si teníamos en cuenta la puntuación en cada una de las subescalas, siendo las mujeres las que más alto puntuaban en todas las medidas (Ver tabla 8).

Tabla 8: Medias (desviación típica) del EAT-26 y subescalas en función del sexo

MEDIDA	SEXO	MEDIA (DT)	t
Total EAT-26	Hombre	5.8	-16.875*
	Mujer	8.9	
Dieta	Hombre	2.7	-10.143*
	Mujer	3.7	
Preocupación delgadez	Hombre	1.5	-21.948*
	Mujer	2.8	
Bulimia	Hombre	.45	-7.072*
	Mujer	.70	
Presión social	Hombre	1.05	-8.996*
	Mujer	1.5	

*Significativo al $p < .05$

Tras comprobar que existían diferencias con relación al sexo, quisimos analizar si también podríamos encontrar diferencias en función del sexo x la edad en la estructura obtenida para la muestra en su totalidad. En este sentido, realizamos 3 grupos de edad (1: 11 – 13 años, 2: 14 años, 3: 15 – 17 años) intentando que los grupos no fuesen muy diferentes en cuanto al tamaño y que los participantes de cada grupo se asimilasen en cuanto a características evolutivas dadas las variables que estábamos midiendo, debido a ello eliminamos al grupo de 10 años pues, a parte de que era muy reducido (31 participantes) el momento evolutivo en el que se encuentra puede afectar a los datos .

En este caso, los resultados nos indicaron que, efectivamente, existían diferencias significativas al tener en cuenta ambas variables de manera conjunta. En general, se observó que las chicas puntuaban más alto que los chicos, y fueron las chicas de 11 – 13 años las que puntuaron significativamente más alto que las demás chicas y que los chicos de cualquier edad: puntuación total EAT-26 $F(2, 2071) = 2.529^*$ y subescala “Preocupación por la delgadez” $F(2, 2071) = 5.732^*$, $p < .05$). Ver tabla 9.

Tabla 9: Medias (DT) del EAT-26 y subescalas en función del sexo y la edad

Medida	Edad	Sexo		F
		Hombre	Mujer	
Total EAT-26	11 – 13	6.3 (6.2)	10.6 (11)	2.529*
	14	6.3 (7.5)	9.7 (10)	
	15 – 17	4.5 (5)	9.9 (11)	
Dieta	11 – 13	2.6 (3.6)	4.2 (5.3)	1.636
	14	2.7 (4)	4.1 (5.3)	
	15 – 17	2 (3)	4.2 (5.5)	
Bulimia y preocupación por la comida	11 – 13	.46 (1.1)	.96 (2)	.734
	14	.5 (1.5)	.78 (1.7)	
	15 – 17	.36 (1.2)	.92 (2.2)	
Preocupación por la delgadez	11 – 13	1.9 (2.2)	3 (3.2)	5.732*
	14	1.9 (2.3)	3 (3)	
	15 – 17	1.14 (1.7)	3.1 (3.3)	
Presión social percibida	11 – 13	1.3 (2.4)	2.1 (3)	1.104
	14	1.2 (2.2)	1.6 (2.5)	
	15 – 17	.96 (2)	1.5 (2.5)	

Significativo a una $p < .05$

Finalmente, decidimos analizar esas mismas diferencias en función de la edad pero, en este caso, por separado para chicos y chicas y teniendo en cuenta la estructura obtenida para cada sexo.

Con relación a los chicos, los resultados nos indicaron que sí que existen diferencias significativas en función de la edad, observándose en todas las medidas que resultaron significativas que los chicos de menor edad (11 - 13 años) eran los

que más alto puntuaban siempre en la mayoría de las medidas, igualándose en algunas con el grupo de 14 años (Ver tabla 10).

En cuanto a las chicas, también se observaron diferencias significativas en la mayoría de las medidas, observando el efecto contrario que en los chicos, esto es, son las chicas de más edad (15 – 17 años) las que puntúan más alto en aquellas que resultaron significativas (Ver tabla 11).

Tabla 10: Media (desviación típica) del EAT-26 y subescalas de estructura original y estructura masculina en función de la edad (población varones)

Medida	Edad	Media (DT)	F
ESTRUCTURA ORIGINAL			
Total EAT-26	11 – 13	7 (6.8)	54.089*
	14	6.2 (6.9)	
	15 – 17	4.6 (5.2)	
Dieta	11 – 13	3.5 (4.4)	36.286*
	14	3.1 (4.4)	
	15 – 17	2.3 (3.3)	
Bulimia y preocupación por la comida	11 – 13	.81 (1.5)	5.381*
	14	.85 (1.7)	
	15 – 17	.67 (1.4)	
Control oral	11 – 13	2.7 (3)	49.962*
	14	2.2 (2.6)	
	15 – 17	1.7 (2.3)	
ESTRUCTURA MASCULINA			
Preocupación por la delgadez	11 – 13	1.15 (2.1)	22.818*
	14	1 (2)	
	15 – 17	.7 (1.5)	
Dieta	11 – 13	2.15 (3)	54.704*
	14	1.8 (2.6)	
	15 – 17	1.2 (2.1)	
Bulimia	11 – 13	.095 (.6)	1.869
	14	.1 (.72)	
	15 – 17	.07 (.52)	
Presión social percibida	11 – 13	.81 (1.8)	2.106
	14	.76 (1.7)	
	15 – 17	.7 (1.6)	
Preocupación por la comida	11 – 13	1.2 (1.5)	3.366*
	14	1.2 (1.5)	
	15 – 17	1.04 (1.4)	

*Significativo al $p < .05$

Tabla 11: Media (desviación típica) del EAT-26 y subescalas de estructura original y estructura femenina en función de la edad (población mujeres).

Medida	Edad	Media (DT)	F
ESTRUCTURA ORIGINAL			
Total EAT-26	11 – 13	8.1 (8.9)	8.597*
	14	8.8 (9.5)	
	15 – 17	9.5 (10.5)	
Dieta	11 – 13	4.4 (5.8)	16.266*
	14	5.1 (6.3)	
	15 – 17	5.7 (6.8)	
Bulimia y preocupación por la comida	11 – 13	.87 (1.8)	10.631*
	14	.95 (1.7)	
	15 – 17	1.2 (2.2)	
Control oral	11 – 13	2.8 (3.2)	1.065
	14	2.7 (3.3)	
	15 – 17	2.6 (3.3)	
ESTRUCTURA FEMENINA			
Dieta	11 – 13	3 (4.4)	6.849*
	14	3.3 (4.8)	
	15 – 17	3.6 (5.1)	
Preocupación por la delgadez	11 – 13	2.8 (3.2)	11.510*
	14	3.2 (3.4)	
	15 – 17	3.4 (3.5)	
Bulimia	11 – 13	.6 (1.6)	9.138*
	14	.62 (1.5)	
	15 – 17	.84 (2)	
Presión social percibida	11 – 13	1.5 (2.5)	.724
	14	1.5 (2.4)	
	15 – 17	1.4 (2.4)	

*Significativo al $p < .05$

1.2.5. Correlaciones

Se calculó el coeficiente de correlación momento producto de Pearson con objeto de analizar las relaciones existentes entre la puntuación total del EAT-26 y cada una de las subescalas de la estructura obtenida para cada una de las muestras en función de la edad de los participantes, dadas las diferencias que encontramos en función de esta variable.

En el caso de los chicos, los resultados nos indicaron que la edad correlaciona con todas las medidas excepto con las subescalas “Bulimia” y “Preocupación por la comida”, siendo estas correlaciones negativas. La medida que mayor correlación muestra con la edad es la subescala “Dieta” (Ver tabla 12). Con las chicas también observamos que la edad presenta correlaciones, pero en este caso positivas, con todas las medidas, excepto con la subescala “Presión social percibida”, siendo la medida que mayor correlación presenta la subescala “Preocupación por la delgadez”. Ver tabla 13.

Tabla 12: Correlaciones entre Edad y EAT-26 y subescalas (estructura masculina)

	EAT-26	Preocupación delgadez	Dieta	Bulimia	Presión social	Preocupación comida
Edad	-.153**	-.098**	-.160**	-.021	-.035*	-.031

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Tabla 13: Correlaciones entre Edad y EAT-26 y subescalas (estructura femenina)

	EAT-26	Dieta	Preocupación delgadez	Bulimia	Presión social
Edad	.079**	.072**	.082**	.072**	-.007

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

1.3. PERCENTILES

También se realizó la conversión a percentiles de la puntuación en el EAT-26, tanto para la muestra total como para chicos y chicas y, también, en función de los grupos de edad:

Tabla 14: Percentiles

	Muestra total				Hombre				Mujer				
	Global	11-13	14	15-17	Global	11-13	14	15-17	Global	11-13	14	15-17	
99	39	37	39	42	29	33	32	25	44	42	41	47	99
98	34	33	34	35.2	25	26	29	21	38	36	37	41	98
97	30	29	31	31	22	24	25	19	35	32	34	37	97
96	27	26	29	28	20	22	21	18	32	30	32	35	96
95	25	24	26	25	19	21	20	16	30	27	30	32	95
90	19	18	19	19	14	16	14	11	22	19	22	23	90
85	15	14	15	15	11	13	11	9	18	16	18	20	85
80	12	12	12	12	9	11	9	7	15	13	15	16	80
75	10	10	10	9	8	9	8	6	12	11	13	13	75
70	8	9	8	8	7	8	7	5	10	8	11	11	70
65	7	8	7	7	6	7	6	5	9	8	9	10	65
60	6	7	6	6	5	7	6	4	8	7	8	8	60
55	5	6	6	5	5	6	5	4	6	6	6	7	55
50	5	5	5	4	4	5	4	3	5	5	5	6	50
45	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	5	45
40	3	4	3	3	3	4	3	2	4	4	4	4	40
35	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	35
30	2	3	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	30
25	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	25
20	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	20
15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15
10	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	10
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5

1.4. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la adaptación realizada del EAT-26 posee garantías psicométricas suficientes para ser aplicada en la población valenciana. Asimismo, destacar que se trata del primer estudio que proporciona datos psicométricos sobre el EAT-26 para muestra masculina española. A nivel internacional se conoce la validación realizada por Smead y Richert (1990).

Centrándonos en cada uno de los análisis realizados señalaremos, en primer lugar que, tras analizar las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems del instrumento encontramos que, en general, las chicas muestran mayores puntuaciones en la mayoría de los ítems, lo cual podría indicar que constituyen un grupo de más riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria. Resulta llamativo que solamente en un ítem (el nº 4: “A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer”) los chicos puntúan significativamente más alto que las chicas. Como podemos comprobar, el ítem hace referencia al hecho de comer de forma descontrolada, esto nos podría estar reflejando el hecho de que los chicos tienden a ser menos restrictivos que las chicas. Por último comentar que, hemos encontrado tres ítems en los que no existen diferencias significativas en función del sexo: 3 “Corto mis alimentos en trozos pequeños”, 9 “Vomito después de haber comido”, 13 “Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a”, lo cual podría reflejar la existencia de variables igual de significativas para ambos sexos. De acuerdo con este dato podríamos decir que, al parecer, en población general no hay diferencias entre chicos y chicas en variables que indican una ingesta más patológica.

Con relación a la estructura factorial, hemos obtenido tres: una para la muestra en su totalidad y otra para cada uno de los sexos. De las tres estructuras hemos podido comprobar que, tanto la obtenida para la muestra total como la de la femenina son bastante similares, tanto en los ítems que la componen (en ambos casos eliminamos únicamente el ítem 24 “Me gusta sentir el estómago vacío”, por no cargar en ningún factor); como en el número de factores obtenidos (4) y el contenido de los mismos: “Dieta”, “Preocupación por la delgadez”, “Bulimia” y “Presión social percibida”. En la muestra masculina es donde encontramos mayores diferencias respecto a las estructuras anteriores. En primer lugar, tuvimos que eliminar 5 ítems (2: “Procuro no comer aunque tenga hambre”, 12 “Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio”, 15 “Tardo en comer más que las otras personas”, 18 “Siento que los alimentos controlan mi vida”, 24 “Me gusta sentir el

estómago vacío”), porque no cargaron en ninguno de los factores y, en segundo lugar, obtuvimos 5 factores que explicaron el 47% de la varianza. De estos 5 factores encontramos que, en realidad, el quinto de ellos “Preocupación por la comida” está compuesto por variables que, en las otras dos estructuras están distribuidas entre los factores 1, 2 y 3, por lo que nos encontramos con un factor que evalúa un contenido mucho más específico, referido a pensamientos recurrentes acerca de la comida.

Dejaremos a un lado la estructura de la muestra total, pues mezclar ambos sexos para analizar este tipo de contenidos puede dar lugar a resultados “engañosos”. En este sentido y, de acuerdo con la literatura existente sobre la incidencia de los trastornos alimentarios, estas alteraciones son más frecuentes en las mujeres (Hoek, 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2005). De acuerdo con esto, partimos de la idea de que mujeres y varones piensan diferente respecto al peso, la importancia del físico y la apariencia y que, por tanto, van a mostrar actitudes diferentes respecto a la comida. Teniendo esto en cuenta, podemos entender el hecho de que hayamos obtenido estructuras diferentes en función del sexo.

Si además, estas estructuras las comparamos con la obtenida por los autores del instrumento comprobamos que, ni todos los ítems resultan relevantes para los participantes de nuestra muestra (de ahí que hayamos encontrado ítems que no cargaron en ninguno de los factores), ni la distribución de los mismos en los diferentes factores es la misma, dando lugar a una estructura mucha más específica en cuanto al contenido que evalúa cada factor. Por otra parte, hemos de destacar el cuarto factor que forma parte de las tres estructuras obtenidas en nuestro estudio. Nos estamos refiriendo al factor que hemos denominado “Presión social percibida”. En este factor se incluyen variables que hacen referencia a cómo el participante percibe la preocupación por parte de las personas de su entorno y la presión que el propio entorno social ejerce sobre el participante a la hora de comer. Factor que no se diferencia como tal en la estructura original, sino que forma parte del contenido del factor que los autores denominaron “Control oral”. No obstante, hemos de señalar que, en la primera factorización que los autores hicieron del EAT-40 obtuvieron 7 factores, de los cuales uno de ellos lo denominaron “Presión percibida para ganar peso”, pero los autores argumentaron que el tamaño de la muestra no era el adecuado para hacer la factorización (Garner et al. 1982). Por otra parte, Wells, Cope, Gabb y Pears (1985) realizaron el análisis factorial del EAT tras administrarlo a una muestra de 749 estudiantes adolescentes. Los resultados les mostraron una estructura de tres factores, siendo el principal el denominado

“Dieta”, similar al de Garner et al. (1982) y dos factores más que llamaron “Preocupación por la comida” y “Presión social para comer”. En esta misma línea, Eisler y Szmukler (1985) obtuvieron una estructura de 5 factores sobre una muestra de 3007 estudiantes inglesas (media de edad 15.6, DT: .58), en la versión de 40 ítems del EAT. A estos factores los denominaron: “Dieta”, “Preocupación por la comida”, “Vómitos”, “Presión social” y “Comer social”. En este sentido, podemos comprobar que el factor obtenido en nuestra estructura referente a esa “presión social percibida” no resulta tan extraño pues, ya se ha encontrado previamente en otras poblaciones. Asimismo, la versión española del EAT – 40 realizada por Castro et al. (1991) cuenta también con un factor denominado “Presión social percibida y angustia por comer”, cuyo contenido es bastante similar al de nuestra estructura.

Finalmente y, centrándonos sólo en la estructura femenina, ya que la original fue elaborada para este sexo, encontramos que la nuestra cuenta con 4 factores, frente a los tres de la original. Si observamos los ítems que componen cada uno de nuestros factores podemos comprobar que, el factor “Dieta” de la escala original, en nuestro caso se divide en dos: “Dieta” (2, 3, 5, 6, 7, 16, 17, 19, 22, 23) y “Preocupación por la delgadez”.(1, 11, 12, 14, 25), quedando recogidos todos los ítems, a excepción del 24 que, en nuestra estructura, fue eliminado por no cargar en ningún factor, y el 10 “Me siento muy culpable después de comer” que, en nuestro caso, formó parte del factor “Bulimia”. Por su parte, el factor “Bulimia” de nuestra estructura es bastante similar al “Bulimia y preocupación por la comida” original, pero nosotros hemos decidido llamarlo únicamente bulimia porque el contenido de los ítems hacen fundamentalmente referencia a conductas y actitudes propias de una bulimia nerviosa (atracones, vómitos y sensación de pérdida de control). No obstante indicaremos que, en nuestra estructura se añade el ítem 10 “Me siento muy culpable después de comer” y el ítem 3 “Me preocupo mucho por la comida” pasó a formar parte del factor “Dieta”, y. Asimismo, observamos que el factor “Control oral” de la estructura original desaparece en la hallada en nuestro estudio, de manera que, 3 de los ítems que componen el factor original pasan a formar parte del factor “Dieta” de nuestra estructura (2: “Procuro no comer aunque tenga hambre”; 5: “Corto mis alimentos en trozos pequeños”; 19: “Me controlo en las comidas”) y los 4 restantes dan lugar a un nuevo factor que hemos denominado “Presión social percibida”, que previamente ya hemos comentado.

Quizás, estas diferencias encontradas entre ambos estudios puedan deberse a cuestiones culturales y generacionales, pues hay que tener en cuenta que la primera factorización del EAT-26 se realizó hace casi 25 años en población

femenina americana, siendo la mitad de la muestra población con trastorno alimentario diagnosticado, con una media de edad de 22.5 años, mientras que nosotros estamos empleando una muestra extraída de la población general “sana” pues se desconoce la existencia de diagnóstico de TCA, de ambos sexos con una media de edad de 14.1 años.

Por lo que se refiere al índice de fiabilidad, la escala ha mostrado tener buena consistencia interna, tanto en su totalidad, como en cada una de las subescalas, en la estructura obtenida para la muestra total (.70 - .85). No obstante hemos de indicar que, estas medidas de consistencia interna resultaron más satisfactorias para la estructura femenina, quizás porque el instrumento fue elaborado para esta población (.70 - .90). En cuanto a la estructura obtenida para la muestra masculina, aunque menores, también obtuvimos unas medidas de consistencia internas aceptables, tanto para la escala total como para las subescalas, excepto para el factor “Preocupación por la comida”, cuya consistencia interna resultó insuficiente (.22 - .74). Probablemente, esta falta de consistencia pueda deberse, por una parte, a que el contenido de los ítems que lo componen, aunque giren en torno a la comida, no hacen referencia a la misma acción (preocupación, descontrol, pensamiento, disfrute). Y por otra, no podemos olvidar que el instrumento se elaboró para evaluar TCA en población femenina y, quizás por ello, estas variables, en el caso de los chicos, puedan formar parte de otro factor relevante para ellos, pero que sería necesario concretar más. En un sentido u otro, lo que podemos comprobar es que existen diferencias en las actitudes hacia la comida debidas al sexo y, de ahí, que hayamos obtenido estructuras diferentes.

Por otra parte, y enlazando con estas diferencias en función del sexo, los datos indican que las chicas puntúan más alto que los chicos tanto en la puntuación total, como en las diferentes subescalas del EAT-26. En la subescala donde chicos y chicas más se asemejan en cuanto a su puntuación es en la de “bulimia y preocupación por la comida”, pero siguen siendo las chicas las que más puntúan. Estos resultados son coherentes con la literatura existente sobre la epidemiología de los TCA según la cual, las chicas constituyen un grupo de mayor riesgo para desarrollar un TCA, presentando mayores índices de incidencia y mostrando mayor preocupación por el peso, las dietas y la apariencia física, en general (Carbajo, Canals, Fernández y Doménech, 1995; DSM-IV-TR; APA, 2000; Hoek, 2003; Morandé, Celada y Casas, 1999; Peláez, Labrador y Raich, 2005; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991; Ruiz – Lázaro, 1998; Toro, Castro, García y Cuesta, 1989).

Con relación a la edad, preferimos analizar los datos por separado en función del sexo para no “contaminar” los resultados con esta variable. En este caso hemos podido observar que, en el caso de los chicos, los más jóvenes (11 – 13 años) son los que obtienen puntuaciones más altas en todas las medidas en las que se encuentran diferencias significativas (todas excepto los factores “Bulimia” y “Presión social percibida” que forman parte de la estructura obtenida para la muestra masculina), mientras que en el caso de las chicas, son las de más edad (15 – 17 años) las que puntúan más alto. En la muestra femenina también resultaron significativas todas las medidas excepto los factores “Control oral” y “Presión social percibida”, donde todas las participantes tendieron a puntuar de manera similar. Resulta llamativo que los resultados obtenidos, teniendo en cuenta la variable edad, hayan sido opuestos en función del sexo, esto es, los chicos más jóvenes se muestran más preocupados por variables relacionadas con la dieta y la delgadez, mientras que en el caso de las chicas, son las de más edad las que muestran este tipo de actitudes. Esto nos podría estar indicando que, a edades más tempranas próximas a la pubertad, los chicos tienden a mostrar actitudes similares a las chicas referidas a la preocupación por el peso, por lo que más que diferenciarse, podríamos decir que se asemejan bastante, pero que, conforme se adentran en el desarrollo sexual y evolutivo esas preocupaciones respecto a la delgadez y la necesidad de hacer dieta se minimizan, llegando a mostrar actitudes hacia la comida más sanas. En el caso de las chicas, como hemos comentado, observamos el efecto contrario: en el inicio de la pubertad el cuerpo y la apariencia física parecen no haber cobrado aún la importancia suficiente como para mostrar preocupación por ellos, pero conforme avanza el desarrollo sexual, el físico parece adquirir un papel “protagonista”, dando lugar a un incremento en la preocupación / miedo a engordar y, por tanto, mostrando un mayor deseo por adelgazar y actitudes relacionadas con la dieta.

Por último y, tras observar esas diferencias en las medidas en función de la edad, quisimos calcular la posible correlación existente entre esta variable y el instrumento. Así, pudimos observar que, en el caso de los chicos, todas las correlaciones son negativas lo que indicaría que, a mayor edad menor será la puntuación en el EAT-26 y las subescalas; siendo la correlación más significativa la encontrada entre la edad y el factor “Dieta”. En cuanto a las chicas, encontramos el resultado inverso: todas las correlaciones son positivas de lo que podríamos derivar que, a mayor edad, mayor puntuación en las medidas. En este caso, la correlación más significativa fue la encontrada entre la edad y la subescala “Preocupación por

la delgadez”. Así pues, podemos comprobar que los resultados obtenidos con las correlaciones son coherentes con las diferencias en función de la edad: los chicos más jóvenes, puntúan más alto, mientras que en las chicas serán las de más edad las que más alto puntúen.

Finalmente y como conclusión general volver a indicar que la adaptación realizada del EAT-26 posee garantías psicométricas suficientes para ser aplicada en la población valenciana. Que nuestra validación guarda diferencias importantes con la realizada por los autores; diferencias que podrían deberse, en gran medida, a las muestras empleadas en cada estudio: nuestra muestra está compuesta de hombres y mujeres reclutados de la población general, con edades comprendidas ente 10 y 17 años (encontrándose el mayor grupo de la muestra en el rango de edad de 14 - 15 años), mientras que la empleada en el estudio de Garner et al. está compuesta por mujeres americanas de las cuales, en su mayoría, se trata de pacientes con trastornos alimentarios. También a la posible existencia de diferencias culturales, esto es, estamos hablando de una muestra española perteneciente a una cultura en la que el acto de comer se trata de un acontecimiento social de gran relevancia. Y a diferencias generacionales: en nuestro estudio hemos empleado una muestra inmersa en un entorno social y en una cultura 23 años posterior a la existente cuando se realizó la validación del cuestionario original.

Para acabar señalaremos que, de cara a investigaciones futuras, sería conveniente analizar las propiedades psicométricas de la escala para rangos de edad más acotados y amplios en cuanto al tamaño de los mismos para cada uno de los sexos (por ejemplo grupos de edad de 11 a 12 años, de 13 a 14 años, etc.) de forma que los grupos sean más homogéneos en cuanto a momento evolutivo, dada la relevancia que la madurez personal puede tener sobre los conceptos que se evalúan y obtener, así, datos mucho más específicos. Asimismo, sería conveniente analizar la validez convergente del EAT con otras medidas de trastornos alimentarios. Por último y, con relación a los datos psicométricos obtenidos con la muestra masculina señalar que, quizás sería más conveniente elaborar un instrumento más específico para población masculina dirigido a evaluar estos componentes, de manera que obtuviésemos datos psicométricos mucho más fiables.

2. DATOS PSICOMÉTRICOS DEL ASI

2.1. Muestra y procedimiento

La muestra está formada por 5625 participantes reclutados de la población general, es la misma muestra que formó parte de los grupos experimental y lista de

espera de los talleres de prevención (Fase I). Del total de los participantes, 2857 son mujeres (50.8%) y 2765 varones (49.2%). El rango de edad de la muestra oscila entre 11 y 17 años ($X = 14.3$, $DT = 1.23$). Los participantes son, en su totalidad, estudiantes procedentes de colegios (Secundaria y Bachillerato) tanto públicos (26.7% de los alumnos), concertados (54.4%) como privados (18.8% de los alumnos), de las provincias de Valencia (87%) y Castellón (13%).

Para una descripción más exhaustiva de la muestra, presentamos los datos en la Tabla 1.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra

Sexo	N	%	Media Edad (DT)	Min. - Máx.
Mujeres	2857	50.8	14.2 (1.3)	11 – 17 años
Varones	2765	49.2	14.3 (1.2)	11 – 17 años
Total	5625	100		

2.2. RESULTADOS

2.2.1. Análisis descriptivo de los ítems

A través del Inventario de Esquemas de Apariencia valoramos las creencias o suposiciones que las personas tienen en relación a su propia apariencia física. Mediante los 14 ítems que componen la escala, se evalúa las creencias acerca de la importancia, el significado y la influencia que nuestra apariencia física tiene sobre la propia vida; esto es, el valor que le damos a la apariencia a la hora de determinar nuestra identidad personal, nuestras emociones, el estereotipo social que queremos seguir, etc. A lo largo de los 14 ítems que componen la escala, la persona indica el grado de acuerdo que presenta con cada uno de ellos a través de una escala Likert que va de 0 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo).

Si realizamos un análisis global de las puntuaciones medias dadas por los participantes a cada uno de los ítems podemos observar que, por lo general, todos ellos se mantienen en un rango de puntuación baja - neutra, es decir, las puntuaciones que dan a la mayoría de los ítems oscilan en torno a 1.5 (neutro, en cuanto a importancia de los esquemas sobre la apariencia) (Ver tabla 2).

No obstante, podemos señalar que los ítems con los que los participantes suelen estar más de acuerdo son el 1 “Mi aspecto es una parte importante de lo que soy” ($X = 2.44$, $DT = 1.1$) y el 8 “Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible” ($X = 2.4$, $DT = 1.2$).

En cuanto a los ítems con los que los participantes muestran estar más en desacuerdo son: el 13 “La gente atractiva lo tiene todo” ($X = 1$, $DT = 1.21$) y el 5 “Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos” ($X = 1$, $DT = 1.1$).

Si hacemos un análisis descriptivo de los ítems pero teniendo en cuenta, por una parte a los chicos y por otra a las chicas, podemos observar lo siguiente:

- En el caso de los chicos, los resultados son muy similares a los obtenidos con la muestra total; esto es, todos ellos se mantienen en un rango de neutralidad. Asimismo, los participantes suelen mostrar mayor acuerdo con los ítems 1 “Mi aspecto es una parte importante de lo que soy” ($X = 2.4$, $DT = 1.1$) y el 8 “Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible” ($X = 2.3$, $DT = 1.2$). Por otra parte, los ítems que reflejan menor acuerdo por parte de los participantes son: el 13 “La gente atractiva lo tiene todo” ($X = .95$, $DT = 1.2$) y el 5 “Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos” ($X = .96$, $DT = 1$).
- En el caso de las chicas, ocurre exactamente lo mismo. Se mantienen dentro de la neutralidad a la hora de valorar cada uno de los ítems, mostrando un mayor acuerdo con el 1 “Mi aspecto es una parte importante de lo que soy” ($X = 2.5$, $DT = 1.1$) y el 8 “Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible” ($X = 2.5$, $DT = 1.2$). Y con los que menos acuerdo presentan, el 13 “La gente atractiva lo tiene todo” ($X = 1.1$, $DT = 1.2$) y el 5 “Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos” ($X = 1.1$, $DT = 1.1$).

Tabla 2: Análisis descriptivo de los ítems del ASI

Ítems	Total N	Media (DT)	Chicos N	Media (DT)	Chicas N	Media (DT)
1 Mi aspecto es una parte importante de lo que soy	5625	2.4 (1.1)	2765	2.4 (1.1)	2857	2.5 (1.1)
2 Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mí.	5625	1.8 (1.1)	2765	1.8 (1.2)	2857	1.9 (1.1)
3 La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro	5625	1.3 (1.3)	2765	1.4 (1.3)	2857	1.3 (1.2)
4 Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz	5625	2.1 (1.3)	2765	2 (1.3)	2857	2.3 (1.3)
5 Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos	5625	1 (1)	2765	.96 (1)	2857	1.1 (1.1)
6 Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida	5625	1.9 (1.2)	2765	1.8 (1.2)	2857	1.9 (1.2)
7 Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida	5625	1.7 (1.2)	2765	1.6 (1.3)	2857	1.7 (1.2)
8 Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible	5625	2.4 (1.2)	2765	2.3 (1.2)	2857	2.5 (1.2)
9 Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a	5625	1.3 (1.1)	2765	1.2 (1.1)	2857	1.3 (1.1)
10 Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible	5625	1.6 (1.2)	2765	1.7 (1.2)	2857	1.5 (1.2)
11 Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto	5625	1.7 (1.3)	2765	1.5 (1.2)	2857	1.9 (1.3)
12 La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo	5625	1.4 (1.3)	2765	1.2 (1.2)	2857	1.6 (1.3)
13 La gente atractiva lo tiene todo	5625	1 (1.2)	2765	.95 (1.2)	2857	1.1 (1.2)
14 La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad	5625	1.2 (1.2)	2765	1.2 (1.2)	2857	1.2 (1.1)

2.2.2. Análisis factorial

Realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX con objeto de comprobar, tal y como se demostró en el estudio original de Cash y Labarge si, en nuestra población, el “Esquema sobre la Apariencia” estaba compuesto por diferentes dominios. De la misma manera pretendíamos analizar si la estructura factorial que obteníamos con nuestra población era similar a la obtenida por los autores de la escala.

Los criterios que tuvimos en cuenta para determinar si un ítem formaba parte de un factor fueron los mismos que los considerados por los autores: que la carga factorial fuese igual o superior a .40, que cargara en un solo factor

Los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 3.

La versión final para la muestra en su totalidad constó de 14 ítems, cada uno de los cuales obtuvo una carga factorial significativa en uno de los factores.

La estructura que obtuvimos estuvo compuesta de tres factores. El primero de ellos lo denominamos **“Vulnerabilidad de la Imagen Corporal”** constó de 5 ítems (2, 4, 5, 11, 12) que explicaban el 30% de la varianza. Mantuvimos el mismo nombre que en la escala original puesto que los ítems que lo componen son los mismos, a excepción del ítem 9 que, en nuestra estructura cargó en el tercer factor. Las variables que componen este factor hacen referencia a suposiciones individuales referentes a que la propia apariencia es intrínsecamente defectuosa y socialmente inaceptable.

El segundo factor lo llamamos **“Importancia de la apariencia física”**, contó con 5 ítems (1, 3, 6, 7, 8) que explicaban el 9% de la varianza y, en este caso, el factor está constituido por los mismos ítems que en la escala original. Las variables que componen este factor hacen referencia a creencias que consideran la apariencia como algo determinante y central en el autoconcepto y reflejan la necesidad de buscar y lograr el atractivo.

Por último, el tercer factor lo denominamos **“Estereotipo de la apariencia”**, compuesto por 4 ítems (9, 10, 13, 14) que explicaban el 7.4% de la varianza. En este caso, se añade un ítem más (el 9 “Ir cumpliendo años me hará menos atractivo”) si lo comparamos con el de la escala original. Aquí, las variables hacen referencia a suposiciones sobre lo que socialmente se considera bueno / malo, atractivo / no atractivo, en relación a la apariencia.

Si tenemos en cuenta el porcentaje de varianza acumulado y explicado, obtenemos que, entre los tres factores se explica el 46.1% del total de la varianza.

Tabla 3: Ítems y cargas factoriales del ASI toda la muestra

ITEMS	Cargas factoriales		
	Vulnerabilidad IC	Importancia de la apariencia física	Estereotipo de la apariencia
1 Mi aspecto es una parte importante de lo que soy		.718	
2 Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mi.	.608		
3 La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro		.539	
4 Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz	.550		
5 Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos	.550		
6 Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida		.600	
7 Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida		.486	
8 Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible		.548	
9 Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a			.499
10 Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible			.482
11 Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto	.652		
12 La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo	.719		
13 La gente atractiva lo tiene todo			.698
14 La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad			.719

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Por otra parte, también realizamos un análisis factorial por separado para mujeres y varones, con idea de comprobar si la estructura variaba en función del sexo y, por otra parte porque, la validación del original se realizó con una muestra compuesta, en su totalidad, por mujeres.

En ambos casos, realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX.

Así, en el caso de las chicas (N = 2857) los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 4. En este sentido, la versión final para nuestra muestra femenina constó de 14 ítems compuesta de tres factores, igual que para la muestra total. El primero de ellos lo denominamos **“Vulnerabilidad de la Imagen Corporal”** constó de 6 ítems (2, 4, 5, 8, 11, 12) que explicaban el 32.1 % de la varianza. Hemos mantenido el mismo nombre que en el original pues, a pesar de que añade el ítem 8 (Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible) y excluye el 9 (Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a), el contenido de las variables es bastante similar.

El segundo factor lo llamamos **“Importancia de la apariencia física”**, contó con 5 ítems (1, 3, 6, 7, 8) que explicaban el 9% de la varianza y mantuvimos el mismo nombre pues, los ítems que lo componen son exactamente los mismos que los del factor original.

El tercer factor se denominó **“Estereotipo de la apariencia”**, contó con 4 ítems (9, 10, 13, 14) que explicaban el 7.2% de la varianza. En este caso, también mantuvimos el nombre que los autores le dieron en su estructura pues, aunque añade el ítem 9, el contenido de los mismos podría hacer referencia también a creencias / suposiciones que pueden influir en la valoración de los esquemas sobre la imagen corporal.

Así, si tenemos en cuenta el porcentaje de varianza acumulado y explicado, obtenemos que, entre los tres factores se explica el 48.3% del total de la varianza.

Tabla 4: Ítems y cargas factoriales del ASI mujeres

ITEMS	Cargas factoriales		
	Vulnerabilidad IC	Importancia de la apariencia física	Estereotipo de la apariencia
1 Mi aspecto es una parte importante de lo que soy		.735	
2 Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mí.	.648		
3 La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro		.625	
4 Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz	.635		
5 Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos	.516		
6 Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida		.586	
7 Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida		.418	
8 Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible	.465	.465	
9 Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a			.586
10 Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible			.538
11 Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto	.654		
12 La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo	.750		
13 La gente atractiva lo tiene todo			.684
14 La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad			.692

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Como podemos observar, el ítem 8 no cumple con el requisito de que cargue en un solo factor, pero hemos decidido mantenerlo en los dos factores en los que carga pues, en ambos presenta la misma carga factorial y, en segundo lugar, porque puede resultar relevante en ambas variables (imagen corporal y apariencia física).

En cuanto a los chicos (N = 2765), la versión final constó de 13 ítems, cada uno de los cuales obtuvo una carga factorial significativa en uno de los tres factores, tuvimos que eliminar el ítem 9 (Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a) por no cargar en alguno de los factores. Ver tabla 5.

Así, la estructura que obtuvimos estuvo compuesta de tres factores, igual que la estructura original, para los cuales mantuvimos el mismo nombre que los utilizados en las estructuras anteriores. El primero de ellos, **“Importancia de la apariencia física”** constó de 5 ítems (1, 3, 6, 7, 8) que explicaban el 28.5 % de la varianza. Hemos mantenido el mismo nombre que en el original pues los ítems que lo constituyen son los mismos que los que forman parte del mismo factor en la escala original.

El segundo factor, **“Vulnerabilidad de la IC”**, contó con 5 ítems (2, 4, 5, 11, 12) que explicaban el 9.3 % de la varianza. Vuelve a ser similar al factor 1 de la escala original denominado de la misma forma, a excepción de que en esta estructura se excluye el ítem 9 por ser eliminado de nuestra estructura.

Finalmente, el último factor se denominó **“Estereotipo de la apariencia”**, contó con 3 ítems (10, 13, 14) que explicaban el 8.2 % de la varianza. En este caso, también es exactamente igual que la composición del factor 3 de la escala original que lleva el mismo nombre.

Así, si tenemos en cuenta el porcentaje de varianza acumulado y explicado, obtenemos que, entre los tres factores se explica el 46 % del total de la varianza.

Tabla 5: Ítems y cargas factoriales del ASI hombres.

ITEMS	Cargas factoriales		
	Importancia de la apariencia física	Vulnerabilidad IC	Estereotipo de la apariencia
1 Mi aspecto es una parte importante de lo que soy	.701		
2 Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mi.		.576	
3 La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro	.413		
4 Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz		.427	
5 Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos		.612	
6 Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida	.579		
7 Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida	.541		
8 Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible	.641		
10 Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible			.467
11 Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto		.636	
12 La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo		.675	
13 La gente atractiva lo tiene todo			.743
14 La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad			.752

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

2.2.3. Análisis de fiabilidad (consistencia interna)

Para analizar la consistencia interna se calculó el coeficiente α de Cronbach para la escala total y para cada una de las subescalas, considerando a la muestra en su totalidad, así como para mujeres y hombres por separado.

Para la muestra completa, la escala total obtuvo un coeficiente α de .81. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total osciló entre .30 y .60. El ítem que mayor correlación presentó fue el 12 y el que menor correlación presentó el 3. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Vulnerabilidad de la IC” fue de .71. El rango de correlaciones entre los ítems con el total fue de .40 a .61, correspondiendo la menor correlación al ítem 11 y la mayor al 12. Para la subescala “Importancia de la apariencia física” el índice α fue de .64. Las correlaciones oscilaron entre .30 y .50, siendo el ítem de menor correlación el 3 y el de mayor correlación el 6. Finalmente, la consistencia interna para la subescala “Estereotipo de la apariencia” fue de .60. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .30 a .50, correspondiendo la menor correlación al ítem 9 y la mayor a los ítems 13.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron iguales o superiores a .30. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue moderada - alta (.74).

En el caso de las mujeres, para la escala total, esta medida de consistencia interna resultó en un coeficiente α de .83. El rango de correlaciones de los ítems con el total osciló entre .30 y .63, siendo el ítem que menor correlación presentó el 3 y el que mayor correlacionó el 4. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Vulnerabilidad de la IC” fue de .80. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .42 a .70. La menor correlación correspondió al ítem 51 y la mayor al ítem al 12. Para la subescala “Importancia de la apariencia física” el índice α fue de .65. Las correlaciones oscilaron entre .30 y .50, siendo el ítem de menor correlación el 3 y el de mayor correlación el 6. Finalmente, la consistencia interna para la subescala “Estereotipo de la apariencia” fue de .64. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .30 a .50, correspondiendo la menor correlación al ítem 9 y la mayor al ítem 13.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron, en su totalidad, iguales o superiores a .30. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue alta (.80).

En cuanto a los hombres, para la escala total, esta medida de consistencia interna resultó en un coeficiente α de .80. El rango de correlaciones de los ítems con la puntuación total osciló entre .32 y .54, siendo los ítems que menor correlación presentaron el 3 y 11 y el que mayor correlación presentó el 4. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Importancia de la apariencia física” fue de .62. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .30 a .43, correspondiendo la menor correlación al ítem 3 y la mayor al ítem 6. Para la subescala “Vulnerabilidad de la IC” el índice α fue de .65. Las correlaciones oscilaron entre .40 y .43, siendo el ítem de menor correlación el 2 y el de mayor correlación el 4. Finalmente, la consistencia interna para la subescala “Estereotipo de la apariencia” fue de .60, oscilando las correlaciones entre .32 y .42. La menor correlación correspondió al ítem 10 y la mayor al ítem 13.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron iguales o superiores a .30. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue alta - moderada (.71).

Tabla 6: Consistencia interna

	Medida	α
TOTAL	Total	.81
	Vulnerabilidad de la IC	.71
	Importancia apariencia física	.64
	Estereotipo de la apariencia	.60
Chicas	Total	.83
	Vulnerabilidad de la IC	.80
	Importancia apariencia física	.65
	Estereotipo de la apariencia	.64
Chicos	Total	.80
	Importancia apariencia física	.62
	Vulnerabilidad de la IC	.65
	Estereotipo de la apariencia	.60

2.2.4. Diferencias de grupo en las subescalas del ASI

En primer lugar, y puesto que contábamos con una muestra compuesta por hombres y mujeres, decidimos realizar un ANOVA de un solo factor (sexo), con idea de comprobar si existen diferencias en las variables que mide el ASI en función del sexo.

Para ello, utilizamos como variable dependiente tanto la puntuación total en el ASI, como la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura que obtuvimos para la muestra total. Los resultados nos indicaron que chicos y chicas diferían en las variables del ASI aunque no en todas: se observaron diferencias significativas en la puntuación total: $t(1, 5620) = -6.860^*$, $p < .05$, y en los factores 1 (Vulnerabilidad de la IC) $t(1, 5620) = -12.032^*$, $p < .05$; y 2 (Importancia de la apariencia física) $t(1, 5620) = -3.318^*$, $p < .05$; no se observaron esas diferencias en el factor “Importancia del estereotipo” (Ver tabla 7).

Tabla 7: Medias y desviaciones típicas del ASI y subescalas en función del sexo

MEDIDA	SEXO	N	MEDIA (DT)	t
Total ASI	Hombre	2765	1.7 (1.9)	-6.680*
	Mujer	2857	1.9 (2.1)	
Vulnerabilidad IC	Hombre	2765	1.5 (.80)	-12.032*
	Mujer	2857	1.8 (.90)	
Importancia apariencia física	Hombre	2765	1.9 (.80)	-3.318*
	Mujer	2857	2 (.80)	
Importancia estereotipo	Hombre	2765	1.3 (.80)	.276
	Mujer	2857	1.3 (.82)	

*Significativo para una $p < .05$

Tras comprobar que existían diferencias en función del sexo, quisimos analizar si también podríamos encontrar diferencias en función de la edad. En este sentido, realizamos 4 grupos de edad (1: 11 – 13 años, 2:14; 3: 15 años, 4: 16 – 17 años) intentando que los grupos no fuesen muy diferentes en cuanto al tamaño y que los participantes de cada grupo se asimilasen en cuanto a características evolutivas dadas las variables que estamos midiendo.

Para ello, realizamos por separado para chicos y chicas un ANOVA de un solo factor (grupos de edad), empleando como variables dependientes tanto la puntuación total del ASI, como la puntuación en cada una de las subescalas.

En el caso de los chicos, los resultados nos indicaron que existen diferencias significativas en función de la edad en las variables: “Importancia del estereotipo” $F(3, 2761) = 4.243$, $p < .05$, siendo los chicos más mayores (16 – 17 años) los que más alto puntúan; y la subescala “Vulnerabilidad de la IC”, en la que son los de 14 años los que mayor puntuación presentan $F(3, 2761) = 2.997^*$, $p < .05$. Ver tabla 8.

Tabla 8: Medias y desviaciones típicas del ASI y subescalas para chicos en función de la edad.

Variable	Edad	N	Media (DT)	F
ASI	11 – 13	741	1.6 (.65)	1.575
	14	698	1.6 (.63)	
	15	980	1.5 (.60)	
	16 - 17	346	1.6 (.60)	
Importancia apariencia física	11 – 13	741	1.91 (.81)	.955
	14	698	1.91 (.80)	
	15	980	1.9 (.74)	
	16 - 17	346	2 (.72)	
Vulnerabilidad IC	11 – 13	741	1.45 (.80)	2.997*
	14	698	1.6 (.80)	
	15	980	1.5 (.80)	
	16 - 17	346	1.5 (.71)	
Importancia estereotipo	11 – 13	741	1.34 (.92)	4.243*
	14	698	1.3 (.91)	
	15	980	1.2 (.85)	
	16 - 17	346	1.4 (.84)	

*Significativo para una $p < .05$

Con relación a las chicas, los resultados nos indicaron que también existen diferencias significativas, en este caso, en todas las variables, observando que es el grupo de menor edad (11 – 13 años) el que menos puntúa en todas las variables. Los demás grupos presentan puntuaciones más elevadas que las pequeñas, pero bastantes similares entre sí: ASI $F(3, 2853) = 7.411^*$, $p < .05$; Vulnerabilidad IC $F(3, 2853) = 12.849^*$, $p < .05$; Importancia estereotipo $F(3, 2853) = 4.571^*$, $p < .05$; Importancia apariencia física $F(3, 2853) = 5.541^*$, $p < .05$. Ver tabla 9.

Tabla 9: Medias (DT) del ASI y subescalas para chicas en función de la edad.

Variable	Edad	N	Media (DT)	F
ASI	11 - 13	667	1.62 (.71)	7.411*
	14	777	1.71 (1.4)	
	15	1065	2 (2.7)	
	16 - 17	348	2.2 (3)	
Vulnerabilidad IC	11 - 13	667	1.7 (.85)	12.849*
	14	777	1.9 (.81)	
	15	1065	2 (.82)	
	16 - 17	348	1.95 (.83)	
Importancia estereotipo	11 - 13	667	1.3 (.90)	4.571*
	14	777	1.2 (.80)	
	15	1065	1.3 (.80)	
	16 - 17	348	1.4 (.85)	
Importancia apariencia física	11 - 13	667	1.9 (.82)	5.541*
	14	777	2 (.75)	
	15	1065	2 (.80)	
	16 - 17	348	2.1 (.71)	

*Significativo para una $p < .05$

Finalmente, quisimos examinar las diferencias en las medidas (total ASI y subescalas) en función de la interacción entre las variables sexo y edad. Para ello, calculamos un ANOVA multivariado, siendo las variables dependientes las puntuaciones en el ASI total y en cada una de las subescalas de la estructura obtenida para la muestra total y los factores fijos el sexo y la edad.

En este caso, los resultados nos indicaron que sólo existen diferencias significativas debido a la interacción de ambas variables en la puntuación total del ASI $F(3, 5614) = 4.108^*$, $p < .05$ y en la subescala “Vulnerabilidad de la IC” $F(3, 5614) = 6.853^*$, $p < .05$. En la primera fueron las chicas de 15 – 17 años las que más puntuaron, mientras que en la segunda, fueron las chicas de 15 años quienes mayor vulnerabilidad mostraron. Ver tabla 10.

Tabla 10: Medias (DT) del ASI y subescalas en función del sexo y la edad

Medida	Edad	Sexo		F
		Hombre	Mujer	
ASI total	11 - 13	1.6 (.65)	1.6 (.71)	4.108*
	14	1.6 (.64)	1.67 (.65)	
	15	1.55 (.6)	1.73 (.70)	
	16 - 17	1.6 (.6)	1.81 (.70)	
Vulnerabilidad de la IC	11 - 13	1.4 (.8)	1.6 (.9)	6.853*
	14	1.6 (.8)	1.75 (.83)	
	15	1.5 (.8)	1.9 (.9)	
	16 - 17	1.5 (.7)	1.82 (.9)	
Importancia de la apariencia física	11 - 13	1.9 (.8)	1.92 (.8)	.948
	14	1.9 (.8)	2 (.75)	
	15	1.9 (.74)	2 (.8)	
	16 - 17	2 (.72)	2.1 (.7)	
Importancia del estereotipo	11 - 13	1.3 (.8)	1.3 (.9)	1.044
	14	1.3 (.82)	1.2 (.8)	
	15	1.2 (.75)	1.3 (.8)	
	16 - 17	1.4 (.7)	1.4 (.85)	

*Significativo para una $p < .05$

2.3. PERCENTILES

También se realizó la conversión a percentiles de la puntuación en las subescalas del ASI, tanto para la muestra total como para chicos y chicas y, también, en función de los grupos de edad:

Tabla 11: Percentiles

	TODA LA MUESTRA			HOMBRES			MUJERES			
	Global	11-14	15-16	Global	11-14	15-16	Global	11-14	15-16	
100	5	4	5	4	4	4	5	4	5	100
99	3.28	3.3	3.21	3.16	3.25	3.06	3.32	3.29	3.39	99
98	3.07	3.1	3.07	2.92	2.94	2.85	3.14	3.14	3.21	98
97	2.93	2.93	2.93	2.71	2.80	2.71	3.07	3.0	3.07	97
96	2.8	2.80	2.80	2.64	2.71	2.64	2.93	2.92	3.0	96
95	2.71	2.71	2.78	2.60	2.64	2.57	2.85	2.85	2.86	95
90	2.5	2.43	2.50	2.35	2.35	2.35	2.57	2.53	2.64	90
85	2.3	2.29	2.35	2.21	2.21	2.21	2.42	2.36	2.50	85
80	2.14	2.14	2.21	2.07	2.07	2.07	2.28	2.21	2.30	80
75	2.07	2.07	2.07	2.0	2.0	1.93	2.14	2.09	2.14	75
70	1.93	1.93	2.0	1.92	1.92	1.86	2.0	2.0	2.07	70
65	1.86	1.86	1.86	1.80	1.80	1.79	1.93	1.92	1.93	65
60	1.79	1.79	1.80	1.71	1.77	1.71	1.86	1.80	1.86	60
55	1.71	1.71	1.71	1.64	1.70	1.64	1.79	1.71	1.80	55
50	1.64	1.64	1.64	1.57	1.60	1.57	1.71	1.64	1.71	50
45	1.57	1.50	1.57	1.50	1.50	1.50	1.60	1.57	1.64	45
40	1.43	1.43	1.50	1.43	1.43	1.43	1.50	1.43	1.57	40
35	1.36	1.35	1.42	1.36	1.35	1.36	1.42	1.36	1.50	35
30	1.29	1.28	1.35	1.29	1.29	1.29	1.35	1.28	1.40	30
25	1.21	1.14	1.21	1.14	1.14	1.14	1.21	1.21	1.29	25
20	1.07	1.07	1.14	1.07	1.07	1.07	1.14	1.07	1.21	20
15	1.0	.93	1.0	.93	.93	.93	1.0	.93	1.07	15
10	.80	.79	.86	.79	.79	.79	.85	.78	.93	10
5	.57	.50	.84	.57	.50	.60	.60	.50	.64	5

2.4. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la adaptación realizada del ASI posee garantías psicométricas suficientes para ser aplicada en la población valenciana. La escala ha mostrado tener buena consistencia interna, tanto en su totalidad, como en cada una de las subescalas, y tanto en población femenina como masculina.

Si observamos y comparamos las estructuras que hemos obtenido para chicos y chicas podemos comprobar que, más que diferenciarse, se asemejan bastante. Las diferencias que encontramos son que, en el caso de los chicos el ítem 9 (Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a) no carga en ningún factor, lo cual podría indicar que la variable edad no resulta importante para los chicos estudiados en nuestra muestra (chicos de la Comunidad Valenciana con edades comprendidas entre 11 y 17 años). En el caso de las chicas, este ítem forma parte del factor “Estereotipo de la apariencia física” que, en la estructura original éste constituyó parte del factor “Vulnerabilidad de la IC”. Quizás esta diferencia pueda deberse, fundamentalmente, a diferencias generacionales, dada la diferencia de edad que existe entre la muestra empleada en la elaboración original de la escala (mujeres con edades comprendidas entre 18 y 49 años) y la utilizada en nuestro estudio (chicas puberales y adolescentes con edades entre 11 y 17 años). Probablemente, en mujeres adultas la edad y, más en concreto, el hecho de ir cumpliendo años se considere una variable que puede afectar a la propia imagen corporal por lo que supone el hecho de envejecer, mientras que a edades más tempranas probablemente no se contemple la posibilidad de cumplir años como una amenaza real, sino que puede que se contemple como un hecho que ocurrirá a largo plazo y como algo típico de un estereotipo femenino adulto.

Por otra parte señalar como otra diferencia entre las estructuras masculina y femenina obtenidas la ubicación del ítem 8 (Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible). En el caso de los chicos forma parte del factor “Importancia de la apariencia física”, al igual que en la estructura original, mientras que en las chicas el ítem es compartido por ese mismo factor y el factor “Vulnerabilidad de la IC”, lo cual nos podría estar indicando posibles diferencias a nivel cultural (población americana en la validación original versus población española en la nuestra), generacional (mujeres con edades entre 18 y 49 años en la original, frente a chicas adolescentes entre 11 y 17 años) y sexual, al poder considerarlo en las mujeres como una variable relevante tanto en la apariencia física (más concreto) como en la imagen corporal (más general).

No obstante y, a pesar de esas diferencias señaladas entre las estructuras obtenidas para cada uno de los sexos, podemos comprobar que ambas, son muy similares entre sí y, comparándolas con la obtenida por los autores también observamos que, más que diferenciarse, se asemejan bastante a pesar de que la elaboración se realizó hace más de diez años. En este sentido podríamos decir que, al parecer los esquemas sobre la apariencia no se ven tan influenciados por el paso de los años, ni son tan específicos de la cultura ni del sexo.

Por otra parte, hemos podido observar diferencias en las puntuaciones obtenidas por los chicos y las chicas en el ASI y sus subescalas. Concretamente, los resultados nos han indicado que las chicas han puntuado notablemente más alto que los chicos tanto en la puntuación total del instrumento, como en las subescalas, salvo en el factor “Importancia del estereotipo” en el que chicos y chicas han puntuado por igual, lo que podría estar indicando que el estereotipo respecto a la apariencia podría ser igual de relevante independientemente del sexo. Respecto a las diferencias en función de la edad, hemos podido comprobar cómo en ambos sexos, es el grupo más joven (11 – 13 años) el que menor puntuación presenta en las variables medidas, fundamentalmente en aquéllas en las que encontramos diferencias significativas. Esto nos podría estar indicando que a esas edades tanto chicos como chicas no constituyen aún un grupo de riesgo, quizás porque los esquemas sobre la apariencia no son tan relevantes como a edades más avanzadas y adentradas en la adolescencia. Finalmente señalar que, si observamos las puntuaciones medias obtenidas por cada uno de los grupos de edad en las diferentes medidas del ASI podremos observar que, en general, tanto en chicos como en chicas, conforme aumenta la edad de los participantes, aumentan las puntuaciones obtenidas.

3. DATOS PSICOMÉTRICOS DEL CIMEC

a) Población masculina

3.1. Muestra y procedimiento

El objetivo del presente trabajo se centra en proporcionar datos psicométricos del CIMEC-26 para población masculina de la Comunidad Valenciana. Empleamos el instrumento de 26 ítems en lugar de la versión larga (40 ítems) pues, en la validación del mismo en población española realizada por Toro, Salamero y Martínez (1994) las propiedades psicométricas del instrumento eran muy similares a las del CIMEC-40, siendo la sensibilidad y especificidad de la versión corta algo mejores que las del de 40 ítems. Además, en la versión de 26 ítems se eliminan

aquéllos que pueden resultar menos específicos para los chicos como es la valoración del volumen de las coderas, muslos o pechos.

La muestra empleada está formada por 1562 chicos reclutados de la población general, es parte de la muestra masculina que formó parte de los grupos experimental, lista de espera y control de los talleres de prevención (fase I). El rango de edad de la muestra oscila entre 11 y 18 años ($X = 14$, $DT = 1.44$). Los participantes son, en su totalidad, estudiantes procedentes de colegios (Secundaria y Bachillerato) tanto públicos, concertados como privados, de las provincias de Valencia y Castellón.

Para una descripción más exhaustiva de la muestra, presentamos los datos en la Tabla 1.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra

Edad	N	Media (DT)	Min. Máx.	
Total	1562	13.95 (1.42)	11	17

Tipo	N alumnos	%	Procedencia	%
Público	302	19.33	Valencia	80.5
Concertado	1055	67.54		
Privado	205	13.12	Castellón	19.4
Total	1562	100		

RESULTADOS

3.2.1. Análisis descriptivo de los ítems

A través del CIMEC valoramos el impacto que diferentes agentes sociales pueden ejercer sobre el desarrollo de las actitudes hacia el propio cuerpo. Mediante los 26 ítems que componen la escala, se evalúa en qué medida diferentes aspectos sociales (modelos, medios de comunicación y situaciones) influyen en la persona a la hora de generar actitudes y sentimientos acerca del propio cuerpo.

Si realizamos un análisis global de las puntuaciones medias dadas por los participantes a cada uno de los ítems podemos observar que, por lo general, todos ellos se mantienen en un rango de neutralidad, es decir, las puntuaciones que dan a la mayoría de los ítems oscilan en torno a 0.4 (poca o escasa influencia de factores sociales) (Ver tabla 2).

No obstante, podemos señalar que los ítems que ejercen una mayor influencia en los participantes son el 37 “¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicos con tejanos, bañador o ropa interior?” ($X = .83$, $DT = .84$) y el 34 “¿Crees que los

muchachos/as y jóvenes delgados/as son más aceptados/as por los demás que los/las que no lo son?” ($X = .80$, $DT = .71$).

En cuanto a los ítems que ejercen una menor influencia, según los participantes son: el 38 “¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?” ($X = .082$, $DT = .34$); el 33 “¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?” ($X = .093$, $DT = .35$) y el 15 “¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?” ($X = .12$, $DT = .40$).

Tabla 2: Análisis descriptivo de los ítems del CIMEC-26

Ítem	N	Media (DT)
1 Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente si son gruesos o delgados?	1562	.72 (.70)
3 Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	1562	.40 (.60)
4 ¿Envidias el cuerpo de los bailarines de ballet o el de los chicos que practican deporte?	1562	.26 (.52)
5 ¿Te angustia ver pantalones, camisetas u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	1562	.37 (.61)
6 ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	1562	.21 (.50)
8 ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	1562	.14 (.41)
9 ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	1562	.18 (.45)
11 ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte grueso) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	1562	.24 (.50)
12 Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	1562	.45 (.60)
13 ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	1562	.28 (.54)
15 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	1562	.12 (.40)
16 ¿Envidias la delgadez de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	1562	.22 (.50)
17 ¿Te angustia que te digan que estás "llenito", "gordito", "redondito", o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	1562	.36 (.63)
19 ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.	1562	.28 (.52)
21 ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	1562	.21 (.51)
23 ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	1562	.15 (.41)

25 ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar bañador?	1562	.25 (.54)
26 ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	1562	.20 (.46)
27 ¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?	1562	.62 (.70)
28 ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	1562	.14 (.41)
31 ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	1562	.31 (.60)
33 ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	1562	.09 (.35)
34 ¿Crees que los chicos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?	1562	.80 (.71)
37 ¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicos con tejanos, bañador o ropa interior?	1562	.83 (.84)
38 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	1562	.08 (.34)
40 Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado a comer?	1562	.25 (.52)

3.2.2. Análisis factorial

Realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX con objeto de comprobar, tal y como se demostró en el estudio original de Toro, Salamero y Martínez (1994) con una muestra femenina, si en nuestra muestra compuesta en su totalidad por chicos, el CIMEC-26 estaba compuesto por diferentes dominios. De la misma manera pretendíamos analizar si la estructura factorial que obteníamos con nuestra muestra era similar a la obtenida por los autores de la escala.

Los resultados del análisis de componentes principales utilizando rotación VARIMAX se presentan en la tabla 3.

La versión final para la muestra constó de 24 ítems, cada uno de los cuales obtuvo una carga factorial significativa en uno de los cuatro factores, los ítems 21 “¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?” y 27 “¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?”, se eliminaron de la estructura pues no cargaron en ninguno de los factores. El punto de corte que establecimos para determinar si un ítem cargaba o no en un factor fue de .40.

La estructura que obtuvimos estuvo compuesta de cuatro factores, uno menos que en la validación original, que explicaron el 45.54% de la varianza.

Al primer factor lo llamamos **“Preocupación por la imagen corporal”**, contó con 11 ítems (4, 5, 9, 11, 13, 16, 17, 25, 28, 31, 40) que explicaban el 28.52% de la varianza. Este factor corresponde al I de la estructura original y la composición es bastante similar pero en nuestra estructura añade 3 ítems: 9 “¿Sientes deseos de consumir bebidas baja en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?”, 28 “¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?”, 40 “Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado a comer?. Aunque no se trata de variables específicas de la imagen corporal, podríamos señalar que sí guardan relación con este constructo al hacer referencia al posible deseo de la persona por adelgazar o “cuidar” el físico, a través de métodos relacionados con el control alimentario.

El segundo de los factores lo denominamos **“Influencia de los anuncios”** constó de 5 ítems (6, 8, 15, 33, 38) que explicaban el 7 % de la varianza. Corresponde al factor II de la escala original validada con chicas y mantuvimos el mismo nombre puesto que los ítems que lo componen forman parte de ese factor original. Faltarían los ítems 9 (que en nuestra estructura cargó en el factor anterior), 21 “¿Te

angustian los anuncios que invitan a adelgazar?”, que lo eliminamos porque no cargó en ningún factor y el 28 que también cargó en nuestro factor “Preocupación por la IC”. Las variables que lo constituyen evalúan el grado en que la persona se siente influenciada a consumir productos dietéticos como consecuencia de haberlos visto o escuchado anunciados en algún medio de comunicación (TV, revistas, radio, etc.).

Al tercer factor lo llamamos **“Influencia de modelos y situaciones sociales”**. Compuesto por 5 ítems (1, 3, 12, 34, 37), se trata de una combinación de los factores IV y V de la estructura original. Parece ser que, en el caso de los chicos, ambos tipos de factores (modelos y situaciones) serían considerados como una misma variable. Otra diferencia que encontramos es que el ítem 27 “¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?” tuvimos que eliminarlo por no cargar en ningún factor y el 40, que hace referencia a “la cantidad de comida a ingerir en una comida colectiva”, que en nuestro caso formó parte del primer factor ya descrito.

Por último, al cuarto factor se le denominó **“Influencia de los mensajes verbales”**. Está compuesto por 3 ítems (19, 23, 26) que explicaban el 4.5% de la varianza. En este caso nos encontramos con que es exactamente igual al tercer factor de la estructura original. Aquí, las variables hacen referencia a la importancia que para la persona tienen comentarios o textos relacionados con el peso, las dietas, etc.

Tabla 3: Ítems y cargas factoriales del CIMEC- 26

Ítems	Cargas factoriales			
	Preocupación IC	Influencia anuncios	Influencia modelos y situaciones sociales	Influencia mensajes verbales
1 Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente si son gruesos o delgados?			.722	
3 Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?			.433	
4 ¿Envidias el cuerpo de los bailarines de ballet o el de los chicos que practican deporte?	.470			
5 ¿Te angustia ver pantalones, camisetas u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	.545			
6 ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?		.685		
8 ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?		.756		
9 ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.455			
11 ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte grueso) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	.619			
12 Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?			.679	
13 ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	.614			
15 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?		.745		
16 ¿Envidias la delgadez de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.537			

17 ¿Te angustia que te digan que estás "llenito", "gordito", "redondito", o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	.664			
19 ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.				.668
23 ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?				.693
25 ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar bañador?	.569			
26 ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?				.723
28 ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.549			
31 ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	.402			
33 ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?		.585		
34 ¿Crees que los chicos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?			.467	
37 ¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicos con tejanos, bañador o ropa interior?			.651	
38 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?		.442		
40 Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado a comer?	.543			

Método de extracción: Análisis de componentes principales
Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

3.2.3. Análisis de fiabilidad (Consistencia interna)

Para analizar la consistencia interna, se evaluaron las respuestas de toda la muestra a través del cálculo del coeficiente α de Cronbach tanto para la escala total, como para cada una de las subescalas de la estructura obtenida en el análisis factorial.

Esta medida de consistencia interna para la escala total, resultó en un coeficiente α de .90. El rango de correlaciones de los ítems con el total osciló entre .23 y .62, siendo el ítem que menor correlación presentó el 37 y el que más correlacionó el 28.

Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Preocupación por la IC” fue de .82. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .40 a .62, correspondiendo la menor correlación al ítem 4 y la mayor al ítem 28.

Para la subescala “Influencia de los anuncios” el índice α fue de .80. Las correlaciones oscilaron entre .31 y .65, siendo el ítem de menor correlación el 38 y el de mayor correlación el 8.

En cuanto a la subescala “Influencia de los modelos y situaciones sociales”, la consistencia interna fue de .60. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .30 a .43, correspondiendo la menor correlación al ítem 3 y la mayor al ítem 12.

Por último, la consistencia interna para la subescala “Influencia de mensajes verbales” fue de .71. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .51 a .60, correspondiendo la menor correlación al ítem 19 y la mayor al ítem 26.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron iguales o superiores a .30, excepto para el ítem 37, que fue el que menor correlación presentó (.23).

Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue moderada (.70).

Tabla 4: Consistencia interna

Medida	α
Total	.90
Preocupación por la IC	.82
Influencia de los anuncios	.80
Influencia modelos y situaciones sociales	.60
Influencia mensajes verbales	.71

3.2.4. Diferencias de grupo en las subescalas del CIMEC-26

Puesto que la muestra estaba compuesta en su totalidad por chicos, quisimos analizar si podríamos encontrar diferencias en función de la edad. En este sentido, realizamos 3 grupos de edad (1: 11 – 13 años, 2: 14 años, 3: 15 – 17 años) intentando que los grupos no fuesen muy diferentes en cuanto a características evolutivas, dadas las variables que estamos midiendo. Como variable dependiente utilizamos la puntuación total del CIMEC – 26, la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura original y la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura obtenida con nuestra muestra.

Los resultados nos indicaron que, en general, no existen diferencias significativas en función de la edad en las diferentes variables analizadas. Sólo se han observado diferencias en la variable “Influencia de los modelos sociales” de la escala original, siendo los chicos de más edad (15 – 17 años) los que más alto puntúan: $F(2, 1554) = 8.150, p < .05$. Si observamos las puntuaciones medias, podemos comprobar que, en la subescala “Influencia de modelos y situaciones sociales” obtenidas en la validación realizada con la muestra de estudio, existe una tendencia a puntuar significativamente más alto los chicos más mayores (15 – 17 años), sin llegar a observarse diferencias estadísticamente significativas. Ver tabla 5.

Tabla 5: Medias y desviaciones típicas del CIMEC-26 y subescalas.

MEDIDA	Edad	N	Media (DT)
ESTRUCTURA ORIGINAL			
Total CIMEC-26	11 - 13	599	8.1 (6.7)
	14	381	8.5 (7.3)
	15 - 17	577	8 (6.3)
Preocupación por la IC	11 - 13	599	2.4 (2.8)
	14	381	2.4 (2.8)
	15 - 17	577	2.2 (2.6)
Influencia anuncios	11 - 13	599	1.2 (2.1)
	14	381	1.3 (2.5)
	15 - 17	577	1 (2)
Influencia mensajes verbales	11 - 13	599	.63 (1.1)
	14	381	.71 (1.2)
	15 - 17	577	.6 (1.1)
Influencia modelos sociales	11 - 13	599	2.4 (1.8)
	14	381	2.6 (1.8)
	15 - 17	577	2.8 (1.8)
Influencia situaciones sociales	11 - 13	599	1.5 (1.2)
	14	381	1.4 (1.2)
	15 - 17	577	1.4 (1.2)
ESTRUCTURA OBTENIDA EN VALIDACIÓN			
Preocupación por la IC	11 - 13	599	3.1 (3.6)
	14	381	3 (3.6)
	15 - 17	577	2.6 (3.3)
Influencia anuncios	11 - 13	599	.61 (1.3)
	14	381	.73 (1.6)
	15 - 17	577	.6 (1.3)
Influencia modelos y situaciones sociales	11 - 13	599	3 (2.1)
	14	381	3.3 (2.2)
	15 - 17	577	3.3 (2.1)
Influencia mensajes verbales	11 - 13	599	.63 (1.1)
	14	381	.71 (1.2)
	15 - 17	577	.6 (1.1)

3.3. PERCENTILES

También se realizó la conversión a percentiles de la puntuación en el EAT-26, tanto para la muestra total como en función de los grupos de edad:

PERCENTIL				
	Hombres			
	Global	10-13	14	15-17
100	47	42	47	44
99	34	35	39	29
98	29	30	30	27
97	26	25	29	26
96	24	23	28	24
95	22	21	27	21
90	16	16	18	16
85	14	14	14	13
80	12	12	12	12
75	11	11	10	11
70	10	10	9	10
65	9	9	9	8
60	8	8	8	8
55	7	7	7	7
50	6	6	7	6
45	6	6	6	6
40	5	5	5	5
35	5	5	5	5
30	4	4	4	4
25	4	4	4	4
20	3	3	3	3
15	3	3	3	2
10	2	2	2	2
5	1	1	1	1

3.4. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la adaptación realizada del CIMEC-26 posee garantías psicométricas suficientes para ser aplicada en la población valenciana masculina. La escala ha mostrado tener buena consistencia interna, tanto en su totalidad, como en cada una de las subescalas.

Por lo que se refiere a la estructura factorial, se tuvieron que eliminar 2 ítems (21 y 27) porque no cargaron en ninguno de los factores. Asimismo y, a diferencia de la escala original, en nuestro caso obtuvimos cuatro factores que guardan bastante relación con los 5 obtenidos por los autores del instrumento. Fue por ello por lo que decidimos mantener los mismos nombres. Cabría además destacar que, en nuestro caso, los factores 4 y 5 (Influencias de los modelos sociales e Influencias de situaciones sociales, respectivamente) constituyeron un único factor, con la excepción de que el ítem 27 lo tuvimos que eliminar de nuestra estructura y el 40 formó parte del factor “Preocupación por la imagen corporal” que, quizás en este caso, al igual que ocurre con la estructura de las chicas, la relación de este ítem con la imagen corporal podría observarse en el significado que el hecho de comer puede tener para la persona (aumentar de peso) y el malestar que a nivel de imagen corporal puede provocar la situación en sí.

Es posible que esta serie de diferencias puedan deberse a cuestiones generacionales y sobre todo a diferencias relacionadas con el sexo, pues la escala original se elaboró hace 13 años con mujeres de edades comprendidas entre 12 y 24 años. Por otra parte, hemos de comentar que, aunque se conoce muy poco acerca de la imagen corporal de los varones y su impacto sobre las prácticas de dietas y ejercicio físico, la propia práctica clínica y ya, en algunos estudios, muestran que tanto adolescentes como jóvenes adultos, también están tomando medidas drásticas hacia sus cuerpos, el mismo sistema económico y social que ha minado la experiencia corporal de las mujeres, se está mostrando igualmente capaz de hacerlo con los hombres (Maine, 2000). Hemos y estamos asistiendo a un momento histórico y cultural en el que las expectativas culturales están contribuyendo a los trastornos de la imagen corporal en ambos sexos (Pope, Olivarda, Gruber y Borowiecki, 1999).

Por último comentar que, al analizar las diferencias en las puntuaciones del CIMEC (total, subescalas de estructura original y subescalas de nuestra estructura) hemos podido comprobar que solamente en el factor “Influencias de los modelos sociales” de la estructura original podemos observar diferencias significativas en función de la edad, siendo los chicos de 15 a 17 años los que mayor puntuación

presentan. Esto podría deberse, en parte, por lo que acabamos de comentar respecto a la “aparición” de un modelo estético de belleza masculino y la influencia que éste está ejerciendo en los adolescentes de cara a la elaboración de la propia imagen corporal y el deseo de alcanzar ese modelo de belleza. Deseo que parece más intenso a esas edades en las que el físico parece cobrar mayor importancia dado que puede coincidir con el momento en el que empiezan a establecer las primeras relaciones de pareja y a ampliar el propio círculo social.

4. DATOS PSICOMÉTRICOS DEL CIMEC

b) Población femenina

4.1. Muestra y procedimiento

El objetivo del presente trabajo se centra en proporcionar datos psicométricos del CIMEC-26 para población femenina de la Comunidad Valenciana. Empleamos el instrumento de 26 ítems en lugar de la versión larga (40 ítems) pues, en la validación del mismo en población española realizada por Toro, Salamero y Martínez (1994) las propiedades psicométricas del instrumento eran muy similares a las del CIMEC-40, siendo la sensibilidad y especificad de la versión corta algo mejores que las del de 40 ítems

La muestra empleada estuvo formada por 4031 chicas reclutadas de la población general, es parte de la muestra femenina que formó parte de los grupos experimental, lista de espera y control de los talleres de prevención (Fase I y Fase II). El rango de edad de la muestra oscila entre 10 y 17 años ($X = 14$, $DT = 1.34$). Las participantes eran, en su mayoría, estudiantes procedentes de colegios (Secundaria y Bachillerato) tanto públicos, concertados como privados, de las provincias de Valencia y Castellón.

Para una descripción más exhaustiva de la muestra, presentamos los datos en la Tabla 1.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra

N	Media Edad (DT)	Min. - Máx.		
4031	14 (1.34)	10 – 17 años		

Tipo	N alumnos	%	Procedencia	%
Público	977	24.24	Valencia	85.15
Concertado	2803	69.54		
Privado	251	6.23	Castellón	14.85
Total	4031	100		

4.2. RESULTADOS

4.2.1. Análisis descriptivo de los ítems

Si realizamos un análisis global de las puntuaciones medias dadas por los participantes (Ver tabla 2) a cada uno de los ítems podemos observar que, por lo general, oscilan en torno a 0.6 (escasa influencia del modelo social estético). No obstante, podemos señalar que los ítems con los que los participantes indican mayor acuerdo son el nº 24 “¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?” ($X = 1$, $DT = .74$) y el nº 7 “Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?” ($X = .94$, $DT = .64$). En cuanto a los ítems con los que presentan menor acuerdo son: el nº 38 “¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?” ($X = .10$, $DT = .35$) y el nº 39 “¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas más delgadas que las que no lo son?” ($X = .24$, $DT = .51$).

Tabla 2: Análisis descriptivo de los ítems del CIMEC-26.

Ítem	N	Media (DT)
1 Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	4031	.83 (.64)
3 Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	4031	.52 (.63)
4 ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las chicas que practican deporte?	4031	.60 (.70)
5 ¿Te angustia ver pantalones, camisetas u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	4031	.83 (.80)
6 ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	4031	.50 (.70)
8 ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	4031	.33 (.60)
9 ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	4031	.36 (.60)
11 ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	4031	.61 (.72)
12 Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	4031	.60 (.64)
13 ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	4031	.55 (.73)
15 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	4031	.40 (.60)
16 ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	4031	.60 (.72)
17 ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita", "redondita", o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	4031	.85 (.81)
19 ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.	4031	.66 (.70)
21 ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	4031	.34 (.60)
23 ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	4031	.42 (.63)
25 ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar bañador?	4031	.70 (.76)
26 ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	4031	.60 (.70)
27 ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	4031	.84 (.66)
28 ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	4031	.43 (.70)
31 ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	4031	.70 (.80)

33 ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	4031	.40 (.65)
34 ¿Crees que las chicas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que los que no lo son?	4031	.93 (.70)
37 ¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicas con tejanos, bañador o ropa interior?	4031	.54 (.70)
38 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	4031	.10 (.35)
40 Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?	4031	.51 (.70)

4.2.2. Análisis factorial

Realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX con objeto de comprobar, tal y como obtuvieron Toro et al. (1994), si en nuestra población el instrumento estaba compuesto por diferentes dominios. De la misma manera pretendíamos analizar si la estructura factorial que obteníamos con nuestra muestra era similar a la obtenida por Toro et al. en población española. Los criterios que tuvimos en cuenta para determinar si un ítem formaba parte de un factor fueron:

- que la carga factorial fuese igual o superior a .40
- que cargara en un solo factor

Los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 3.

Tabla 3: Ítems y cargas factoriales del CIMEC-26

ITEMS	Cargas factoriales		
	Influencia de anuncios y mensajes	Preocupación IC	Influencia modelos sociales
1 Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?			.633
3 Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?			.600
4 ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las chicas que practican deporte?		.558	
5 ¿Te angustia ver pantalones, camisetas u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?		.669	
6 ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	.746		
8 ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	.747		
9 ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.615		
11 ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?		.675	
12 Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?			.712
13 ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?		.590	
15 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	.782		

16 ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?		.601	
17 ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita", "redondita", o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?		.722	
19 ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.	.494		
21 ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	.629		
23 ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?		.689	
25 ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar bañador?	.590		
26 ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?			.431
27 ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.614		
28 ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?		.556	
31 ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	.651		
33 ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?		.403	
34 ¿Crees que las chicas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?			.485
37 ¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicas con tejanos, bañador o ropa interior?	.479		
38 ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?		.404	

Método de extracción: Análisis de componentes principales
Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Los datos mostraron que 25 ítems cumplieron los requisitos propuestos, eliminándose el ítem nº 21 “¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?”, pues no cargó en alguno de los factores.

La estructura que obtuvimos estuvo compuesta de tres factores que explicaban el 50.3% del total de la varianza, una estructura bastante diferente a la obtenida por los autores del instrumento, quienes extrajeron 5 factores. Al mismo tiempo que describimos nuestra estructura, iremos viendo semejanzas y diferencias respecto a la escala original.

El primero de los factores le dimos el nombre de **“Influencia de anuncios y mensajes verbales”**; constó de 10 ítems (6, 8, 9, 15, 19, 23, 26, 28, 33, 38) y explica el 40 % de la varianza. Decidimos darle ese nombre porque, en nuestro caso, los factores 2 (Influencia de los anuncios) y 3 (Influencia de los mensajes verbales) de la escala original, constituyen un único factor que, además, explica la mayor parte de la varianza. A diferencia de la validación original, no se incluye en nuestro caso el ítem 21 “¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?” porque no cargó en ningún factor. Parece ser que en nuestra muestra lo importante es el contenido del mensaje más que la fuente de la que procede (anuncios o personas del entorno).

El segundo factor lo llamamos **“Preocupación por la imagen corporal (IC)”**; contó con 10 ítems (4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31, 34, 40) que explicaban el 5.5% de la varianza. Las variables que componen este factor hacen referencia a la preocupación por el cuerpo y la importancia que se le da a la delgadez, así como la intención y preocupación por lograrla. En este caso, decidimos mantener el nombre del factor 1 de la escala original porque todas las variables, excepto el ítem 34 (¿Crees que las chicas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?), son los mismos que constituyen ese factor 1 en la original. No obstante, si observamos el contenido del ítem 34 podríamos decir que igualmente guarda relación con la importancia de la delgadez en la valoración de la IC; vendría a ser algo así como: “seré aceptado en función de mi grado de delgadez”.

Por último, el tercer factor lo denominamos **“Influencia de modelos sociales”**; compuesto por 5 ítems (1, 3, 12, 27, 37) que explicaban el 5% de la varianza. En este caso, decidimos mantener el mismo nombre del factor 4 de la escala original, a pesar de que incluye al ítem 3 (Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?) que forma parte del factor 5 (Influencia de situaciones sociales) en la validación de Toro et al. (1994). Y es que, aunque el contenido de la variable se refiera a una situación social concreta, igualmente habla de la posible comparación con otros “modelos de referencia”.

En este sentido, podemos comprobar que en nuestra validación sólo hemos obtenido 3 factores frente a los 5 que obtuvieron Toro y cols. (1994), y es que, parece ser que, para nuestra muestra, es mucho más relevante el contenido del mensaje que su fuente de procedencia y por ello, quizás, los factores referidos a influencias de anuncios y de mensajes verbales en nuestra validación constituyen un único factor. Por otra parte, podríamos decir que el significado de algunos ítems (3: “Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?”, 34: “¿Crees que las chicas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?”) puede variar debido a diferencias generacionales e, incluso, culturales y, por ello, en nuestro caso se incluyen en otros factores diferentes al original.

4.2.3. Análisis de fiabilidad (consistencia interna)

Para analizar la consistencia interna se calculó el coeficiente α de Cronbach para la escala total y para cada una de las subescalas.

Para la escala total se obtuvo un coeficiente α de .93. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total osciló entre .30 y .80. El ítem que mayor correlación presentó fue el 28 y el que menor correlación mostró, el 27. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Influencia de anuncios y mensajes verbales” fue de .90. El rango de correlaciones entre los ítems con el total fue de .40 a .80, correspondiendo la menor correlación a los ítems 38 y 1 y la mayor al ítem 15. Para la subescala “Preocupación por la IC” el índice α fue de .90. Las correlaciones oscilaron entre .41 y .70, siendo el ítem de menor correlación el 34 y el de mayor correlación el 11. Finalmente, la consistencia interna para la subescala “Influencia de modelos sociales” fue de .70. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .25 a .52, correspondiendo la menor correlación al ítem 27 y la mayor al ítem 12.

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron iguales o superiores a .30. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue alta (.84).

Tabla 4: Consistencia interna

Medidas	α
Total	.93
Influencia de los anuncios y mensajes verbales	.90
Preocupación por la IC	.90
Influencia modelos sociales	.70

4.2.4. Diferencias de grupo en las subescalas del CIMEC-26

Puesto que la muestra estaba compuesta en su totalidad por mujeres, quisimos analizar si podríamos encontrar diferencias en función de la edad. En este sentido, realizamos 3 grupos de edad (1: 10 – 13 años, 2: 14 años, 3: 15 – 17 años) intentando que los grupos no fuesen muy diferentes en cuanto a características evolutivas, dadas las variables que estamos midiendo. Como variable dependiente utilizamos la puntuación total del CIMEC – 26, la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura original y la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura obtenida con nuestra muestra.

Los resultados nos indicaron que sí que existen diferencias significativas en todas las variables analizadas, siendo las chicas de más edad (15-17 años) las que más alto puntúan en todas las variables analizadas: CIMEC total $F(2, 4028) = 65.783^*$, $p < .05$; Preocupación por la IC $F(2, 4028) = 57.438^*$, $p < .05$; Influencia de los anuncios $F(2, 4028) = 45.775^*$, $p < .05$; Influencia de los mensajes verbales $F(2, 4028) = 45.021^*$, $p < .05$; Influencia de los modelos sociales $F(2, 4028) = 74.738^*$, $p < .05$; Influencia de las situaciones sociales $F(2, 4028) = 5.594^*$, $p < .05$; Influencia de anuncios y mensajes verbales $F(2, 4028) = 52.661^*$, $p < .05$; Preocupación por la IC $F(2, 4028) = 48.101^*$, $p < .05$; Influencia de modelos sociales $F(2, 4028) = 61.578^*$, $p < .05$. Ver tabla 5.

Tabla 5: Medias y desviaciones típicas del CIMEC-26 y subescalas.

MEDIDA	Edad	N	Media (DT)	F
Total CIMEC-26	10 – 13	1461	12.2 (9.8)	65.783*
	14	1938	15.8 (10.8)	
	15 – 17	632	17 (11.3)	
Preocupación por la IC	10 – 13	1461	4.4 (4)	57.438*
	14	1938	5.8 (4.4)	
	15 – 17	632	6.2 (4.5)	
Influencia anuncios	10 – 13	1461	2.2 (3)	45.775*
	14	1938	3.1 (3.5)	
	15 – 17	632	3.5 (3.8)	
Influencia mensajes verbales	10 – 13	1461	1.3 (1.6)	45.021*
	14	1938	1.8 (1.8)	
	15 – 17	632	2 (1.7)	
Influencia modelos sociales	10 – 13	1461	2.3 (1.7)	74.738*
	14	1938	3 (1.7)	
	15 – 17	632	3.2 (2)	
Influencia situaciones sociales	10 – 13	1461	1.9 (1.4)	5.594*
	14	1938	2 (1.4)	
	15 – 17	632	2.1 (1.5)	
Influencia anuncios y mensajes verbales	10 – 13	1461	3.2 (4.1)	52.661*
	14	1938	4.6 (4.7)	
	15 – 17	632	5.1 (4.9)	
Preocupación por la IC	10 – 13	1461	5.8 (4.7)	48.101*
	14	1938	7.3 (5.1)	
	15 – 17	632	7.7 (5.2)	
Influencia modelos sociales	10 – 13	1461	2.8 (2.1)	61.578*
	14	1938	3.5 (2)	
	15 – 17	632	3.7 (2.3)	

*Significativo para una $p < .05$

4.3. PERCENTILES

También se realizó la conversión a percentiles de la puntuación en el EAT-26, tanto para la muestra total como en función de los grupos de edad:

PERCENTIL				
	Mujeres			
	Global	10-13	14	15-17
100	50	47	50	49
99	43	42	43	46
98	41	39	42	43
97	39	37	40	41
96	38	35	38	40
95	36	33	37	39
90	31	27	32	33
85	27	23	29	31
80	24	20	26	28
75	21	17	23	25
70	19	15	21	22
65	17	13	18	20
60	15	11	16	18
55	13	10	15	16
50	12	9	13	15
45	10	8	11	13
40	9	7	10	11
35	8	7	9	10
30	7	6	8	9
25	6	5	7	8
20	5	4	6	7
15	4	3	5	5
10	3	2	4	4
5	2	1	2	3

4.4. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar que la adaptación realizada del CIMEC-26 posee garantías psicométricas suficientes para ser aplicada en la población valenciana. La escala ha mostrado tener buena consistencia interna, tanto en su totalidad, como en cada una de las subescalas.

Por lo que se refiere a la estructura factorial, se tuvo que eliminar el ítem (21) porque no cargó en ninguno de los factores. Asimismo y, a diferencia de la escala original, en nuestro caso obtuvimos tres factores que guardan bastante relación con los 5 obtenidos por los autores del instrumento. Fue por ello por lo que decidimos mantener los mismos nombres. Cabría además destacar que, en nuestro caso, el factor “Influencia de situaciones sociales” no aparece reflejado en nuestra estructura porque los ítems que lo componen forman parte de otros factores: el ítem 3 (Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?), que en nuestra estructura formó parte del factor “Influencia de modelos sociales”, considerando en lugar de la situación en sí de comer, el hecho de compararse con otras personas en cuanto a la cantidad ingerida; el ítem 34 (¿Crees que las chicas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?) que formó parte del factor “Preocupación por la imagen corporal”, considerando en este caso la importancia de la delgadez de cara a la aceptación externa y el ítem 40 (Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado a comer?), quizás en este caso la relación con la imagen corporal podría observarse en el significado que el hecho de comer puede tener para la persona (aumentar de peso) y el malestar que a nivel de imagen corporal puede provocar la situación en sí.

Es posible que esta serie de diferencias puedan deberse a cuestiones generacionales, pues la escala original se elaboró hace 13 años con mujeres de edades comprendidas entre 12 y 24 años y, aunque no sea muy grande la diferencia temporal, sí que se han producido cambios importantes a nivel cultural: las mismas estadísticas nos dicen que la preocupación por el cuerpo cada vez aparece a edades más tempranas (Atkins y Silber, 1993; Foster, 1992; Melve, Barheim, 1994), y si echamos un vistazo a los anuncios tanto de televisión, radio, revistas e internet podemos comprobar el aumento de la publicidad y de factores culturales, en general, relacionados con el cuidado del cuerpo y el fomento de la delgadez (Striegel-Moore y Franco, 2002). Por otra parte, no debemos dejar de lado el avance tecnológico, a todos los niveles (comunicación, cirugía, informático) y la influencia

que éste ejerce en ese fomento del modelo estético corporal vigente en la actualidad centrado en la delgadez extrema.

Por último comentar que, al analizar las diferencias en las puntuaciones del CIMEC (total, subescalas de estructura original y subescalas de nuestra estructura) hemos podido comprobar que en todas las medidas, son las chicas de 15 a 17 años las que mayor puntuación obtienen. Esto podría deberse, en parte, a la importancia que la apariencia física tiene durante la adolescencia de cara a establecer relaciones sociales y de pareja, y la vulnerabilidad asociada a estas edades dados los cambios corporales, emocionales y sociales que las chicas experimentan. Ambos factores unidos pueden provocar que las chicas a esta edad sean más vulnerables a las influencias derivadas de los diferentes medios del entorno que favorecen un cuerpo delgado.

5. DATOS PSICOMÉTRICOS DEL MBSRQ-AS

5.1. Muestra

La muestra está formada por 3494 participantes reclutados de la población general. Del total de los participantes, 2022 son mujeres (57.9%) y 1472 varones (42.1%). El rango de edad de la muestra oscila entre 11 y 17 años ($X = 13.4$, $DT = 1.4$). Los participantes son, en su totalidad, estudiantes procedentes de colegios (Secundaria y Bachillerato) tanto públicos (18% de los alumnos), concertados (73.4%) como privados (8.64% de los alumnos), de las provincias de Valencia y Castellón.

Para una descripción más exhaustiva de la muestra, presentamos los datos en la Tabla 1.

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra

Sexo	N	%	Media IMC (DT)	Media Edad(DT)	Min. - Máx.
Mujeres	2022	57.9	20 (3.03)	13.8 (1.4)	11 – 17 años
Varones	1472	42.1	20.54 (3.3)	13.8 (1.4)	11 – 17 años
Total	3494	100	20.23 (3.14)	13.4 (1.4)	11 – 17 años

5.2. RESULTADOS

5.2.1. Análisis descriptivo de los ítems

Si realizamos un análisis global de las puntuaciones dadas por los participantes a cada uno de los ítems (ver tabla 2) podemos observar que, por lo general, se mantienen en un rango de neutralidad, es decir, las puntuaciones medias que dan a la mayoría de los ítems oscilan en torno a 3. Señalar que los ítems en los que los participantes presentan una puntuación media más alta son el n° 2 “Me preocupo por comprarme ropa que me siente bien” ($X = 4.3$, $DT = .92$) y el n° 1 “Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto” ($X = 4.2$, $DT = 1$). En cuanto a los ítems que presentan menor puntuación media son: el n° 23 “He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas” ($X = 1.61$, $DT = 1$) y el n° 22 “Estoy haciendo dieta para perder peso” ($X = 1.8$, $DT = 1.2$).

Si analizamos los datos por separado en función del sexo, podemos observar que, en el caso de los chicos, la puntuación media obtenida por los chicos es similar a la obtenida por la muestra total. Los ítems que presentan mayor puntuación media son el n° 27 “Grado de satisfacción que sientes con el pelo” (color, grosor, textura)” ($X = 4.03$, $DT = 1$) y el n° 10 “Para mi es importante presentar siempre un buen aspecto” ($X = 4.02$, $DT = .93$). En cuanto a los ítems que muestran menor puntuación son los mismos que los obtenidos en la muestra total (n° 23: $X = 1.4$, $DT = .82$; n° 22: $X = 1.6$, $DT = 1$).

Con relación a las chicas, éstas muestran una puntuación media semejante a la de los chicos, en torno a la neutralidad. Los ítems en los que la puntuación media es mayor son los mismos que los obtenidos con la muestra total (n° 2: $X = 4.5$, $DT = .8$; n° 1: $X = 4.4$, $DT = .83$), y lo mismo ocurre con los ítems en los que la puntuación media es menor (n° 23: $X = 1.8$, $DT = 1.1$; n° 22: $X = 1.95$, $DT = 1.3$).

Tabla 2: Análisis descriptivo de los ítems del MBSRQ-AS

Ítem	Total		Chicos		Chicas	
	N	Media (DT)	N	Media (DT)	N	Media (DT)
1. Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto	3494	4.2 (1)	1472	3.83 (1.1)	2022	4.4 (.83)
2. Me preocupo por comprarme ropa que me siente bien	3494	4.3 (.92)	1472	4 (1)	2022	4.5 (.76)
3. Mi cuerpo es sexualmente atractivo	3493	2.9 (1)	1471	3.1 (1)	2022	2.73 (.93)
4. Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a	3494	2.9 (1.4)	1472	2.5 (1.3)	2022	3.13 (1.3)
5. Me gusta mi apariencia tal y como es.	3494	3.7 (1.1)	1472	4 (1)	2022	3.5 (1.12)
6. Compruebo mi apariencia en el espejo, siempre que puedo.	3494	3.5 (1.2)	1472	3.1 (1.2)	2022	3.8 (1.1)
7. Normalmente, antes de salir, paso mucho tiempo preparándome.	3494	3.2 (1.3)	1472	2.6 (1.2)	2022	3.7 (1.1)
8. Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas	3494	2.8 (1.3)	1472	2.4 (1.3)	2022	3 (1.3)
9. La mayoría de la gente me consideraría guapo/a	3494	3.1 (.94)	1472	3 (.96)	2022	3.1 (.92)
10. Para mí es importante presentar siempre un buen aspecto	3494	4.1 (.9)	1472	4 (.93)	2022	4.2 (.9)
11. Utilizo pocos productos de belleza	3494	3.2 (1.3)	1472	3.3 (1.5)	2022	3.2 (1.2)
12. Me gusta mi aspecto físico cuando no llevo ropa	3494	3 (1.1)	1472	3.4 (1.1)	2022	2.8 (1.1)
13. Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglado/a	3494	3.9 (1)	1472	3.6 (1.1)	2022	4.1 (.93)
14. Normalmente me pongo lo primero que encuentro, sin importarme cómo me queda	3494	2.1 (1.1)	1472	2.4 (1.2)	2022	1.8 (1)
15. Me gusta cómo me queda la ropa	3494	3.7 (.94)	1472	3.8 (.9)	2022	3.5 (.95)
16. No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física	3494	3.2 (1.3)	1472	3.4 (1.2)	2022	3 (1.3)
17. Cuido especialmente mi peinado	3494	3.7 (1.1)	1472	3.5 (1.1)	2022	3.9 (.96)
18. No me gusta mi físico	3494	2.4 (1.2)	1472	2.1 (1.1)	2022	2.6 (1.2)
19. Físicamente soy poco atractivo/a	3494	2.8 (1)	1472	2.6 (1.1)	2022	2.9 (1)
20. Nunca pienso en mi aspecto físico	3494	2.2 (1.1)	1472	2.4 (1.1)	2022	2 (1)
21. Siempre estoy intentando mejorar mi apariencia física	3494	3.5 (1.1)	1472	3.4 (1.2)	2022	3.6 (1.1)
22. Estoy haciendo dieta para perder peso	3494	1.8 (1.2)	1472	1.6 (1)	2022	1.9 (1.2)
23. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas	3494	1.6 (1)	1472	1.4 (.82)	2022	1.8 (1.1)
24. Creo que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso	3494	3.1 (.65)	1472	3 (.7)	2022	3.2 (.64)
25. Mirándome, otras personas pensarían que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso	3494	3 (.7)	1472	3 (.72)	2022	3.1 (.7)
26. Cara (rasgos faciales, complexión)	3494	3.6 (1)	1472	3.7 (1)	2022	3.6 (1)
27. Pelo (color, grosor, textura)	3494	4 (1)	1472	4 (1)	2022	4.1 (1)
28. Parte inferior del torso (glúteos, caderas, muslos, piernas)	3494	3.3 (1.2)	1472	3.7 (1.1)	2022	3 (1.2)

29. Parte central del torso (cintura, estómago)	3494	3.3 (1.2)	1472	3.5 (1.2)	2022	3.2 (1.2)
30. Parte superior del torso (pecho, hombros brazos)	3494	3.6 (1.1)	1472	3.8 (1.1)	2022	3.5 (1.1)
31. Tono muscular	3494	3.4 (1.1)	1472	3.6 (1.1)	2022	3.3 (1)
32. Peso (por favor, especifique su peso en Kg.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción	3494	3.3 (1.2)	1472	3.5 (1.1)	2022	3.1 (1.3)
33. Altura (por favor, especifique su altura en cms.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción	3494	3.7 (1.2)	1472	3.8 (1.1)	2022	3.5 (1.2)
34. Apariencia física en general	3494	3.6 (1)	1472	3.8 (1)	2022	3.5 (1)
TOTAL	3494	3.23	1472	3.21	2022	3.3

5.2.2. Análisis factorial

Realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX con objeto de comprobar, tal y como se demostró en el estudio original (Brown, Cash, & Mikulka, 1990; Cash, 2004) si en nuestra población el MBSRQ-AS está compuesto por diferentes dominios. De la misma manera pretendíamos analizar si la estructura factorial que obteníamos con nuestra población era similar a la obtenida por los autores de la escala.

El criterio que tuvimos en cuenta para determinar si un ítem formaba parte de un factor fue que la carga factorial fuese igual o superior a .40. Los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 3.

Para la muestra en su totalidad, los 34 ítems cumplieron los requisitos propuestos. La estructura que obtuvimos estuvo compuesta de cinco factores que explicaban el 51.34% del total de la varianza. El primero de ellos lo denominamos **“Preocupación por la apariencia física”**; constó de 10 ítems (1, 2, 6, 7, 10, 13, 14, 17, 20, 21) que explicaban el 24.4 % de la varianza. Mantuvimos el mismo nombre que en la escala original, puesto que el contenido de los ítems que lo componen hace referencia a cuestiones relacionadas con el cuidado de la apariencia física y la preocupación por dar una buena imagen. Los ítems son los mismos que componen el factor del mismo nombre de la escala original, con la diferencia de que los ítems 11 “Utilizo pocos productos de belleza” y 16 “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”, no cargaron en nuestro factor.

El segundo factor lo denominamos **“Evaluación de la apariencia física”**; contó con 8 ítems (3, 5, 9, 12, 15, 18, 19, 26) que explicaban el.14% de la varianza. Se trata de un factor cuyos ítems hacen referencia a la valoración que la persona hace sobre diferentes aspectos de su apariencia. Mantuvimos también el mismo nombre que en la escala original porque los ítems que lo componen son los mismos, con la excepción de que, en nuestro caso, se añade el ítem 26. Ítem que hace referencia al grado de satisfacción que la persona tiene respecto a su cara.

El tercer factor lo llamamos **“Preocupación por el sobrepeso”**; contó con 7 ítems (4, 8, 22, 23, 24, 25, 29) que explicaban el 6% de la varianza. Las variables que componen este factor hacen referencia a conductas relacionadas con el deseo por parte de la persona de mantener un peso bajo mediante dietas y/o conductas restrictivas, así como la valoración que la persona hace de su propio peso. En este factor se funden los factores 3 (Preocupación por el sobrepeso) y 5 (Auto clasificación del peso) de la escala original. A pesar de ello, decidimos mantener el nombre original porque todas las variables, guardan una relación muy estrecha con la preocupación por el peso.

Al cuarto factor lo denominamos **“Satisfacción de zonas corporales”**, está compuesto por 9 ítems (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34) que explican el 4% de la varianza. En este caso, el factor es totalmente idéntico al factor del mismo nombre de la estructura original. En él se incluyen variables a través de las cuales la persona valora el grado de satisfacción que siente respecto a las diferentes zonas de su cuerpo.

Por último, el quinto factor lo denominamos **“Despreocupación por la apariencia física”**; compuesto por 3 ítems (11, 16, 20) que explicaban el 3.35% de la varianza. En este caso, hemos obtenido un factor nuevo que, si nos fijamos en la estructura original, comprobaremos que se trata de los ítems inversos del factor “Preocupación por la apariencia física”. En nuestra estructura se considera como un factor totalmente independiente.

Por otra parte, también realizamos un análisis factorial por separado para mujeres y varones, con idea de comprobar si la estructura variaba en función del sexo.

En ambos casos, realizamos un análisis factorial de componentes principales con rotación VARIMAX, siguiendo los mismos criterios de inclusión de los ítems arriba indicados.

En el caso de las chicas (N = 2022) los resultados del análisis de componentes principales se presentan en la tabla 4. La versión final constó de 33 ítems, tuvimos que eliminar el ítem 11 “Utilizo pocos productos de belleza” porque no cargó en ningún factor. La estructura estuvo compuesta de 5 factores que explicaban el 52% de la varianza. El primero de ellos lo denominamos **“Evaluación de la apariencia física y zonas corporales”**; contó con 12 ítems (3, 5, 9, 12, 15, 18, 19, 26, 28, 29, 32, 34) que explicaban el 25.5 % de la varianza. Se trata de un factor que combina los factores 1 (Evaluación de la apariencia física) y 3 (Satisfacción de zonas corporales) de la estructura original. Debido a ello, le hemos dado ese nombre que refleja de manera más exacta el contenido de las variables que componen el factor.

El segundo factor lo denominamos **“Preocupación por la apariencia física”**; constó de 10 ítems (1, 2, 6, 7, 10, 13, 14, 17, 20, 21) que explicaban el 13.2 % de la varianza. Mantuvimos el mismo nombre que en la escala original, puesto que el contenido de los ítems que lo componen hace referencia a cuestiones relacionadas con el cuidado de la apariencia física y la preocupación por dar una buena imagen. Los ítems son los mismos que componen el factor del mismo nombre de la escala original, con la diferencia de que los ítems 11 “Utilizo pocos productos de belleza” lo eliminamos de nuestra estructura porque no cargó en ninguno de los factores, y 16

“No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”, que formó parte de otro factor.

El tercer factor lo llamamos **“Satisfacción de zonas corporales”**; contó con 7 ítems (16, 27, 29, 30, 31, 33, 34) que explicaban el 6% de la varianza. A diferencia con la estructura que hemos obtenido previamente para la muestra total, en el caso de las chicas no obtenemos un factor similar al de la estructura original, sino que en este caso incluye el ítem 16 “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”, que podría guardar relación con esa satisfacción corporal, al valorar el grado de importancia que la persona da a la valoración de su físico por parte de otros, y excluye ítems que cargan en otros factores: 26 “Grado de satisfacción que sientes con: cara”, “Parte inferior del torso (glúteos, caderas, muslos, piernas)” y 32 “Peso”.

Al cuarto factor lo denominamos **“Preocupación por el sobrepeso”**, está compuesto por 4 ítems (4, 8, 22, 23) que explican el 4% de la varianza. En este caso, el factor es totalmente idéntico al factor del mismo nombre de la estructura original.

Por último, el quinto factor lo denominamos **“Auto clasificación del peso”**, compuesto de 2 ítems (24, 25) que explican el 3.4% de la varianza. Nuevamente, en este caso, obtenemos el mismo factor que en la estructura original.

En cuanto a los chicos (N = 1472), la versión final constó de 32 ítems. En este caso tuvimos que eliminar los ítems 8 “Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas” y 15 “Me gusta cómo me queda la ropa”, porque no cargaron en ninguno de los factores. La estructura estuvo compuesta de 5 factores que explicaban el 51% de la varianza. El primero de ellos lo denominamos **“Preocupación por la apariencia física”**, constó de 9 ítems (1, 2, 6, 7, 10, 13, 14, 17, 21) que explicaban el 24.4 % de la varianza. Mantuvimos el mismo nombre que en la escala original, puesto que el contenido de los ítems que lo componen hace referencia a cuestiones relacionadas con el cuidado de la apariencia física y la preocupación por dar una buena imagen. Los ítems son los mismos que componen el factor del mismo nombre de la escala original, con la diferencia de que los ítems 11 “Utilizo pocos productos de belleza”, 16 “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física” y 20 “Nunca pienso en mi aspecto físico” constituyeron un factor independiente, al igual que en la estructura obtenida para toda la muestra.

El segundo factor lo denominamos **“Satisfacción de zonas corporales”**, está compuesto por 9 ítems (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34) que explican el 15% de la

varianza. En este caso, el factor es totalmente idéntico al factor del mismo nombre de la estructura original.

El tercer factor lo llamamos **“Evaluación de la apariencia física”**; contó con 6 ítems (3, 5, 9, 12, 18, 19) que explicaban el 22% de la varianza. Hemos obtenido un factor similar al de la estructura original del mismo nombre, con la excepción de que en nuestro caso, el ítem 15 no se incluye pues no cargó en ningún factor.

Al cuarto factor lo denominamos **“Preocupación por el sobrepeso”**; contó con 5 ítems (4, 22, 23, 24, 25) que explicaban el 4.2% de la varianza. Al igual que ocurre en la estructura obtenida con la muestra total (chicos y chicas), en este factor se funden los factores 3 (Preocupación por el sobrepeso) y 5 (Auto clasificación del peso) de la escala original. A pesar de ello, decidimos mantener el nombre original porque todas las variables, guardan una relación muy estrecha con la preocupación por el peso.

Por último, el quinto factor lo denominamos **“Despreocupación por la apariencia física”**; compuesto por 3 ítems (11, 16, 20) que explicaban el 4% de la varianza. Como hemos señalado previamente y, tal y como hemos obtenido en la estructura con la muestra completa, obtenemos un factor nuevo que, en la estructura original, constituyen los ítems inversos del factor “Preocupación por la apariencia física”. En la estructura masculina y considerando ambos sexos forma un factor totalmente independiente. Ver tabla 5.

Tabla 3: Ítems y cargas factoriales del MBSRQ-AS para toda la muestra

ITEMS	CARGAS FACTORIALES				
	FACTORES				
	Preocupación apariciencia física	Evaluación apariciencia física	Preocupación por sobrepeso	Satisfacción zonas corporales	Despreocupación apariciencia física
1. Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto	.768				
2. Me preocupo por comprarme ropa que me siente bien	.693				
3. Mi cuerpo es sexualmente atractivo		.747			
4. Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a			.502		
5. Me gusta mi apariencia tal y como es.		.554			
6. Compruebo mi apariencia en el espejo, siempre que puedo.	.716				
7. Normalmente, antes de salir, paso mucho tiempo preparándome.	.730				
8. Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas			.409		
9. La mayoría de la gente me consideraría guapo/a		.705			
10. Para mi es importante presentar siempre un buen aspecto	.703				
11. Utilizo pocos productos de belleza					.577
12. Me gusta mi aspecto físico cuando no llevo ropa		.604			
13. Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglado/a	.588				
14. Normalmente me pongo lo primero que encuentro, sin importarme cómo me queda	-.599				
15. Me gusta cómo me queda la ropa		.488			
16. No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física					.624
17. Cuido especialmente mi peinado	.615				
18. No me gusta mi físico		-.618			
19. Físicamente soy poco atractivo/a		-.678			
20. Nunca pienso en mi aspecto físico	-.406				.503

21. Siempre estoy intentando mejorar mi apariencia física	.554			
22. Estoy haciendo dieta para perder peso			.713	
23. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas			.653	
24. Creo que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso			.750	
25. Mirándome, otras personas pensarían que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso			.721	
26. Cara (rasgos faciales, complexión)		.456		.442
27. Pelo (color, grosor, textura)				.457
28. Parte inferior del torso (glúteos, caderas, muslos, piernas)				.463
29. Parte central del torso (cintura, estómago)			-.496	
30. Parte superior del torso (pecho, hombros brazos)				.665
31. Tono muscular				.666
32. Peso (por favor, especifique su peso en Kg.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción				.540
33. Altura (por favor, especifique su altura en cms.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción				.683
34. Apariencia física en general				.562

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Tabla 4: Ítems y cargas factoriales del MBSRQ-AS para mujeres

ITEMS	CARGAS FACTORIALES				
	FACTORES				
	Evaluación apariciencia física	Preocupación apariciencia física	Satisfacción zonas corporales	Preocupación por sobrepeso	Auto clasificación del peso
1. Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto		.739			
2. Me preocupo por comprarme ropa que me siente bien		.661			
3. Mi cuerpo es sexualmente atractivo	.748				
4. Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a				.593	
5. Me gusta mi apariencia tal y como es.	.581				
6. Compruebo mi apariencia en el espejo, siempre que puedo.		.667			
7. Normalmente, antes de salir, paso mucho tiempo preparándome.		.652			
8. Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas				.727	
9. La mayoría de la gente me consideraría guapo/a	.690				
10. Para mi es importante presentar siempre un buen aspecto		.687			
12. Me gusta mi aspecto físico cuando no llevo ropa	.618				
13. Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglado/a		.459			
14. Normalmente me pongo lo primero que encuentro, sin importarme cómo me queda		-.682			
15. Me gusta cómo me queda la ropa	.532				
16. No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física			.436		
17. Cuido especialmente mi peinado		.459			
18. No me gusta mi físico	-.679				
19. Físicamente soy poco atractivo/a	-.721				
20. Nunca pienso en mi aspecto físico		-.550			
21. Siempre estoy intentando mejorar mi apariencia física		.480			
22. Estoy haciendo dieta para perder peso				.575	
23. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas				.587	

24. Creo que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso					.727
25. Mirándome, otras personas pensarían que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso					.732
26. Cara (rasgos faciales, complexión)	.491				
27. Pelo (color, grosor, textura)			.516		
28. Parte inferior del torso (glúteos, caderas, muslos, piernas)	.507				
29. Parte central del torso (cintura, estómago)	.441		.402		
30. Parte superior del torso (pecho, hombros brazos)			.577		
31. Tono muscular			.539		
32. Peso (por favor, especifique su peso en Kg.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción	.406				
33. Altura (por favor, especifique su altura en cms.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción			.605		
34. Apariencia física en general	.610		.467		

Método de extracción: Análisis de componentes principales

Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

Tabla 5: Ítems y cargas factoriales del MBSRQ-AS para hombres

ITEMS	CARGAS FACTORIALES				
	FACTORES				
	Preocupación apariencia física	Satisfacción zonas corporales	Evaluación apariencia física	Preocupación por sobrepeso	Despreocupación apariencia física
1. Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto	.778				
2. Me preocupo por comprarme ropa que me siente bien	.679				
3. Mi cuerpo es sexualmente atractivo			.758		
4. Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a				.552	
5. Me gusta mi apariencia tal y como es.			.499		
6. Compruebo mi apariencia en el espejo, siempre que puedo.	.713				
7. Normalmente, antes de salir, paso mucho tiempo preparándome.	.716				
9. La mayoría de la gente me consideraría guapo/a			.697		
10. Para mí es importante presentar siempre un buen aspecto	.718				
11. Utilizo pocos productos de belleza					.528
12. Me gusta mi aspecto físico cuando no llevo ropa			.625		
13. Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglado/a	.552				
14. Normalmente me pongo lo primero que encuentro, sin importarme cómo me queda	-.552				
16. No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física					.698
17. Cuido especialmente mi peinado	.639				
18. No me gusta mi físico			-.609		
19. Físicamente soy poco atractivo/a			-.686		
20. Nunca pienso en mi aspecto físico					.517

21. Siempre estoy intentando mejorar mi apariencia física	.628				
22. Estoy haciendo dieta para perder peso				.690	
23. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas				.593	
24. Creo que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso				.780	
25. Mirándome, otras personas pensarían que estoy: En un peso muy bajo, En un peso bajo, En un peso normal, Con algo de sobrepeso, Con mucho sobrepeso				.786	
26. Cara (rasgos faciales, complexión)		.529			
27. Pelo (color, grosor, textura)		.535			
28. Parte inferior del torso (glúteos, caderas, muslos, piernas)		.579			
29. Parte central del torso (cintura, estómago)		.582			
30. Parte superior del torso (pecho, hombros brazos)		.730			
31. Tono muscular		.705			
32. Peso (por favor, especifique su peso en Kg.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción		.632			
33. Altura (por favor, especifique su altura en cms.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción		.627			
34. Apariencia física en general		.665			

Método de extracción: Análisis de componentes principales
Método de rotación: Normalización varimax con Kaiser

5.2.3. Análisis de fiabilidad (consistencia interna)

Para analizar la consistencia interna se calculó el coeficiente α de Cronbach para la escala total y para cada una de las subescalas, considerando a la muestra en su totalidad, así como para mujeres y hombres por separado.

Para la muestra completa, la escala total obtuvo un coeficiente α de .63. El rango de correlaciones de cada uno de los ítems con la puntuación total osciló entre .24 y .40, siendo los ítems que mayor correlación presentaron el 30 “Grado de satisfacción que sientes con parte superior del torso (pecho, hombros brazos)” y el 10 “Para mi es importante presentar siempre un buen aspecto”. No obstante señalaremos que, hay un gran número de ítems que presentan unas correlaciones corregidas muy bajas: 4 (.10) “Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a”; 8 (.15) “Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas”; 11 (-.021) “Utilizo pocos productos de belleza”; 16 (.1) “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”; 20 (-.14) “Nunca pienso en mi aspecto físico”; 22 (-.007) “Estoy haciendo dieta para perder peso”; 23 (.11) “He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas”; 24 (-.06) “Creo que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”; 25 (-.052) “Mirándome, otras personas pensarían que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”.

Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Preocupación por la apariencia física” fue de .62. El rango de correlaciones entre los ítems con el total fue de .40 a .62, correspondiendo la menor correlación al ítem 20 “Nunca pienso en mi aspecto físico” y la mayor al ítem 1 “Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto”. Para la subescala “Evaluación de la apariencia física” el índice α fue de .30. Las correlaciones oscilaron entre .30 y -.60, siendo el ítem de menor correlación el 26 “Grado de satisfacción que sientes: Cara (rasgos faciales, complexión)” y el de mayor correlación el 18 “No me gusta mi físico”. La consistencia interna para la subescala “Preocupación por el sobrepeso” fue de .60. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .40 a .54, correspondiendo la menor correlación al ítem 25 “Mirándome, otras personas pensarían que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”. Y la mayor al 23 “He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas”. Respecto a la subescala “Satisfacción corporal” el coeficiente resultó en un α de .82. Las correlaciones oscilaron entre .33 y .75, siendo el ítem que menor correlación presentó el 27 “Grado de satisfacción

que sientes con: Pelo (color, grosor, textura)” y el que más correlacionó el 34 “Grado de satisfacción que sientes con apariencia física en general”. Finalmente, para la subescala “Despreocupación por la apariencia física” el índice α fue de .40. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .14 a .30, correspondiendo la menor correlación al ítem 11 “Utilizo pocos productos de belleza” y la mayor al 16 “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”.

Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue nula (-.12).

En el caso de las mujeres, para la escala total, esta medida de consistencia interna resultó en un coeficiente α de .60. El rango de correlaciones de los ítems con el total osciló entre .21 y .40, siendo el ítem que menor correlación presentó el 32 “Grado de satisfacción que sientes con peso” y el que mayor correlacionó el 34 “Grado de satisfacción que sientes con apariencia física en general”. No obstante, también hemos de señalar en este caso que, hay un gran número de ítems que presentan unas correlaciones corregidas muy bajas: 4 (.05) “Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a”; 8 (.14) “Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas”; 16 (.1) “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”; 20 (-.11) “Nunca pienso en mi aspecto físico”; 21 (.20) “Siempre estoy intentando mejorar mi apariencia física”; 22 (-.034) “Estoy haciendo dieta para perder peso”; 23 (-.014) “He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas”; 24 (-.1) “Creo que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”; 25 (-.11) “Mirándome, otras personas pensarían que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Evaluación de la apariencia” fue de .70. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .32 a .70. La menor correlación correspondió al ítem 9 “La mayoría de la gente me consideraría guapa” y la mayor al ítem al 34 “Grado de satisfacción que sientes con apariencia física en general”. Para la subescala “Preocupación por la apariencia” el índice α fue de .54. Las correlaciones oscilaron entre -.35 y .53, siendo el ítem de menor correlación el 20 “Nunca pienso en mi aspecto físico” y el de mayor correlación el 1 “Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto”. La consistencia interna para la subescala “Satisfacción corporal” fue de .74. El rango de correlaciones entre los ítems fue de .30 a .65, correspondiendo la menor correlación al ítem 27 “Grado de satisfacción que sientes con pelo (color, grosor, textura)” y la mayor al ítem 34 “Grado de satisfacción que sientes con apariencia

física en general”. Para la subescala “Preocupación por el sobrepeso”, el índice α fue de .75, encontrando un rango de correlaciones entre .50 y .60. La menor correlación la mostró el ítem 8 “Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas” y la mayor el 23 “He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas”. Por último, el coeficiente α para la subescala “Autoclasificación del peso” fue de .83, mostrando los dos ítems que la componen la misma correlación. .71. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue muy baja (-.20).

En cuanto a los hombres, para la escala total, esta medida de consistencia interna resultó en un coeficiente α de .72. El rango de correlaciones de los ítems con la puntuación total osciló entre .30 y .50, siendo el ítem que menor correlación presentó el 33 “Grado de satisfacción que sientes con altura” y el que mayor correlación presentó el 30 “Grado de satisfacción que sientes con parte superior del torso (pecho, hombros brazos)”. Centrándonos en cada una de las subescalas, la consistencia interna para la subescala “Preocupación por la apariencia” fue de .72. El rango de correlaciones entre los ítems con la puntuación total fue de .41 a .70, correspondiendo la menor correlación al ítem 13 “Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglado” y la mayor al ítem 1 “Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto”. Para la subescala “Satisfacción corporal” el índice α fue de .85. Las correlaciones oscilaron entre .40 y .70, siendo el ítem de menor correlación el 27 “Grado de satisfacción que sientes con pelo (color, grosor, textura)” y el de mayor correlación el 30 “Grado de satisfacción que sientes con parte superior del torso (pecho, hombros brazos)”. La consistencia interna para la subescala “Evaluación de la apariencia física” fue de -.10, oscilando las correlaciones entre .16 y -.45. La menor correlación correspondió al ítem 5 “Me gusta mi apariencia tal y como es” y la mayor al ítem 18 “No me gusta mi físico”. Para la subescala “Preocupación por el sobrepeso” el índice α fue de .73. Las correlaciones oscilaron entre .50 y .60, siendo el ítem de menor correlación el 4 “Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a” y el de mayor correlación el 22 “Estoy haciendo dieta para perder peso”. Y por último para la subescala “Despreocupación por la apariencia física”, se obtuvo un índice α de .30. Las correlaciones oscilaron entre .11 (ítem 11: “Utilizo pocos productos de belleza”) y .21 (ítem 16: “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”).

Las correlaciones corregidas (correlaciones del ítem con el total, eliminando el propio ítem) de cada uno de los ítems con el total de la escala fueron superiores a .30, excepto para los ítems 4 (.10) “Constantemente me preocupo por el hecho de

ser o convertirme en gordo/a”; 16 (.12) “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física”; 20 (-.20) “Nunca pienso en mi aspecto físico”; 22 (-.005) “Estoy haciendo dieta para perder peso”; 23 (.03) “He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas”; 24 (-.06) “Creo que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”; 25 (-.02) “Mirándome, otras personas pensarían que estoy: en un peso bajo, en un peso normal, con algo de sobrepeso, con mucho sobrepeso”. Por último, señalar que la correlación entre las tres subescalas fue escasa (.10).

Tabla 6: Consistencia interna

Medida		α
TOTAL	Total	.63
	Preocupación por apariencia física	.62
	Evaluación de la apariencia física	.30
	Preocupación por el sobrepeso	.60
	Satisfacción corporal	.82
	Despreocupación por la apariencia física	.40
Chicas	Total	.60
	Evaluación de la apariencia física	.70
	Preocupación por apariencia física	.54
	Satisfacción corporal	.74
	Preocupación por el sobrepeso	.75
	Autoclasificación del peso	.83
Chicos	Total	.72
	Evaluación de la apariencia física	-.10
	Satisfacción corporal	.85
	Preocupación por apariencia física	.72
	Preocupación por el sobrepeso	.73
	Despreocupación por la apariencia física	.30

5.2.4. Diferencias de grupo en las subescalas del MBSRQ-AS

En primer lugar, y puesto que contábamos con una muestra compuesta por hombres y mujeres, decidimos realizar un ANOVA de un solo factor (sexo), con idea

de comprobar si existen diferencias en las variables que mide el MBSRQ-AS en función del sexo.

Para ello, empleamos como variables dependientes la puntuación en cada una de las subescalas de la estructura que obtuvimos para la muestra total. Los resultados nos indicaron que, efectivamente, mujeres y varones diferían en las variables del MBSRQ-AS, más en concreto, las mujeres puntuaron más alto en la subescala “preocupación por la apariencia” $t(1, 3492) = -23.392^*$, $p < .05$; y, coherente con esta variable, menor puntuación en “despreocupación por la apariencia” $t(1, 3492) = 11.367^*$, $p < .05$; evaluaron de forma más negativa su apariencia en relación a los hombres $t(1, 3491) = 13.943^*$, $p < .05$; mostraron mayor puntuación en “preocupación por el sobrepeso” $t(1, 3492) = -15.505^*$, $p < .05$; y también menor satisfacción corporal $t(1, 3492) = 11.990^*$, $p < .05$. (Ver tabla 7).

Tabla 7: Medias (desviación típica) de las subescalas del MBSRQ-AS en función del sexo

MEDIDA	SEXO	N	MEDIA (DT)	t
Preocupación apariencia	Hombre	1483	2.1 (.53)	-23.392*
	Mujer	2043	2.5 (.43)	
Evaluación apariencia	Hombre	1481	2.1 (.7)	13.943*
	Mujer	2043	1.7 (.72)	
Preocupación sobrepeso	Hombre	1482	1.5 (.7)	-15.505*
	Mujer	2043	1.9 (.75)	
Satisfacción corporal	Hombre	1482	4 (.74)	11.990*
	Mujer	2043	3.4 (.74)	
Despreocupación apariencia	Hombre	1482	3.1 (.82)	11.367*
	Mujer	2043	2.7 (.8)	

*Significativo para una $p < .05$

Tras comprobar que existían diferencias en función del sexo, quisimos analizar si también podríamos encontrar diferencias en función de la edad, analizando los datos por separado en función del sexo. En este sentido, realizamos 3 grupos de edad (1: 11 – 13 años, 2: 14 años, 3: 15 – 17 años) intentando que los grupos no fuesen muy diferentes en cuanto al tamaño y que los participantes de cada grupo se asimilaran en cuanto a características evolutivas dadas las variables que estábamos midiendo.

Con relación a los chicos, los resultados nos indicaron que existen diferencias significativas en función de la edad, en la subescala “Satisfacción corporal” $F(2, 1469) = 3.784$, $p < .05$; siendo los chicos de más edad (15 – 17 años) los que más satisfechos se encuentra con su cuerpo. Ver tabla 8.

En cuanto a las chicas, también se observan diferencias significativas en todas las medidas excepto en la “Preocupación de la apariencia física”, comprobando que, en este caso, son las chicas de más edad (15 – 17 años) las que peor evalúan su apariencia física $F(2, 2019) = 21.203$, $p < .05$; menos satisfechas están con su cuerpo $F(2, 2019) = 29.972$, $p < .05$; más preocupadas están por el sobrepeso $F(2, 2019) = 23.117$, $p < .05$ y las que mejor clasifican su peso $F(2, 2019) = 7.668$, $p < .05$. (Ver tabla 9).

Tabla 8: Media (desviación típica) de subescalas de estructura masculina del MBSRQ-AS en función de la edad (población masculina)

Medida	Edad	N	Media (DT)	F
Evaluación apariencia	11 – 13	601	2.9 (.8)	1.798
	14	364	2.8 (.8)	
	15 – 17	507	2.9 (.7)	
Satisfacción corporal	11 – 13	601	3.8 (.7)	3.784*
	14	364	3.7 (.74)	
	15 – 17	507	3.7 (.8)	
Preocupación apariencia	11 – 13	600	1.5 (.8)	1.849
	14	364	1.4 (.8)	
	15 – 17	507	1.53 (.8)	
Preocupación sobrepeso	11 – 13	601	2.3 (.7)	2.191
	14	364	2.3 (.65)	
	15 – 17	507	2.25 (.7)	
Despreocupación apariencia	11 – 13	601	2.9 (.9)	.815
	14	364	3 (.9)	
	15 – 17	507	2.9 (.9)	

*Significativo para una $p < .05$

Tabla 9: Media (desviación típica) de subescalas de estructura femenina del MBSRQ-AS en función de la edad (población femenina).

Medida	Edad	N	Media (DT)	F
Evaluación apariencia	11 – 13	884	2.3 (.74)	21.203*
	14	513	2.2 (.74)	
	15 – 17	625	2.1 (.8)	
Preocupación apariencia	11 – 13	884	2.8 (.64)	2.587
	14	513	2.9 (.6)	
	15 – 17	625	2.8 (.6)	
Satisfacción corporal	11 – 13	884	3.6 (.7)	29.972*
	14	513	3.4 (.7)	
	15 – 17	625	3.3 (.7)	
Preocupación sobrepeso	11 – 13	884	2.3 (.9)	23.117*
	14	513	2.5 (.95)	
	15 – 17	625	2.7 (1)	
Autoclasificación del peso	11 – 13	884	3 (.6)	7.668*
	14	513	3.1 (.6)	
	15 – 17	625	3.2 (.65)	

*Significativo para una $p < .05$

Puesto que encontramos diferencias tanto en función del sexo como de la edad por separado, decidimos realizar un ANOVA pero, en este caso, considerando ambas variables de forma conjunta y siendo las variables dependientes las puntuaciones totales de las subescalas correspondientes a la estructura obtenida para nuestra muestra.

En este caso, los resultados nos indicaron que sí que existen diferencias significativas en todas las medidas, siendo las chicas con edades entre 15 y 17 años las que peor evalúan su apariencia física, más preocupadas están por el sobrepeso, menos satisfechas se sienten con su cuerpo y más preocupadas están por su apariencia (medida evaluada a través de la subescala “despreocupación por la apariencia física”). Ver tabla 10.

Tabla 10: Media (desviación típica) de subescalas en función del sexo y la edad.

Medida	Edad	Sexo		F
		Hombre	Mujer	
Preocupación por la apariencia física	11 – 13	2.1 (.54)	2.5 (.44)	3.175*
	14	2.1 (.55)	2.6 (.40)	
	15 – 17	2.1 (.52)	2.5 (.43)	
Evaluación de la apariencia	11 – 13	2.1 (.70)	1.8 (.70)	6.060*
	14	2 (.70)	1.7 (.71)	
	15 – 17	2.1 (.70)	1.6 (.74)	
Preocupación por el sobrepeso	11 – 13	1.5 (.70)	1.7 (.70)	22.300*
	14	1.4 (.65)	1.9 (.76)	
	15 – 17	1.4 (.65)	2 (.80)	
Satisfacción corporal	11 – 13	3.8 (.70)	3.5 (.74)	5.230*
	14	3.7 (.73)	3.4 (.70)	
	15 – 17	3.67 (.77)	3.2 (.73)	
Despreocupación por la apariencia	11 – 13	3 (.85)	2.8 (.83)	7.276*
	14	3.1 (.81)	2.7 (.80)	
	15 – 17	3.1 (.80)	2.7 (.80)	

*Significativo para una $p < .05$

Finalmente y, puesto que contábamos con variables como el IMC y la edad, calculamos un análisis de correlación de Pearson con objeto de ver si existe algún tipo de relación entre ambas variables consideradas y las diferentes subescalas de las estructuras obtenidas. Separamos a la muestra en función del sexo. Los resultados nos indicaron que, con relación a las chicas y, teniendo en cuenta la edad, a mayor edad, mayor es el IMC, evalúan peor su apariencia física, están más preocupadas por esa apariencia física, están más preocupadas por el sobrepeso y mejor lo clasifican. En cuanto al IMC, los resultados mostraron que, a mayor IMC, peor evalúan su apariencia física, menos satisfechas están con su cuerpo, más se preocupan por el sobrepeso y mejor lo clasifica. Las correlaciones fueron más elevadas entre el IMC y las subescalas del MBSRQ-AS, que entre éstas y la edad. Ver tabla 11.

Tabla 11: Correlaciones entre IMC, edad y subescalas del MBSRQ-AS de estructura femenina.

	Evaluación apariciencia	Preocupación apariciencia	Satisfacción corporal	Preocupación sobrepeso	Auto clasificación peso
Edad	-.166**	.049*	-.194**	.174**	.09**
IMC	-.415**	.008	-.246**	.356**	.632**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

En cuanto a los chicos, los resultados nos indicaron que, con relación a la edad, a más edad, mayor es el IMC y peor satisfacción corporal muestran; mientras que considerando el IMC, a mayor IMC, peor satisfacción corporal, menor preocupación por la apariciencia física pero se muestran más preocupados por el sobrepeso. Las correlaciones entre las subescalas ordenadas de mayor a menor fueron: a mayor satisfacción corporal, mayor preocupación por la apariciencia; a mayor preocupación por la apariciencia, menor preocupación por el sobrepeso; a mayor preocupación por el sobrepeso, menor satisfacción corporal, a mayor satisfacción corporal, más despreocupación por la apariciencia y mejor evalúan esa apariciencia. Ver tabla 12.

Tabla 12: Correlaciones entre IMC, edad y subescalas del MBSRQ-AS de estructura masculina.

	Evaluación apariciencia	Satisfacción corporal	Preocupación apariciencia	Preocupación sobrepeso	Despreocupación apariciencia
Edad	.013	-.068**	.028	-.038	-.002
IMC	-.019	-.260**	-.312**	.539**	.016

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

5.3. PERCENTILES

También se realizó la conversión a percentiles de la puntuación en las subescalas del MBSRQ-AS, tanto para la muestra total como para chicos y chicas y, también, en función de los grupos de edad:

Tabla 13: Percentiles para las subescalas de la muestra masculina

	Evaluación apariencia	Satisfacción corporal	Preocupación apariencia	Preocupación sobrepeso	Despreocupación apariencia
100	4.33	5	3	5	5
99	4.33	5	3	4.4	5
98	4.28	5	2.92	4	5
97	4.22	5	2.83	3.8	5
96	4.11	4.88	2.83	3.8	4.5
95	4.11	4.88	2.66	3.6	4.5
90	3.88	4.66	2.5	3.2	4
85	3.66	4.55	2.33	3	4
80	3.55	4.33	2.16	2.8	3.5
75	3.44	4.22	2	2.6	3.5
70	3.33	4.11	1.83	2.6	3.5
65	3.11	4	1.83	2.4	3.5
60	3.11	4	1.66	2.4	3
55	3	3.88	1.66	2.2	3
50	2.88	3.77	1.5	2.2	3
45	2.77	3.66	1.5	2	3
40	2.66	3.55	1.33	2	3
35	2.55	3.44	1.33	2	2.5
30	2.44	3.33	1.16	1.8	2.5
25	2.33	3.22	1	1.8	2.5
20	2.22	3.11	.83	1.8	2
15	2.11	3	.66	1.8	2
10	1.88	2.77	.50	1.6	2
5	1.55	2.44	.166	1.4	1.5

Tabla 14: Percentiles para las subescalas de la muestra femenina

	Evaluación apariciencia	Preocupación apariciencia	Satisfacción corporal	Preocupación sobrepeso	Autoclasificación peso
100	4	3.8	5	5	5
99	3.75	3.8	4.85	4.75	5
98	3.58	3.8	4.71	4.5	5
97	3.5	3.8	4.71	4.25	4.5
96	3.5	3.7	4.57	4.25	4
95	3.41	3.7	4.57	4.25	4
90	3.16	3.6	4.28	3.75	4
85	3	3.5	4.14	3.5	4
80	2.83	3.4	4	3.25	3.5
75	2.75	3.3	4	3	3.5
70	2.66	3.2	3.85	3	3
65	2.5	3.1	3.71	2.75	3
60	2.41	3.1	3.71	2.75	3
55	2.33	3	3.57	2.5	3
50	2.25	2.9	3.42	2.25	3
45	2.16	2.8	3.42	2.25	3
40	2.08	2.7	3.28	2	3
35	2	2.6	3.14	2	3
30	1.83	2.5	3	1.75	3
25	1.75	2.5	3	1.75	3
20	1.58	2.3	2.85	1.5	3
15	1.41	2.2	2.71	1.5	2.5
10	1.16	2	2.57	1.25	2.5
5	.83	1.7	2.28	1	2

5.4. CONCLUSIONES

Puesto que hemos obtenido estructuras diferentes en función del sexo, nos centraremos en comentar cada una de ellas, dejando a un lado la estructura para la muestra total para la que, además, hemos obtenido unos índices de fiabilidad de moderados a bajos.

En este sentido hemos de señalar que, el constructo de la imagen corporal tal y como se evalúa a través de este instrumento, está compuesto por, prácticamente, las mismas variables en hombres y mujeres de la Comunidad Valenciana, por lo que podríamos decir que, en este aspecto, chicas y chicos más que diferenciarse, se parecen bastante.

Asimismo, indicaremos que para ambos sexos se obtiene una estructura compuesta por 5 factores, al igual que en la estructura original, que explican algo más de la mitad del porcentaje de la varianza.

En el caso de la estructura femenina, tuvimos que eliminar el ítem 11 “Utilizo pocos productos de belleza”, porque no cargó en ninguno de los factores. Se trata de una estructura bastante similar a la original en la composición de sus variables. No obstante, encontramos algunas diferencias. Concretamente, estas diferencias las encontramos en los tres primeros factores. El factor 1 “Evaluación de la apariencia física y zonas corporales” se trata de una combinación de los factores 1 (Evaluación de la apariencia física) y 3 (Satisfacción de zonas corporales) de la estructura original. Parece ser que en nuestra muestra femenina la apariencia física no se refiere únicamente a conductas de cuidado de la imagen, sino también a las diferentes zonas del cuerpo. El factor que nosotros hemos denominado “Preocupación de la apariencia física”, se corresponde al que los autores de la escala denominan “Orientación de la apariencia”, se trata de un factor prácticamente igual al original pero con la diferencia de que, en nuestro caso, el ítem 11 tuvimos que eliminarlo y el ítem 16 “No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física” que, en nuestra estructura formó parte del factor “Satisfacción de zonas corporales”. Factor éste último que está compuesto por ítems que comparte con el de Evaluación de la apariencia tal y como ya hemos señalado. Hemos preferido dejarlos como variables compartidas más que como exclusivas de un solo factor dada la estrecha relación que puede existir entre la evaluación de la apariencia y la satisfacción corporal. Por último, indicar que los dos últimos factores (Preocupación por el sobrepeso y Autoclasificación del peso) son idénticos a los factores del mismo nombre de la estructura original.

En cuanto a la estructura masculina, tuvimos que eliminar, en este caso, los ítems 8 “Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas” y 15 “Me gusta cómo me queda la ropa” porque tampoco cargaron en ninguno de los factores. Volvemos a obtener una estructura con 5 factores pero con bastantes más diferencias de la original que la obtenida con la muestra femenina. De entrada, el factor “Orientación de la apariencia” de la escala original, en el caso de los chicos se

divide en dos que nosotros hemos denominado “Preocupación por la apariencia física” y el opuesto “Despreocupación de la apariencia física”, compuesto éste último por los ítems inversos, a excepción del 14, del factor original. En nuestro caso se muestran como factores independientes y más específicos. Por otra parte, desaparece el factor original “Autoclasificación del peso”, factor que forma uno sólo junto al de “Preocupación por el sobrepeso”. Esto podría estar indicando que para los chicos de nuestra muestra resulta importante el peso en sí y no tanto el situarlo dentro de un continuo que lo clasifique como más o menos alto / bajo peso. Finalmente, el único factor que es exactamente igual al original es el de “Satisfacción con las zonas corporales”, compuesto por los mismos ítems exclusivos de este factor, al no compartir ninguno de ellos con otros factores con los que pueda guardar relación.

Respecto a la fiabilidad de las estructuras, si consideramos el índice para toda la escala, comprobamos que es la estructura masculina la que obtiene valores más altos. Si nos centramos en las diferentes subescalas, ambas estructuras obtienen valores muy similares, aunque tienden a ser inferiores los obtenidos con la estructura masculina. Resulta llamativo el hecho de que, en ambas estructuras, la subescala “Preocupación por la apariencia física” obtiene un índice de fiabilidad bastante bajo (.54 en las chicas y -.1 en los chicos) siendo, incluso, en las chicas un índice de fiabilidad nulo.

Por otra parte y con relación a las diferencias en las subescalas en función del sexo, hemos podido comprobar que, tal y como indica la literatura (Cash y Green, 1986; Klesges, 1983; Levine, Smolak, y Hayden, 1994), las mujeres presentan valores más negativos respecto a las diferentes dimensiones de la imagen corporal que se avalúan a través del MBSRQ-AS, con relación a los hombres. Según nuestros resultados, las mujeres de nuestra muestra están más preocupadas la apariencia física, más preocupadas por tener sobrepeso y menos satisfechas con su cuerpo que los hombres.

Finalmente, respecto a las diferencias en función de la edad hemos preferido analizarlas por separado para chicos y chicas puesto que las estructuras que hemos obtenido eran diferentes en función del sexo y, además porque, la estructura obtenida para la muestra total ha resultado tener unos índices de fiabilidad de moderados a bajos. En este sentido, hemos podido comprobar que los chicos únicamente presentan diferencias en la subescala “Satisfacción con las zonas corporales”, siendo los chicos de más edad (15 – 17 años) los que más satisfechos se encuentran con su cuerpo. En el caso de las chicas observamos el efecto

contrario pero en todas las variables, excepto en la de “Preocupación por la apariencia”, esto es, son las chicas de más edad (15 – 17 años) las que peor puntuación obtiene en todas las medidas menos en la indicada, donde no hay diferencias en función de la edad. En este sentido comprobamos que, las adolescentes de entre 15 y 17 años de la Comunidad Valenciana se encuentran menos satisfechas con su cuerpo y evalúan peor su apariencia física, están más preocupadas por tener sobrepeso, por lo que están muy pendientes de éste, logrando clasificarlo (alto, medio, bajo) de manera más exacta. Por otra parte, independientemente de la edad, todas las chicas se preocupan por igual por su apariencia física. Estos mismos resultados se nos confirman cuando calculamos la correlación entre las subescalas del MBSRQ-AS y el IMC y la edad. Con estos datos hemos observado que, en el caso de las chicas, a mayor edad, mayor es el IMC, evalúan peor su apariencia física, están más preocupadas por esa apariencia física, están más preocupadas por el sobrepeso y mejor lo clasifican. Sin embargo, en los chicos, que observábamos previamente que los más mayores se encontraban más satisfechos con su cuerpo que los más jóvenes, al analizar las correlaciones comprobamos que, a mayor edad, mayor es el IMC, menos satisfechos se sienten con su cuerpo, más preocupados están por tener sobrepeso, pero sin embargo, se muestran menos preocupados por su apariencia física.

IV. CONCLUSIONES GENERALES

Este trabajo ha tenido como objetivo general el desarrollar un taller de prevención de los TCA, centrado en la influencia que pueden ejercer los medios de comunicación, y de forma más concreta la publicidad, en el desarrollo de estos trastornos, al estar considerados como uno de los posibles factores precipitantes y mantenedores de estas alteraciones (Ballester, De Gracia, Patino, Suñol, Ferrer, 2002; Calvo, 2002; Toro y Vilardell, 1987). En este trabajo se ha estudiado la eficacia de este taller, y también se han aportado datos sobre las creencias y actitudes que mantienen los adolescentes respecto al cuerpo, el peso, la comida, la propia imagen corporal y la influencia de los factores socio-culturales en el desarrollo de un modelo estético corporal concreto. A lo largo del trabajo hemos ido desgranando los resultados de cada parte específica del estudio, junto con las conclusiones relacionadas con tales resultados. Para concluir, nos gustaría destacar algunas conclusiones generales de este estudio.

En primer lugar, hemos aplicado diversos instrumentos de evaluación a una muestra amplia compuesta, en su totalidad, por 8647 participantes, procedentes de varios colegios de las provincias de Valencia y Castellón. En concreto, los instrumentos aplicados han sido: el ASI, el CIMEC, el MBSRQ-AS, el EAT-40 y el EAT-26. Los resultados obtenidos han indicado que estos instrumentos tienen bondad psicométrica para ser utilizados en muestras de adolescentes españoles. Los datos de fiabilidad y validez también avalan su uso. Las estructuras factoriales encontradas, en general, han mostrado pocas diferencias con los datos de los estudios originales. Además, en este trabajo hemos ofrecido datos normativos que pueden ser útiles para la evaluación de esta población.

En segundo lugar, los resultados han indicado que las adolescentes femeninas obtienen puntuaciones más elevadas que los varones en todos estos instrumentos. Es decir las chicas tienen creencias más críticas y exigentes respecto a su imagen corporal y una mayor tendencia a presentar conductas de ingesta más restrictivas. Estos datos están en la línea de todos los estudios anteriores que de manera unánime señalan que la población femenina tiene un mayor riesgo de desarrollar TCA (Hoek, 2003; Peláez, Labrador y Raich, 2005; Toro et al. 1989).

Los datos de este trabajo también indican que la edad juega un papel importante, pero diferente en función del sexo. Mientras que las chicas, cuando alcanzan los 15-16 años, incrementan las conductas consideradas como de riesgo para los TCA, los chicos parece que a medida que se van haciendo mayores “disminuyen” la rigidez de sus creencias sobre la apariencia. Creemos que estos datos son muy relevantes, ya que indican la necesidad de tener en cuenta de manera conjunta tanto la edad como el sexo, para estudiar la vulnerabilidad a padecer TCA.

En cuanto al IMC, nuestros datos también son consistentes con otros trabajos (Géller, Srikameswaran, Cockell y Zaitsoff, 2000; Sánchez-Carracedo, y Saldaña, 1998), encontrando que conforme más alto es el IMC de las participantes, hay más conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, peor evaluación de la apariencia y menor satisfacción corporal. Además, a mayor IMC también encontramos una mayor influencia de los agentes sociales de cara a la elaboración del propio modelo de belleza.

Por otro lado, hemos encontrado diferencias significativas en el grupo de lista de espera al año de seguimiento. Es decir, parece que estas creencias disfuncionales sobre la apariencia, el cuerpo y la comida tienden a aumentar conforme pasa el tiempo. Afortunadamente, este aumento de la influencia del modelo estético y los esquemas sobre la apariencia no va en paralelo con incrementos en otros correlatos a nivel comportamental, evaluadas a través del EAT-40, al menos en los chicos y en las chicas más jóvenes. Sin embargo, esto no ocurre por desgracia con las chicas de más edad. Nuevamente nos volvemos a encontrar con que el sexo y la edad son variables que interactúan entre sí, y las chicas de 15-16 años son las que más incrementan sus puntuaciones tras estar un año en lista de espera. Todo ello nos lleva a concluir que este sector de población es especialmente vulnerable a los factores de riesgo a padecer un TCA, por lo que es completamente necesario realizar programas de prevención que amortigüen esta vulnerabilidad.

Por lo que respecta al que se podría considerar el objetivo más importante de este trabajo, la posibilidad de prevenir sobre los TCA, nuestros datos nos permiten afirmar que la prevención no sólo es necesaria, sino que es posible. Incluso cuando el programa incluía una única sesión, dirigida a fomentar el espíritu crítico respecto de los medios de comunicación y de la publicidad, los resultados indican que tal intervención tiene efectos positivos en la población adolescente, logrando disminuir de modo significativo sus puntuaciones en los cuestionarios utilizados. Es decir, incluso una intervención bastante sencilla y simple, logra cambiar las actitudes, comportamientos y creencias relacionados con la apariencia, el peso y la comida. Por desgracia, en la primera fase de nuestro trabajo no pudimos contar con medidas del grupo control pasado una semana, que nos permitieran afirmar con mayor fuerza que estos cambios pudieran ser atribuidos al taller. Como ya hemos indicado en otro lugar, ésta es una limitación importante de este trabajo. En cualquier caso, creemos que los datos permiten afirmar al menos la utilidad de esta intervención, especialmente cuando se tiene en cuenta la edad y la “vulnerabilidad” de los participantes. El taller consigue cambios mayores en las puntuaciones del sector más joven de la población estudiada, y también de la población que partía de puntuaciones más elevadas en los instrumentos, es decir, de la población que se situaría en zona de “riesgo” y sería más vulnerable. Además, estos cambios se mantuvieron los 6 meses después de realizado el taller. Aunque la mortalidad de la muestra fue muy elevada en el periodo de seguimiento, creemos que los resultados nos permiten ser moderadamente optimistas sobre la eficacia de la intervención.

Tras estos primeros y prometedores resultados, nos planteamos hacer un taller dirigido más específicamente a la población “diana” más vulnerable: chicas con puntuaciones elevadas en los cuestionarios. Además, introducimos cambios en el taller, para que fuera más participativo e incluyera contenidos más concretos a lo largo de dos sesiones (de una hora de duración cada una, con una frecuencia semanal).

Los resultados obtenidos con este segundo taller también fueron muy positivos. En general, se obtuvieron cambios en todas las puntuaciones medidas. Es decir, las participantes mostraron un cambio en cuanto a las actitudes, comportamientos y creencias relacionados con el peso, la comida y la imagen corporal, disminuyendo también la influencia de los agentes sociales como la publicidad, los modelos, etc., a la hora de definir su modelo corporal estético. Además, parece que las chicas más vulnerables fueron las que más se beneficiaron del taller. En este sentido, se encontraron cambios más importantes en las chicas del grupo de más edad (15 – 16 años) y en las que tenían puntuaciones más elevadas en el EAT-26. Estos cambios se mantuvieron pasados 6 meses de la realización del taller.

En esta ocasión, sí que contamos con datos del grupo control, y pudimos observar que cuando no se interviene el resultado es justo el inverso: las puntuaciones tienden a aumentar.

Obviamente, también este segundo estudio cuenta con limitaciones, pero creemos que nos permite afirmar aún con más fuerza la viabilidad de la prevención en población de riesgo de padecer TCA.

Quizá, la labor que hemos desarrollado a lo largo de este trabajo no sea lo suficientemente ambiciosa como para poder hablar de intervención preventiva. Lo que sí es evidente es que, a pesar de todas las limitaciones que se le pueden señalar, los dos talleres realizados han provocado cambios en los participantes que lo han recibido, cambios observados tanto a nivel comportamental, como en cuanto a actitudes y creencias. Que además estos cambios son especialmente importantes en las chicas adolescentes, quienes constituyen población de riesgo en mayor medida que los chicos, debido a los cambios físicos y emocionales asociados a esa etapa (Fairburn et al, 1997, 1999; Toro y Vilardell, 1987). No obstante, no podemos

“olvidarnos” de los chicos y destacar esta necesidad preventiva para ambos sexos. De acuerdo con los datos estadísticos, 1 de cada 10 casos de estos trastornos es un varón (Andersen, 1995); asimismo, diversos estudios muestran que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen (Olivardia, Pope y Hudson, 2000; Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Philips, 1997). Aunque se conoce poco acerca de la imagen corporal de los varones y su impacto sobre las prácticas de dietas y ejercicio físico (Drewnowski, Kurth y Krahn, 1995), sin embargo, los adolescentes y adultos jóvenes también parecen estar tomando medidas drásticas hacia sus cuerpos, y el mismo sistema social y económico que ha minado la experiencia corporal de las mujeres, se está mostrando igualmente capaz de hacerlo con los hombres (Maine, 2000). En este sentido podríamos afirmar que las expectativas culturales actuales estarían contribuyendo a los trastornos de la imagen corporal, y en consecuencia a los TCA, en ambos sexos (Pope, Olivardia y Borowiecki, 1999). Hasta hace unos años, la presión por el físico, y más en concreto por la delgadez, recaía fundamentalmente sobre las mujeres, pero es evidente que, a día de hoy, existe un modelo de belleza masculino claramente definido. Existen estudios que demuestran que, así como las mujeres quieren estar más delgadas, los varones quieren ser más musculosos (Cohane y Pope, 2001). El descontento de los hombres con las medidas del tórax y el tono muscular se han incrementado notablemente en las tres últimas décadas (Cash, 2002). Todo ello pone de manifiesto que el riesgo de sufrir alteraciones de la imagen corporal en los chicos y, como consecuencia, de la conducta alimentaria, es una realidad y que, por tanto, también requieren de intervención preventiva a nivel primario.

Debido, pues, a estos resultados y los encontrados a lo largo de toda la literatura (Austin et al, 2005; McVey, Davis et al., 2004; Elliot et al., 2004; O’Dea y Abraham, 2000; Santonastaso et al., 1999), insistimos en la importancia de invertir recursos para hacer prevención primaria y desarrollar programas con contenidos orientados tanto a chicos como a chicas. Asimismo, indicar que para conseguir que los cambios se mantengan a lo largo del tiempo, probablemente sea necesario realizar “talleres recordatorio” y seguimientos que afiancen los cambios logrados con la intervención inicial.

Y es que, tras realizar este trabajo la “sensación” general que queda es que prevenir es una labor muy difícil y compleja. En el marco teórico, después de revisar la multitud de trabajos de prevención realizados, resulta sorprendente el

hecho de que, en muy pocas ocasiones, se obtienen datos satisfactorios que confirmen la eficacia del taller puesto a prueba. Todo esto pone en evidencia el hecho de que, prevenir en TCA no consiste en una actividad aislada y puntual en el tiempo, sino que para lograr una adecuada prevención y conseguir realmente reducir la incidencia de los TCA, es necesario intervenir a lo largo del tiempo y desde muy temprana edad. Una adecuada labor preventiva habría que enfocarla desde el marco de la educación para la salud, puesto que no se trata de un problema que implique, únicamente, un comportamiento inadecuado frente a la alimentación, esto, más bien, sería la consecuencia de un problema mucho más amplio y general que afectaría a valores y principios que rigen nuestro funcionamiento.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (2001) *Eating Disorders. The facts*. 5th edition. New York: Oxford University Press.

Albee, G. W. y Gullotta, T. P. (1986). Facts and fallacies about primary prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 207 – 218.

Álvarez, P. Personalidad y bulimia nerviosa. (1997). En V. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación: anorexia nervios, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.

Álvarez, G.L.; Vázquez, R.; Mancilla, J.M.; Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (1): 47 – 56.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Washington, DC. APA. Traducción española en Barcelona. Masson, 1988.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*. Washington, DC. APA. Traducción española en Barcelona. Masson, 1995.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR*. Washington, DC. APA.

American Psychiatric Association. (2000). Work Group on Eating Disorders. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (1 Suppl): 1 – 39.

Andersen, A.E. (1995). Eating disorders in males. En: KD Brownell, CG Fairburn (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guildford Press: 177 – 182.

Atkins, D. M., Silbre, T. H. (1993). Clinical spectrum of anorexia nervosa in children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14: 211 – 216

Austin, S.B., Field, A.E., Wiecha, J., Peterson, K.E., Gortmaker, S.L. (2005). The impact of a school-based obesity prevention trial on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 159:225–30

Ballester F.Df, De Gracia, B.M., Patino, M.J, Suñol, G.C, Ferrer, A.M. (2002). Eating attitudes and body satisfaction in adolescents: a prevalence study. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 30: 207-12.

Beaumont, P.J.V. (1995). The clinical presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. En K.D. Brownell y C.G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.

Beaumont, P.J.V., Abraham, S.F., Argall, W.J., George, G.C.W., y Glaun, D.E. (1978). The onset of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12: 145 – 149.

Becker, C.B., Smith, L., Ciao, A.C. (2005). Reducing eating disorder risk factors in sorority members: a randomized trial. *Behaviour Therapy*, 36:245–54

Becker, C.B., Ciao, A.C. y Smith, L. (2008). Moving from efficacy to effectiveness in eating disorders prevention: The sorority body image program. *Cognitive and Behavioural Practice*, 15: 18-27.

Braun, D. L., Sunday, R. y Haimik, A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24: 859 – 867.

Brown, T. A., Cash T. F., Mikulka P.J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55:135–144.

Brownell, K.D. (1997). *The LEARN program for weight control*. Dallas, TX: American Publishing Company.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.

Bruning-Brown, J.B., Winzelberg, A.J., Abascal, L.B., Taylor, C.B. (2004). An evaluation of an internet delivered eating disorder prevention program for adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 35:290–96

Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Gnam, G., Buddeberg, C. (1998). Prevention of disturbed eating behaviour: a prospective intervention study in 14- to 19-year-old Swiss students. *Acta Psychiatrica. Scandinavica* 98:146–55

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J.L. y Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 704-707.

Bullik, C.M.; Sullivan, P.F.; Neale, M. y Kendler, K.S. (1998). Heritability of binge eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44; 1210 – 1218.

Butters, J.W., Cash, T. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55:889–97

Calvo, R. (2002). Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Editorial Planeta, S. A., p. 13 y p. 361.

Carbajo, G., Canals, J, Fernández, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16 (4): 21 – 26.

Carroll, B. y Leon, G. (1981). The bulimic-vomiting disorder within a generalized substance abuse pattern. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Toronto, Canadá.

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: 167 – 172.

Casasús, P. y Casasús, P. (2002). Intervención psicosocial en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Estudios de Juventud*, 20 – 32.

Cash, T.F. (1991). Binge-eating and body images among the obese: A further evaluation. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6, 367-376.

Cash, T. F. (2002). A negative body image. En: Cash T. y Pruzinsky T. *Body image: a handbook of theory research, and clinical practice*. New York: Guilford Press: 269-276.

Cash, T. F., (2004). *Body-image assessments: Manuals and questionnaires*. Available from the author's website at www.body-images.com

Cash, T.F., & Roy, R.E. (1999). Pounds of flesh: Weight, gender, and body images. In J. Sobal & D. Maurer (Eds.), *Interpreting weight: The social management of fatness and thinness* (pp. 209-228). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

Cash, T.F., Ancis, J.R., & Strachan, M.D. (1997). Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. *Sex Roles*, 36, 433-447.

Cash, T.F. y Hrabosky J.I. (2004). Treatment of Body Image Disturbances. In Thompson, J.K. (eds.) *Handbook of eating disorders and obesity* pp. (515-541).

Cash, T. F. y Labarge, A. S. (1996). Development of the Appearance Schemas Inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20(1), 37-50.

Cash, T.F., Lewis, R.J. y Keeton, P. (1987). Development and validation of the Body-Image Automatic Thoughts Questionnaire: A measure of body-related cognitions. *Paper presented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, GA.*

Cahsel, M.L.; Cunnigham, D.; Landeros, C.; Cokley, K.O. y Muhammad, G. (2003). Sociocultural attitudes and symptoms of bulimia: Evaluating the SATAQ with diverse collage groups. *Journal of Counselling Psychology*,; 50, 287-296.

Castro, J. y Toro, J. (1989). Anorexia mental. Aproximación psicosocial. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 9: 37 – 42.

Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerá, E. (1991). The Eating Attitude Test: validation of the Spanish version. *Psychological Assessment*, 7: 175 – 190.

Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein, D., Springer, E. A., Dev, P. y Taylor, C. B. (2000). Reducting risk factors for Eating Disorders: Comparison of an Internet- and a Classroom-Delivered Psychoeducational Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4): 650 – 657.

Chase, A.K. (2001). *Eating disorder prevention: an intervention for at-risk college women*. Unpubl. dissert., Univ. Texas, Austin

Clarke, G.N.; Hawkins, W.; Murphy, M. y Sheeber, L. (1993). School-based program prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two stages. *Journal of Adolescent Research*, 8; 183 – 204.

Cohane, G.H. y Pope, H.G.Jr. (2001). Body image in boys: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*; 29: 373-379.

Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6: 485 – 494.

Cooper, P.; Wells, A. and Todd, G. (2004) A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43; 1 – 16.

Connors, M.E. (1996). Developmental vulnerabilities for eating disorders. In: Smolak L., Levine MP, Striegel-Moore R, eds. *The developmental psychopathology of eating disorders: implications for research, prevention and treatment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum: 285 – 310.

Crandall, C.S. (1988). Social contagion of binge eating. *Journal of personality and Social Psychology*, 55, 588-598.

Dalle Grave RD, De Luca L, Campello G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: a controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders*, 9:327– 37

De Azevedo, M. H. y Ferreira C. P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: a prevalence study. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 86: 432 – 436.

Dotti, A., & Lazzari, R. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders*, 3, 188-194.

Drewnowski, A.; Kurth, C.L. y Krahn, D.D. (1995). Effects of body image on dieting, exercise and anabolic steroid use in adolescent males. *International Journal of Eating Disorders*; 17: 381-386.

Dworkin, S.H., Kerr, B.A. (1987). Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of Counseling Psychology*, 34:136–40

Elliot, D.L., Goldberg, L., Moe, E.L., De Francesco, C.A., Durham, M.B., Hix-Small H. (2004). Preventing substance use and disordered eating: initial outcomes of the ATHENA (Athletes Targeting Healthy Exercise and Nutrition Alternatives) Program. *Archives of Pediatrics Medicine*, 158:1043–49

Eisler, I. y Szmukler, G.I. (1985). Social class as a confounding variable in the Eating Attitudes Test. *Journal of Psychiatric Research*, 19 (2/3): 171 – 176.

Fairburn Ch. (1995). La superación de los atracones de comida. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona.

Fairburn, C. G. y Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16: 363 – 370.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Dool, H.A.; Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives General of Psychiatry*, 56; 468 – 476.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Dool, H.A.; Norman, P. y O'Connor, M. (2000) The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives General of Psychiatry*, 57; 659 – 665.

Fairbur, C.G. y Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361; 407 – 416.

Fairburn, C.G.; Welch, S.L.; Doll, H.A.; Davies, B.A.; O'Connor, M.E. (1997) Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives General of Psychiatry*, 54; 509 – 517.

Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorder prevention intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 38:73–77

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

Folkam, S. y Lazarus, R. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

Foster, D. W. (1992). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and bulimia nervosa. En: Wilson JD, Foster DW (eds.). Williams: Textbook of endocrinology, 8th ed. Filadelfia. WB Saunders, 1335 – 1365.

Franko, D.L. (1998). Secondary prevention of eating disorders in college women at risk. *Eating Disorders*, 6:29–40

Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner-Mazel.

Garfinkel, P.E. y Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-five years later. *Eating and Weight Disorders*, 6; 1-24.

Garner, D. M. (1993). *Pathogenesis of anorexia nervosa*. *Lancet*, 341: 1631 – 1635.

Garner, D. M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. EDI-2*. Tea ediciones: Madrid.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitude Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 273 – 279.

Garner, D. M. y Olmsted, M. P. (1984). *Eating Disorder Inventory manual*. New Cork: Psychological Assessment Resources.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitude Test: Psychometrics features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12: 871 – 878.

Garner, D. M., Olmsted, M. P. y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2: 15 - 34.

Gascón, P. y Migallón, P. (2002). La Guía de la Anorexia. “Trastornos de la alimentación” pp. 355-46. Dirección General del INJUVE. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Murcia.

Geller, J.; Johnston, C.; Madsen, K.; Goldner, E.M.; Remick, R.A.; Birmingham, C.L. (1998). Shape and weight-based self-esteem and the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24; 285 – 298.

Géller, J., Srikameswaran, S., Cockell, S.J. y Zaitsoff, S.L. (2000). The assessment of shape and weight based sel-esteem in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 339-345.

Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y Anorexia nerviosa*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*, Cambridge: Basil Blackwell.

Gresko, R. B. y Rosenvinge, J. H. (2000). El modelo preventivo escolar noruego: Desarrollo y evaluación. Cap. 4 en *La prevención de los trastornos alimentarios*. Vandereycken y Noordenbos. Granica, S. A.

Groesz, L.M., Sticem E. (2006). An experimental test of the effects of dieting on bulimic symptoms: the impact of eating episode frequency. *Behavior Research Therapy*, 45:49–62

Gual, P. (1999). Epidemiología de la bulimia nerviosa en la población juvenil navarra. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 26 (4): 97.

Guerrero – Prado, D., Barjau, J. M., y Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29: 403 – 410.

Gual, P. (2000). *¿Anoréxica... yo? ¿anoréxica... mi hija?*. Descleè De Bronwer, Bilbao.

Habermas, T. (1992). Possible effects of the popular and medical recognition of bulimia. *British Journal of Medical Psychology*, 2: 57 – 63.

Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36: 18 – 25.

Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R. y Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archivos Generales de Psiquiatría*, 48: 712 – 718.

Hoek, H. W. (1993) Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5; 61 – 74.

Hoek, H. W. (2003). Review of the Prevalencie and Incidente of Eating Disorders. *Internacional Journal of Eating Disroders*, 34, 383 – 396.

Holland, A.J.; Hall, A.; Murray, R.; Russell, G.F. y Crisp, A. H. (1984). Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *The British Journal of Psychiatry*, 145: 414-419.

Instituto Nacional de la Salud. (1995). *Protocolo de los trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: INSALUD. Secretaría General.

Jerome LW. (1991). *Primary intervention for bulimia: the evaluation of a media presentation for an adolescent population*. Unpublish dissert., Kent, OH: Kent State Univ.

Johnson, C. (1985). Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa. In D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 19 – 51). New York: Guilford Press.

Johnson, C. y Larson, R. (1982). Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44: 341 – 350.

Johnson, C. y Wonderlich, S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. En J. H. Crowther, D. L. Tannenbaum, S. E. Hobfoll y M. A. D. Atephens (Eds.): *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familiar context*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Kaminski, P.L., McNamara, K. (1996). A treatment for college women at risk for bulimia: a controlled evaluation. *Journal of Counselling Development*, 74:288–94

Kalucy, R. S.; Crips, A. H. y Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 50: 381 – 395.

Kater KJ, Rohwer J, Londre K. (2002). Evaluation of an upper elementary school program to prevent body image, eating, and weight concerns. *Journal of School Psychology*, 72:199–204

Kendler, K. S.; MacLean, C.; Neale, M.; Kessler, R.; Heath, A. y Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1627 – 1637.

Killen, J.; Barr, C.; Hammer, L.; Litt, I.; Wilson, D.; Rich, T.; Hayward, C.; Simmonds, B.; Kraemer, H. y Varady, A. (1993). An attempt to modify unhealthful

eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13: 369 – 385.

Killen, J., Taylor, C., Hammer, L., Litt, I., Wilson, D., Rich, T., Hayward, C., Simmonds, B., Kraemer, H. y Varady, A. (1993). An attempt to modify unhealthy eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 13: 369 – 384.

Kipman A, Gorwood P, Mouren-Simeoni MC, Ades J. (1999). Genetic factors in anorexia nervosa. *European Psychiatry*; 14: 189-98.

Kirszman, D. y Salgueiro, M.C. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA ediciones.

Klump, K.; McGue, M. y Iacono, W.G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of abnormal Psychology*, 109; 239 – 251.

Kortegaard, L.S.; Hoerder, K.; Joergensen, J.; Gillberg, C. y Kyvik, K.O. (2001). A preliminary population-based twin study of self reported eating disorder. *Psychological Medicine*, 31; 361 – 365.

Lane, H.; Lane, M. y Matheson, H. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test among exercisers. *Journal of Sports Science and Medicine*, 3: 244 – 253.

Larimer, M.E. y Cronce, J.M. (2002). Identification, prevention and treatment: A review of individual focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of studies on Alcohol*, 14; 148 – 163.

Lázaro, L. (1999). Epidemiología y factores socioculturales. Trastornos del comportamiento alimentario. *Jano*; LVI (1298): 49 – 55.

Lechuga, J. L., Caro, F. J. y Guerra, M. T. (2000). Etiología, patogenia y epidemiología. Trastornos del comportamiento alimentario en el niño. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.

Levine, M. y Hill, L. (1991). *A 5 day lesson plan on eating disorders*, Columbus (Ohio): National Anorexic Aid Society.

Low, K.G., Charanasomboon, S., Lesser, J., Reinhalter, K., Martin, R., Jones, H., Winzelberg, A., Abascal, L., Taylor, C.B. (2006). Effectiveness of a computer-based interactive eating disorder prevention program at long-term follow-up. *Eating Disorders*, 14:17–30

Lucas, A. R.; Beard, C. M.; O'Fallon, W. M. y Kurland, L. T.(1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: A population based study. *American Journal of Psychiatry*, 148 (7): 917 – 922.

Maganto, C., Río, A. y Roiz, O. (2002). Programa preventivo sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación. Publicaciones de Psicología Aplicada. Intervención psicopedagógica número 15. TEA Ediciones, S.A. Madrid.

Maine, M. Men. (2000). En Maine, M. *Body Wards*. Carlsbad, C.A: Gürze Books; 277-290.

Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A., Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16: 215 – 25.

Martz, D., Bazzini, D. (1999). Eating disorders prevention programming may be failing: evaluation of two one-shot programs. *Journal of College Student Development*, 40:32–42

Martin, M. C. y Kennedy, P. F. (1993). “Advertising and social comparison: Consequences for female preadolescents and adolescents”. *Psychology and Marketing*, 10: 513 – 530.

Martin, M. C. y Kennedy, P. F. (1994). Social comparison and the beauty of advertising models: The role of motives for comparison. *Advances in Consumer Research*, 21: 365 – 371.

Mateos-Parra, A y Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista electrónica de psicología*, 1(1). Psicología.com

Matussek JA, Wendt SJ, Wiseman CV. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 36:376–88

McCabe, MP, Ricciardelli, LA, Salmon, J. (2006). Evaluation of a prevention program to address body focus and negative affect among children. *Journal of Health Psychology*, 11:589–98

McVey GL, Davis R. (2002). A program to promote positive body image: a 1-year follow-up assessment. *Journal of Early Adolescence*, 22:96–108

McVey GL, Davis R, Tweed S, Shaw BF. (2004). An evaluation of a school-based program designed to promote positive body image and self-esteem: a replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 36:1–11.

McVey, G.L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrope, D., Blackmore, E. (2003). School-based peer support groups: a new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders Journal of Prevention*, 11:187–95

Melve, K. K. y Barheim, A. (1994). Signs of subclinical Eating disorders in teenage girls. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12: 197 – 203.

Mendelson, B. y White, D. (1993). Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 21: 90 – 96.

Mitchell, J.E., Pyle, R.L.; Eckert, E.D., Hatsukami, D. y Lentz, R. (1983). Electrolyte and other physiological abnormalities in patients with bulimia. *Psychological Medicine*, 13; 273 – 278.

Minuchin, S., Rosean, BL, Baker, L. (1978). Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press.

Morandé, G. (1990). Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En: Romero AI, Fernández A, ed. Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; p. 121 – 130.

Morandé, G. (1990). Trastornos de la adolescencia. En: Romero AI, Fernández A, ed. Salud Mental. Formación continuada en Atención Primaria. Madrid: IDEPSA; p. 183 – 192.

Morandé, G. (1999). La Anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar en las adolescentes. Madrid: ediciones Temas de Hoy.

Morandé, G. y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2 (3): 243 – 260.

Morandé, G, Celada, J. y Casas J.J. (1999). Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *Journal of Adolescence Health*, 24: 212 – 219.

Moreno, A. B. y Thelen, M. H. (1993). A primary prevention programme for Eating disorders in a junior high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 22: 109 – 124.

Moriarty, D., Shore, R. y Maxim, N. (1990). Evaluation of an eating disorder curriculum. *Evaluation and Programme Planning*, 13: 407 – 413.

Mutterperl, JA, Sanderson, CA. (2002). Mind over matter: internalization of the thinness norm as a moderator of responsiveness to norm misperception education in college women. *Health Psychology*, 21:519–23

Nebel, MA. (1995). *Prevention of disordered eating among college women: a clinical intervention*. Unpublish dissert., Universidad de Arizona, Tucson.

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

Nicolino, JC, Martz, DM, Curtin, L. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioral therapy intervention to improve body image and decrease dieting in college women. *Eating Behaviour*, 2:353–62

Nielsen S, Moller-Madsen S, Isager T, Jorgensen J, Pagsberg K, Theander S. (1998). Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44: 413 - 34.

Nowlin, N. S. (1983). Anorexia nervosa in twins: case report and review. *Journal of clinical psychiatry*, 44: 101 – 105.

Nunes, M.A.; Camey, S.; Olinto, M.T.A. y Mari, J.J. (2005). The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38; 1655 – 1662.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Forma.

O'Brien, E. y Epstein, S. (1988). *The Multidimensional Self-Steem Inventory*. New York: Psychological Assessment Resources.

O'Dea, JA, Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: a new educational approach that focuses on selfesteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28:43–57

Olivardia, R.; Pope, H.G. y Hudson, J.I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case control study. *American Journal of Psychiatry*; 157: 1291-1296.

Outwater, AD. (1990). *An intervention project to improve body image and self-esteem in 6th grade boys and girls as a potential prevention against eating disorders*. Unpubl. dissert., Union Inst., Cincinnati, OH

Palmer, R. L. y Oppenheimer, R. (1992). Childhood experiences with adults: A comparison of women with eating disorders and those with other diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 12: 359 – 364.

- Paredes, M. A. (2005). La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. *Nurse Investigación*, nº17.
- Patton, G.C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A.H., and Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study-outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.
- Paxton, S. J. (1993). A prevention programme for disturbed Eating and body dissatisfaction in adolescent girls: A one year follow-up. *Health Education Research*, 8: 43 – 51.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(2): 135 – 148.
- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and adult scholastic populations in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 681 – 690.
- Perpiñá, C. (1996). Trastornos Alimentarios. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología, Volumen 1*. Madrid: McGraw-Hill.
- Perpiñá, C. (1999). *Trastornos alimentarios. Anorexia y Bulimia*. Madrid: UNED-FUE.
- Piers, E.V. (1969). *The Piers-Harris Children's Self Concept Scale*, Los Ángeles, California: Western Psychological Services.
- Piran, N. (1999). Eating disorders: A trial of prevention in a High Risk School Setting. *The Journal of Primary Prevention*, 20(1): 75 – 90.
- Polivy, J. y Herman P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53; 187 – 213.

Pomeroy, C.; Mitchell, J.E.; Roering, J. y Crow, S. (2002). Medical complications of psychiatric illness. Washington: American Psychiatric Publishing.

Pope, H.G.; Gruber, A.J.; Choi, P.; Olivardia, R. y Philips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia. An unrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38: 548-557.

Pope, H.G.; Olivardia, R.; Gruber, A.J. y Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*; 26: 65-72.

Presnell, K., Stice, E. (2003). An experimental test of the effect of weight-loss dieting on bulimic pathology: tipping the scales in a different direction. *Journal of Abnormal Psychology*, 112:166-70

Probst, M.; Vandereycken, W.; Van Coppenolle, H.; Vanderlinden, J. (1995). The Body Attitude Test for Patients with an Eating Disorder: Psychometric Characteristics of a New Questionnaire. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3, 133- 145.

Pyle, R. L., Mitchel, J. E. y Eckert, E. D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60 – 64.

Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, J.M., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Varna*, 18 (7): 305 – 315.

Raich, R.M., Sánchez, D. y López, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria. Ed. GRAÓ, Barcelona.

Richman, RD. (1993). *Primary prevention of eating disorders: a pilot program*. Unpubl. thesis, Simon Fraser Univ., Br. Columbia

Richman, RD. (1997). *Preventing eating disorders; promoting healthy attitudes and behaviors: a schoolbased program*. Unpubl.dissert, Simon Fraser Univ., Br. Columbia.

Rodríguez, T., Beato, L. y Belmonte, A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *European Psychiatry*, 20, 173 – 178.

Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., Sanjuán, L. y Vila, M. (2003). Epidemiology and Risk Factor of Eating Disorders: A two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Age 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 281-291.

Rojo, L., Ruiz, E., Hernández, R. y Vila, M. (2003). Guía práctica del Proyecto DITCA C.V. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

Rosen, J. C. (1989). Prevention of eating disorders. *National Anorexic Aid Society Newsletter*, 12: 1 – 3.

Rosen, J.C. (1990). Body image disturbance in Eating disorders. En T. F. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images. Development, deviance and change* (pp. 190-214). NewYork: Guilford Press.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ruiz - Lázaro, P. M. (1998). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 49: 435 – 436.

Ruiz - Lázaro, P. M, Alonso, J. P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C. y Calvo A. I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3: 19 – 22.

Ruiz - Lázaro, P. M. (1999). Trastornos alimentarios en varones. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3: 160 – 166.

Ruiz - Lázaro, P. M. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescente de Zaragoza (tesis doctoral). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Ruiz - Lázaro, P. M. (2000). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1: 18 - 31.

Ruiz - Lázaro, P. M. y Comet, P. (2000). Consideraciones metodológicas acerca de la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Medicina Clínica (Barc)*, 1: 18 - 31.

Ruiz - Lázaro, P. M. (2001). Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. 2ª ed. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Arbada.

Ruiz - Lázaro, P. M. (2002). Trastornos alimentarios y género: una visión feminista. En: *El rostro de la violencia*, Barcelona: Icaria Editorial; p. 155 - 191.

Ruiz - Lázaro, P. M. (2002). Bulimia y anorexia. Guía para familias. Zaragoza: Certeza.

Ruiz - Lázaro, P. M. (2002). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. Trabajo presentado en el Congreso Virtual de Psiquiatría - Interpsiquis; 1 - 28 Febrero.

Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an omnius variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 429 - 448.

Russell, J.; Halasz, G.; Beamont, P. J. (1990). Death related themes in anorexia nervosa: a practical exploration. *Journal of adolescence*, 13 (4): 311 - 326.

Sánchez-Planell, L. (1993). Trastornos de la alimentación. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat.

Sánchez-Carracedo, D. y Saldaña, C. (1998). Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal. *Psicothema*, 10 (2), 281-292.

Santonastoso P, Zanetti T, Ferrara S, Olivotto MC, Magnavita N, Savaro A. (1999). A preventive intervention program in adolescent school girls: a longitudinal study. *Psychotherapy Psychosomatic*, 68:46-50

Schepank, H. (1981). Anorexia nervosa: willingns kasuistic über ein seltenes krankheitsbild. En Heigl-Evers, A. y Schepank, H. (eds.): *Ursprunge Seelisch Bedingter Krankheiten*, Vol 2, Gottingen, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht.

Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-Starvation: From the Intrapsychic to the transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Chaucer-Human Context Books, Londres.

Selvini-Palazzoni, M.; Cirillo, S.; Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona: Paidós.

Sharp, C.W. y Freeman, C.P.L. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162; 452 - 462.

Sherwood NE, Neumark-Sztainer D. (2001). Internalization of the sociocultural ideal: weight related attitudes and dieting behaviors among young adolescent girls. *American Journal of Health Promotion*; 15, 4: 228-31.

Shepard, RE. (2001). *The body and soul program: evaluation of a peer educator-led eating disorder education and prevention program*. Unpubl. dissert., Univ. Oregon, Eugene.

Shisslak, C., Crago, M. y Neal, M. E. (1990). Prevention of Eating disorders among adolescents. *International Journal of Health Promotion*, 5: 100 - 106.

Shoebridge, P. Y Gowers, S.G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa. A case-control study to investigate direction of causality. *British Journal of Psychiatry*, 176; 132 - 137.

Slade, P. D. y Dewey, M. E. (1986). Development and preliminary validation on SCANS: A screening instrument for identifying individuals at risk of developing eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 517 – 538.

Slade, P. D., Dewey, M. E., Kiemle, G. y Newton, T. (1990). Update on SACNS: A screening instrument for identifying individuals at risk of developing eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9: 583 – 584.

Smolak, L., Levine, M. P. y Schermer, F. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44: 339 – 353.

Solano, N., Oliveros, L. y Moreno, J. M. (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: Educando en salud: así soy yo, así son ell@s. *Revista electrónica de Psiquiatría*, 6(2).

Soldado, M. (2006). Prevención primaria en trastornos de conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 4: 336 – 347.

Steiner- Adair, C.; Sjostrom, L; Franko D.L.; Pai S.; Tucker, R.; Becker, A.E.; Herzog D.B. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: learning from practice. *International Journal of Eating Disorder*, 32: 401-411.

Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159; 1284 – 1293.

Stewart, A. (2000). Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios, Cap. 5 en *La prevención de los trastornos alimentarios*. Vandereycken y Noordenbos. Granica, S. A.

Stewart, D.A., Carter, J.C., Drinkwater, J., Hainsworth, J., Fairburn, C.G. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: a controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29:107–18.

Stice, E.; Chase, A.; Storer, S. y Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247-262.

Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., Agras, W.S. (2000). Dissonance prevention program decreases thinideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27:206–17

Stice, E., Ragan, J. (2002). A controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention. *International Journal of Eating Disorders*. 31:159–71

Stice, E., Orjada, K., Tristan, J. (2006a). Trial of a psychoeducational eating disturbance intervention for college women: a replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 39:233–39

Stice, E., Rohde, P., Bohon, C., Heim, K. (2006b). *A Randomized Effectiveness Trial of a Dissonance- Based Eating Disorder Prevention Program*. In preparation

Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130 (2): 206 – 227.

Stice, E., Shaw, H., Burton, E., Wade, E. (2006c). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74:263–75

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

Stice, E., Trost, A., Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 33:10–21.

Strober, M.; Freeman, R.; Lampert, C.; Diamond, J. y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157; 393 – 401.

Sullivan, P.F.; Bulik, C.M.; Carter, F.A.; Gendall, K.A. y Joyce, P.R. (1996). The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 20; 253 – 261.

Taylor, C.B., Bryson, S., Luce, K.H., Cunnings, D., Celio, A., Abascal, L. B., Rockwell, R., Dev, P., Winzelberg, A. J., & Wilfley, D. E. (2006). Prevention of eating disorders in at-risk college-age women. *Archives of General Psychiatry* 63: 881–88.

Thomas-Serrano, P. Y Vallejo, J. (1997). Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En V. Turón (Ed.): *Trastornos de la alimentación: anorexia nervios, bulimia y obesidad*. Barcelona: Editorial Masson.

Toro, J. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Martínez Roca Editores SA Barcelona.

Toro J. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. En: Gutierrez JR, Rey F, editores. *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: Smithkline-Beecham.

Toro, J., Castro, J., García, M. y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62: 61 – 70.

Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in the anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Treasure, J. y Holland, A. (1989). Genetic vulnerability to eating disorders: evidence from twin and family studies. In: Remschmidt H., Schmidt M.H., eds. *Child and youth psychiatry: European perspectives*. New York: Hogrefe and Huber, 59 – 68.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la Alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad*. Masson.

Turón, V. (1997). Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En: TURÓN GIL, Vicente. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, p. 99–113.

Van den Broucke, S. y Vandereycken, W. (1986). Risk factors for the development of eating disorders in adolescent exchange students: an exploratory survey. *Journal of Adolescence.*, 9(2):145 - 50.

Vandereycken W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: implications for eating disorders and obesity. *Eating disorders. The Journal of Treatment and Prevencion*, 1: 7 - 16.

Vandereycken W., Castro, J. y Vanderlinden, W. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su génesis y tratamiento*. Ediciones Martínez-Roca. Barcelona.

Van Hoeken, D., Lucas, A. R., Hoeck, H. W. (1998). Epidemiology. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, ed. *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; p. 97 – 126.

Varnado-Sullivan, P.J., Zucker, N., Williamson, D.A., Reas, D., Thaw, J., Netemeyer, S.B. (2001). Development and implementation of the Body Logic Program for adolescents: a two-stage prevention program for eating disorders. *Cognitive Behaviour Practice*, 8:248–59

Velilla, J. M., Ruiz – Lázaro, P. y Labay, M. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria. Actitud del pediatra. Bases para su diagnóstico temprano. Necesidad de colaboración institucional. *Boletín Sociedad de Pediatría de Aragón, la Rioja y Soria*, 31 (3): 72 – 82.

Villena, J. y Castillo – Carballo, M. (1999). *Intervención preventiva de los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes. Programa “Tal como eres”*. Consellería de Sanitat. Dirección general de la salud pública, IVESP.

Wade, T.D.; Bulik, C.M.; Neale, M. y Kendler, K.S. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157: 469 – 471.

Wade, T.D., Davidson, S., O’Dea, J.A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33:371–83

Weiss, K.R., Wertheim, E.H. (2005). An evaluation of a primary prevention program for disordered eating in adolescent girls: examining responses of high- and low-risk girls. *Eating Disorders*, 13:143–56

Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. y Taylor, C. B. (2000). Effectiveness of an Internet – based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 346 – 350.

Winzelberg, A.J., Taylor, C.B., Sharpe, T., Eldredge, K,L,, Dev, P., Constantinou, P.S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24:339 – 49.

Wiseman CV, Sunday SR, Bortolotti F, Halmi KA. (2004). Primary prevention of eating disorders through attitudinal change: a two-country comparison. *Eating Disorders*, 12:241–50

Withers, G.F., Twigg, K., Wertheim, E.H., Paxton, S.J. (2002). A controlled evaluation of an eating disorders primary prevention videotape using the elaboration likelihood model of persuasion. *Journal of Psychosomatic Research*, 53:1021–27

Wolf-Bloom, M.S. (1998). *Using media literacy training to prevent body dissatisfaction and subsequent eating problems in early adolescent girls*. Unpubl.dissert., Univ. Cincinnati, OH

Zabinski, K.J., Calfas, K.J., Gehrman, C.A., Willey, D.E., Sallis, J.F. (2001). Effects of a physical activity intervention on body image in university seniors: ProjectGRAD. *Annals of Behavioural Medicine*, 23:247- 52

Zabinski, M., Wilfley, D., Calfas, K., Winzelberg, A. y Taylor, C. B. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 914-919.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52: 30 - 41.

VI. ANEXO

ANEXO I

E.A.T.-40: versión española (Castro,Toro,Salamero y Guimerá,1991)

Fecha nacimiento: Edad: Sexo: Curso:
Colegio:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de las comidas						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)						
11. Me siento lleno/a después de las comidas						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido						
14. Me siento muy culpable después de comer						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
17. Me peso varias veces al día						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19. Disfruto comiendo carne						
20. Me levanto pronto por las mañanas						
21. Cada día como los mismos alimentos						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada/o						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas						
27. Disfruto comiendo en restaurantes						
28. Tomo laxantes (purgantes)						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar						
30. Como alimentos de régimen						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida						
32. Me controlo en las comidas						
33. Noto que los demás me presionan para que coma						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incómoda/o después de comer dulces						
37. Me comprometo a hacer régimen						
38. Me gusta sentir el estómago vacío						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

**INVENTARIO DE ESQUEMAS DE APARIENCIA
ASI**

The Appearance Schemas Inventory (Cash y Grant, 1995).

Nombre:

Fecha nacimiento:

Edad:

Fecha:

Curso:

Sexo:

Evalúa las siguientes creencias según la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Muy en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo

1. Mi aspecto es una parte importante de lo que soy	
2. Lo que hay de malo en mi aspecto es una de las primeras cosas que la gente nota en mí	
3. La apariencia física externa es un signo del carácter de la persona que llevamos dentro	
4. Si pudiera tener el aspecto que deseo, mi vida sería mucho más feliz	
5. Si la gente supiera cómo es realmente mi aspecto, yo les gustaría menos	
6. Al controlar mi aspecto, yo puedo controlar muchos de los hechos sociales y emocionales de mi vida	
7. Mi aspecto es responsable de gran parte de lo que me ha ocurrido en la vida	
8. Debería hacer cualquier cosa a mi alcance para tener siempre el mejor aspecto posible	
9. Ir cumpliendo años me hará menos atractivo/a	
10. Para mujeres: Para ser femenina, una mujer ha de ser tan guapa como sea posible Para hombres: Para ser masculino, un hombre ha de ser tan apuesto como sea posible	
11. Los mensajes de los medios de comunicación en nuestra sociedad hacen imposible que yo esté satisfecha con mi aspecto	
12. La única forma en la que me podría gustar mi apariencia sería cambiando el aspecto que tengo	
13. La gente atractiva lo tiene todo	
14. La gente desaliñada lo tiene difícil para encontrar la felicidad	

CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL (CIMEC)

Fecha nacimiento:

Curso:

Sexo:

Edad:

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sientes acerca de su propio cuerpo. No hay pues respuestas "buenas" ni "malas". Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (x) las respuestas que consideres más adecuadas.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	Sí más de 2	Sí, 1 ó 2	No, ninguna
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nunca
11. ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
13. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	Sí, más de 2 veces	Sí, 1 ó 2 veces	No nunca
14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nunca
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
17. ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita", "redondita", o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	Sí, la mayoría	Sí, algunas	No, ninguna
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada

acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.			
20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	Sí, más de 3 tem.	Sí, 1 ó 2 temp	No nunca
23. ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
24. ¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?	Sí, 2 ó más	Sí, 1 persona	No, nadie
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje baño?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	Sí, más de 2	Sí, 1 ó 2	No, ninguna
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	Sí, más de 2	Sí, 1 ó 2	No, ninguna
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nunca
33. ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
34. ¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	Sí, seguro	Sí, probablemente	No, no lo creo
35. ¿Recuerdas frases imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	Sí, muchas veces	Sí, a veces	No, nunca
36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	Sí, la mayoría	Sí, algunas	No, ninguna
37. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con tejanos, bañador o ropa interior?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	Sí, casi siempre	Sí, a veces	No, me da igual
40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada

EAT – 26 (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel., 1982, 1983)

Nombre:

Fecha nacimiento:

Edad:

Fecha:

Curso:

Sexo:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuo no comer aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						

14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuro no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

**CUESTIONARIO DE INFLUENCIAS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL
(CIMEC-26) (Adaptación para chicos)**

Nombre:

Curso:

Fecha:

Sexo:

Fecha nacimiento:

Edad:

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sientes acerca de su propio cuerpo. No hay pues respuestas "buenas" ni "malas". Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (x) las respuestas que consideres más adecuadas.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente si son gruesos o delgados?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
4. ¿Envidias el cuerpo de los bailarines de ballet o el de los chicos que practican deporte?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
5. ¿Te angustia ver pantalones, camisetas u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
11. ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte grueso) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
13. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	Sí, más de 2 veces	Sí, 1 ó 2 veces	No nunca
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
16. ¿Envidias la delgadez de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
17. ¿Te angustia que te digan que estás "llenito", "gordito", "redondito", o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
23. ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar bañador?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada

control de la obesidad?			
27. ¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?	Sí, más de 2	Sí, 1 ó 2	No, ninguna
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
33. ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca
34. ¿Crees que los chicos y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los que no lo son?	Sí, seguro	Sí, probablemente	No, no lo creo
37. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de chicos con tejanos, bañador o ropa interior?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada
40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligado a comer?	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada

**MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire)
Cash, 2000**

Nombre:

Curso:

Fecha:

Sexo:

Fecha nacimiento:

Edad:

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Antes de salir, siempre me fijo en mi aspecto	
2. Me preocupo por comprarme ropa que me siente bien	
3. Mi cuerpo es sexualmente atractivo	
4. Constantemente me preocupo por el hecho de ser o convertirme en gordo/a	
5. Me gusta mi apariencia tal y como es.	
6. Compruebo mi apariencia en el espejo, siempre que puedo.	
7. Normalmente, antes de salir, paso mucho tiempo preparándome.	
8. Me doy cuenta de las variaciones de mi peso, aunque sean pequeñas	
9. La mayoría de la gente me consideraría guapa	
10. Para mi es importante presentar siempre un buen aspecto	
11. Utilizo pocos productos de belleza	
12. Me gusta mi aspecto físico cuando no llevo ropa	
13. Soy muy consciente de cuando no voy bien arreglada	
14. Normalmente me pongo lo primero que encuentro, sin importarme cómo me queda	
15. Me gusta cómo me queda la ropa	
16. No me importa lo que los demás piensen de mi apariencia física	
17. Cuido especialmente mi peinado	
18. No me gusta mi físico	
19. Físicamente soy poco atractivo/a	
20. Nunca pienso en mi aspecto físico	
21. Siempre estoy intentando mejorar mi apariencia física	
22. Estoy haciendo dieta para perder peso	

Conteste a las siguientes afirmaciones utilizando la escala que corresponde a cada una de ellas:

23. He intentado perder peso ayunando o haciendo dietas drásticas	
---	--

1. Nunca
2. Raramente
3. Algunas veces
4. A menudo
5. Muy a menudo

24. Creo que estoy:	
---------------------	--

1. En un peso muy bajo
2. En un peso bajo
3. En un peso normal
4. Con algo de sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

25. Mirándome, otras personas pensarían que estoy:	
--	--

1. En un peso muy bajo
2. En un peso bajo
3. En un peso normal
4. Con algo de sobrepeso
5. Con mucho sobrepeso

26 – 34. Utiliza la siguiente escala para indicar el grado de satisfacción que sientes con cada de las siguientes áreas o aspectos de tu cuerpo:

1	2	3	4	5
Totalmente insatisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Algo satisfecho/a	Totalmente satisfecho/a

26. Cara (rasgos faciales, complexión)	
27. Pelo (color, grosor, textura)	
28. Parte inferior del torso (glúteos, caderas, muslos, piernas)	
29. Parte central del torso (cintura, estómago)	
30. Parte superior del torso (pecho, hombros brazos)	
31. Tono muscular	
32. Peso (por favor, especifique su peso en Kg.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción	
33. Altura (por favor, especifique su altura en cms.) Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción	
34. Apariencia física en general	