



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Programa de prevención e intervención primaria  
basado en el concepto de la imagen corporal

**Presentado por:**

**Marta Bueno Panadero**

**Tutor/a:**

**Mercedes Jorquera Rodero**

**Valencia, a 3 de junio de 2019**

# Programa de prevención e intervención primaria basado en el concepto de la imagen corporal

Marta Bueno Panadero

*Facultad de Psicología. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV),  
Valencia, 46008, España.*

## Resumen

Los casos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España y otros países del mundo han ido aumentando a lo largo de los años. Siendo la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) los dos trastornos más comunes entre la población, no se dispone de suficientes programas de prevención e intervención que hayan podido frenar este avance. Con este programa se pretende prevenir el aumento de casos nuevos y frenar que los casos con sintomatología ya manifestada vayan más lejos. El programa se realizará a niños y niñas de 11 y 12 años de edad de colegios públicos, privados y concertados, y se les pasarán las pruebas CIMEC, MBSRQ-AS y la Escala de Rosenberg tanto al grupo control como al experimental antes y después del programa de prevención, además de realizar un seguimiento a los tres meses. El programa consta de tres sesiones interventivas de una hora de duración, que se realizarán una vez a la semana, en las que se pretende trabajar las variables de autoestima y de imagen corporal, buscando que los jóvenes consigan valorarse a sí mismos a nivel físico y personal. De esta forma, se busca que la población objetivo no se interese tanto por los mensajes que mandan los medios publicitarios y que no corran el riesgo de compararse con las imágenes de dichos medios.

**Palabras clave:** Trastorno de la conducta alimentaria, autoestima, imagen corporal, prevención.

## Abstract

The number of cases of eating disorders (ED) in Spain and other world countries has been improving through the years. Anorexia Nervosa (AN) and Bulimia Nervosa (BN) are the most common disorders among population, and there are not enough prevention and intervention programs which can stop this advance. The improvement of new cases is pretend to be prevented with this program and stop the manifested-symptomatology cases as well. This program will be applied to 11 and 12 years old students of public, privates and arranged schools, and experimental group and control group will be evaluated with CIMEC, MBSRQ-AS and Rosenberg Scale before and after the application of the prevention program. Besides, a three months-following-up test will be done to both groups. The program consist in three one-hour sessions, one per week, and self-esteem and body images variables will be the target of this sessions. The objective is the teenagers are able to be happy with themselves at physic and personal level. Hence, the population target don't show interest about the messages of advertising media and they don't be in danger of compare themselves with the images of this advertising media is the main target of this prevention and intervention program.

**Keywords:** Eating disorder, self-esteem, body image, prevention.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	5
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) .....	5
Incidencia de los TCA .....	9
Imagen corporal.....	10
La influencia de Internet en el desarrollo de los TCA: páginas <i>proana</i> , <i>promía</i> y redes sociales ....	16
Prevención primaria, secundaria y terciaria .....	17
Programas de prevención realizados en TCA .....	19
JUSTIFICACIÓN .....	26
METODOLOGÍA .....	27
Objetivos .....	27
Población diana y muestra .....	27
Evaluación .....	28
Sesiones .....	29
CONCLUSIÓN.....	33
REFERENCIAS.....	36
ANEXOS .....	46
Anexo 1.....	46
Anexo 2.....	49
Anexo 3.....	50
Tabla 1. Criterios Diagnósticos del DSM-5 para Anorexia Nerviosa (APA, 2013).....	6
Tabla 2. Criterios Diagnósticos del DSM-5 para Bulimia Nerviosa (APA, 2013).....	7

## **INTRODUCCIÓN**

Son múltiples las enfermedades que, hoy día, acechan entre la población. Se distribuyen en distintos niveles de gravedad y afectan de distinta forma, pero tienen algo en común; provocan un cambio en la persona y en ocasiones es permanente.

### **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) suponen un conjunto de distintos trastornos caracterizados por una alteración en la alimentación que, a su vez, causa cambios y alteraciones a nivel físico, psicológico y emocional (APA, 2013).

En esta categoría puede encontrarse uno de los diagnósticos principales de los TCA: la Anorexia Nerviosa (en adelante AN). La anorexia nerviosa se trata de un trastorno en el cual la persona altera su patrón de alimentación con el fin de reducir su peso hasta un nivel inferior al que le corresponde según su edad y sexo (APA, 2013).

El origen del concepto se remonta a 1689, cuando Richard Morton describió los síntomas de la “ptisis nerviosa”, que coinciden con los de la actual anorexia nerviosa (Pearce, 2004). Más tarde, en 1868, Sir William Gull acuñó el nombre de “anorexia nerviosa” y anotó que se trataba de “una forma particular de enfermedad (...) caracterizada por un adelgazamiento extremo, y a veces referido como un tubérculo latente, y enfermedad mesentérica. (...) Los sujetos de esta afección son mayormente de sexo femenino, y principalmente entre la edad de 16 y 23 años. (...)” (Pearce, 2004).

La AN ha sido estudiada a lo largo de los años, proporcionando cada vez más información y datos sobre la misma. En la actualidad, los criterios diagnósticos que determinan su existencia se encuentran en el principal sistema de clasificación de los trastornos mentales (APA, 2013), como puede observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del DSM-5 para Anorexia Nerviosa (APA, 2013)

### Criterios Diagnósticos del DSM-5 para Anorexia Nerviosa

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. *Peso significativamente bajo* se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso a la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

**Especificar si:**

**(F50.01) Tipo restrictivo:** Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

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

**Especificar si:**

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

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

**Especificar si:**

**Leve:**  $IMC \geq 17 \text{ KG/m}^2$

**Moderado:**  $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

**Grave:**  $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

**Extremo:**  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Por otro lado, también es posible encontrar otro trastorno de la conducta alimentaria con el mismo grado de importancia que la AN: la Bulimia Nerviosa (en adelante BN). Este trastorno implica la presencia de atracones, es decir, la ingesta desmesurada e insaciable de alimentos especialmente de alto nivel calórico en un periodo breve de tiempo (APA, 2013). Estos atracones suelen venir dados por una sensación imperiosa de hambre acompañada de ansiedad, así como de una sensación de vergüenza, agotamiento y mareo después del atracón (Behar y Figueroa, 2004).

El término fue utilizado por primera vez en 1398 por John Trevisa, haciendo referencia a un hambre voraz en el que no se incluían los vómitos (Giannini, 1993 citado en Toro, 2008). En 1743, R. James otorgó dos páginas completas de su diccionario médico a la *boulimus*, en el cual describe con detalle los síntomas, el diagnóstico diferencial, la posible etiología y recomendaciones para el tratamiento (Almenara, 2006).

James (1743) distinguió dos tipos de *boulimus*: la *caninus boulimus*, que es la que presenta vómitos, y la verdadera *boulimus*, que no presenta vómitos (Almenara, 2006).

En 1831, Hooper hizo referencia a tres tipos de bulimia: el puro exceso alimentario, el atracón seguido de vómito y la crisis alimentaria asociada con fenómenos de pérdida de conciencia (Jorquera, 2009). Años después, en 1979, Gerard Russell publicó el artículo "*Bulimia nervosa: Anomalous variant of anorexia nervosa*". Es entonces cuando se reconoce el valor clínico de la bulimia nerviosa y dicho nombre se acepta de forma universal (Ruiz-Lázaro, 1999).

Los criterios diagnósticos más recientes y actuales que se tienen sobre la bulimia nerviosa son recogidos por el sistema de clasificación de los trastornos mentales (APA, 2013), como puede observarse en la tabla 2.

**Tabla 2. Criterios Diagnósticos del DSM-5 para Bulimia Nerviosa (APA, 2013)**

<b>Criterios Diagnósticos del DSM-5 para Bulimia Nerviosa</b>
<p><b>A.</b> Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1.</b> Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría</li></ol>

de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas.

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

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

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

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

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

**Especificar si:**

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

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

**Especificar la gravedad actual:**

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

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

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

**Externo:** Un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Pese a que estos dos trastornos son los más característicos de los TCA, no implica que sean los únicos existentes. Cabe la posibilidad de que el paciente no cumpla todas las características diagnósticas descritas en la AN y la BN, y eso no significa que al paciente no le ocurra nada. Por ello, es posible encontrar otro trastorno con menos evidencia clínica pero igual de grave que los dos trastornos anteriormente mencionados: el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (en adelante TCANE) (APA, 2013).

El TCANE es un trastorno que recoge los síntomas que presenta la persona cuando no cumple todos los criterios necesarios para diagnosticar alguno de los trastornos anteriores. Es decir, la persona cumple varios criterios, pero no todos, por lo que presenta un síndrome parcial (Jorquera, 2009).

En otro orden de ideas, los TCA rara vez se presentan solos. En la mayoría de los casos suelen aparecer acompañados de otras patologías con las que forman comorbilidad. Según el DSM-5 (APA, 2013), la AN suele concurrir frecuentemente con los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos bipolares. Se han descrito casos en los que los individuos tenían, además, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) e incluso trastorno por consumo de sustancias.

Respecto a la BN, el DSM-5 (APA, 2013) señala que la comorbilidad existe en relación a los trastornos mentales. Se observa un aumento de síntomas de carácter depresivo, así como trastornos depresivos y bipolares.

### **Incidencia de los TCA**

Por otro lado, los TCA no son un problema aislado. Estos trastornos poseen una incidencia que ha ido incrementando a lo largo de los años, tanto en España como en otros países. En 1935 la incidencia de anorexia nerviosa era del 7/100.000, incrementando su número a 26,3/100.000 en 1984 con un aumento en las mujeres adolescentes (Lucas, Beard, O'fallon & Kurland, 1991).

En 2006, la incidencia de AN en Estados Unidos era de 136 por 100.000, en Holanda de 109 por 100.000 y de 270 por 100.000 en Finlandia en 2007 para mujeres de 15 a 19 años (Keski-Rahkonen, 2007). En otras palabras, la incidencia de anorexia nerviosa ha sufrido un aumento de entre 5 y 10 veces desde los años 80.

Haciendo una focalización en territorio español, un estudio realizado en el 2001 (Toro, citado en Iglesias, 2016) en la Comunidad de Madrid mostró que las cifras habían permanecido estables. Según Toro (2001), la prevalencia es de 0,4 para la AN en mujeres con edades de 14 a 24 años, y de 1 para la BN (Toro, citado en Iglesias, 2016).

Otro estudio realizado en 2010 (Calvo, Zapata, Cebollada, Trébol y Lobo) presentó criterios de AN del 0,9% y un 0,4-2,4% BN sobre los 551 adolescentes de la

muestra, con una media de edad de 17,6 años. Más tarde, en 2015, un estudio realizado por Bautista y Serra en Canarias mostró que la prevalencia para la AN era de 0,19% y de un 0,57% para la BN, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000).

Álvarez-Malé, Bautista y Serra (2015) señalaron, también, que la prevalencia de casos de AN en España era de 0,9% en mujeres y de un 0,3% en hombres. Por otro lado, Calvo, Zapata, Cebollada, Trébol y Lobo (2010) mostraron en su estudio que el 10,3% de las mujeres de la muestra estaban en riesgo de sufrir algún TCA, siendo el porcentaje de los hombres de un 7,8%.

En 2016, Keski-Rahkonen y Mustelin llevaron a cabo un estudio en Europa que estimó que el 1-4% de las mujeres europeas sufren AN. Respecto a los hombres, los valores rondaban las cifras de 0,3-0,7% también para AN.

Asimismo, Ortiz-Moncada (2007) señaló que la prevalencia de edad en la que se inician los casos de AN es entre los 15 y los 25 años. No obstante, en 2012 los valores de casos en mujeres con edades comprendidas entre los 10 y los 34 años fluctúan entre 20-30/100.000 habitantes (Portela de Santana, da Costa, Mora y Raich, 2012).

Los TCA pueden estar condicionados por una gran cantidad de factores distintos. Así como la persona que padece un TCA sufre múltiples cambios, el propio trastorno también involucra diversos aspectos (APA, 2013). Como se ha explicado anteriormente, la incidencia ha sufrido un incremento durante los últimos años, haciendo que cada vez un mayor número de la población padezca algún tipo de TCA. Sin embargo, se podría decir que la incidencia de estos trastornos puede haberse visto influenciada por múltiples factores que afectan a aspectos del individuo, los cuales podrían pasar más desapercibidos que el hecho de dejar de comer o hacerlo de manera desmesurada: la imagen corporal y la insatisfacción con la misma.

## **Imagen corporal**

El concepto de la imagen corporal ha sido explicado de múltiples formas, ya que su concepción ha ido variando a lo largo del tiempo. Siguiendo la definición que propone Baile (2003), la imagen corporal puede definirse como una construcción psicológica que hace referencia a la autopercepción corporal, es decir, a la

representación mental que tiene la persona sobre su propio cuerpo y que está ampliamente relacionado con los pensamientos, las emociones y las conductas.

No obstante, no se debería ignorar la definición que proporcionó Cash en 1990 sobre la imagen corporal, quien lo define como una “experiencia psicológica multifacética de personificación, especialmente pero no exclusivamente en la apariencia física”. También comprende las autopercepciones que están vinculadas al cuerpo de la persona y a sus actitudes, incorporando así las creencias, los sentimientos, los pensamientos y los comportamientos (Cash, 2004).

La insatisfacción con la imagen corporal es solo uno de los factores de riesgo que puede ocasionar la aparición de un TCA, ya que también se debe tener en cuenta las restricciones alimentarias y las conductas propiciadoras de la pérdida de peso durante la etapa infantil (Ricciardelli, McCabe, Holt & Finemore, 2003).

Además, Cash y Pruzinsky (1990) señalan dos aspectos dentro de la imagen corporal; la evaluación (por ejemplo, la satisfacción corporal) y la inversión (la apariencia de la persona y la internalización de estándares sobre la misma), los cual se asocian con el funcionamiento psicosocial. Dichos comportamientos sobre la imagen corporal están conectados con la confianza interpersonal, la autoestima, los comportamientos relacionados con la alimentación y el ejercicio, las actividades sobre el cuidado y aseo, comportamientos sexuales y experiencias y, por último, estabilidad emocional (Cash, 1990; Thompson et al., 1999).

Dentro de la imagen corporal pueden encontrarse distintos elementos que la conforman: el elemento perceptual (la percepción global del cuerpo o alguna de sus partes), el elemento cognitivo (reconocimiento del cuerpo), el elemento afectivo (sentimientos hacia el cuerpo o alguna de sus partes) y el elemento conductual (conductas originarias por la percepción) (De la Serna, 2004).

Las sociedades actuales se rigen por unos cánones de belleza que fomentan la delgadez, siendo este otro factor de riesgo propicio para la insatisfacción de la imagen corporal (Hernández y Ortiz, 2011). De esta forma la persona compara su cuerpo con su esquema mental, el cual ha interiorizado el ideal cultural, y determina que ambos no se corresponden, así que se podría producir dicha insatisfacción corporal (Acosta y Gómez, 2003).

Por otro lado, estas tendencias se expanden por cada vez más países haciendo que la distorsión de la imagen corporal alcance una escala mundial (Craig, Halavatau, Comino & Caterson, 1999), tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo.

La preocupación por el cuerpo y el aspecto físico no se limita únicamente a algo personal que sufre el individuo, sino que el afán por alcanzar esos cánones de belleza que impone la sociedad se ha visto encauzado hacia el ámbito económico (De la Serna, 2004). De esta forma, se invierten grandes cantidades de dinero en medios audiovisuales, entre otros, que pretenden cautivar al público provocando así los problemas de salud (De la Serna, 2004).

Además de las presiones ejercidas por los medios externos, las familias también ejercen cierta coacción para alcanzar esa belleza canónica de las sociedades occidentales (Ramos, Pérez de Eulate, Liberal y Latorre, 2003). Así, se ha producido un aumento del valor de la delgadez extrema y una mayor obsesión tanto por la imagen corporal (Acosta y Gómez, 2003) como por el peso (Arroyo, Rocandio, Ansótegui, Herrera y Rebato, 2005). Sin ir más lejos, un ejemplo claro puede verse en la gran cantidad de tratamientos que existen cuyo fin es modificar el cuerpo (Arroyo, Ansotegui, Pereira, Lacerda, Valador, Serrano y Rocandio, 2008).

La imagen corporal posee especial protagonismo en las mujeres, ya que sufren más la influencia de los modelos estéticos (Acosta y Gómez, 2003). En la etapa de la adolescencia experimentan en mayor grado los constantes mensajes de los medios sobre la delgadez (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986) y, además, la insatisfacción corporal es distinta a la que sufren los hombres. La insatisfacción de los hombres se debe a que desean estar más fuertes, por otro lado, las mujeres suelen desear estar más delgadas, así que se esfuerzan en cambiar su peso hasta conseguir su objetivo: gustarse más, verse mejor (Acosta y Gómez, 2003).

No obstante, algunos estudios muestran datos contradictorios; los hay que presentan que las mujeres jóvenes poseen mayor insatisfacción corporal que las adolescentes (Rivarola, 2003), a la vez que otros estudios exhiben que son las adolescentes las que tienen mayor obsesión por la delgadez y una mayor insatisfacción corporal (Etxaniz, 2005). El dato que sí parece ser común es que la población joven muestra un claro interés en la delgadez, sobre todo las mujeres (Taylor et al., 1998), lo

que da lugar a condiciones de ansiedad (Madrugal-Fritsch, Irala-Estévez, Martínez-González, Kearney, Gibney y Martínez-Hernández, 1999).

Durante las últimas décadas se ha mostrado que la apreciación sobre la imagen corporal del individuo se cataloga como un factor influyente en las tomas de decisión de carácter alimentario (Nevot, 2005), como puede verse en el creciente interés por las dietas. Con todo, muchas de las dietas que se realizan se basan únicamente en una disminución de la ingesta energética necesaria (Ramos, Rivera de los Santos, Rodríguez y Carmen, 2010), lo que puede acarrear problemas de salud.

La alteración de la imagen personal se puede encontrar con relativa frecuencia en las personas, pero no se produce de manera precisa hasta que otros factores de la vida ejercen influencia y producen consecuencias en el individuo (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013).

Por otro lado, estudios han investigado cómo influye el género a la hora de sufrir un TCA (Anaya, 2004). Los resultados concluyeron que las mujeres jóvenes y adolescentes suponen un porcentaje del 90 y 95% de los casos totales de TCA.

### **Insatisfacción corporal: Factores influyentes**

Existen diversas teorías socioculturales sobre la imagen corporal que plantean que la insatisfacción con el físico es producida por unos ideales de belleza no realistas, además de que el modo de difundir dichos ideales es mediante los medios de comunicación masivos (Hargreaves & Tiggemann, 2004).

Esta normativa se manifiesta en los medios a través de la exposición de modelos, los cuales son asumidos por las personas como iconos reales y con los que deben identificarse (Bandura, 1996, en el compendio de Bryant & Zillmann, 1994). De esta forma ocurre un proceso de interacción entre el medio y los receptores; los medios muestran la opinión que tiende a ser predominante en la sociedad (Bandura, 1996, en el compendio de Bryant & Zillmann, 1994).

La publicidad comercial se ha servido de la importancia que se le da al cuerpo delgado estereotípico para así expandir sus mercados (Toro y Vilardel, 1987). Los medios usan imágenes, reportajes sobre salud, datos íntimos de mujeres famosas y literatura que condiciona el adelgazamiento para fomentar el auge de la imagen corporal

delgada; entonces se crea un gran mercado de recursos y productos que, real o supuestamente, facilitan el adelgazamiento (Toro y Vilardel, 1987).

Toro y Vilardel analizaron la publicidad incitadora del adelgazamiento que se incluía en diez revistas españolas enfocadas al público femenino, las cuales formaban parte del 80% de todas las revistas leídas por población femenina en mayo de 1984 y 1985. Investigaron los anuncios que aparecían en dichas revistas y escogieron los que, mediante imágenes de mujeres delgadas y jóvenes o de forma textual, incentivaran el uso o consumo de productos adelgazantes o que generaran deseo de adelgazamiento. Los resultados mostraron que “casi uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público predominantemente femenino invitan directa o indirectamente a perder peso o a ser deseable un peso bajo” (Toro y Vilardel, 1987).

Por otro lado, Francisco Pérez-Latre (2000) estima que los medios impresos disponen de mayor relevancia en el mercado vigente y las revistas son un buen ejemplo de ello si se comparan, por ejemplo, con la televisión, la cual ha aumentado la cantidad de anuncios publicitarios (Pérez-Latre, 2000).

La publicidad utiliza como recurso frecuente la representación del cuerpo para dar a conocer productos, con el objetivo de llamar la atención del consumidor. Aparte de usar el valor que se le da al cuerpo como un reclamo (Fanjul y González, 2009), la publicidad también se vale del cuerpo “(...) como transmisor de connotaciones deseables que se fusionan con el producto o servicio anunciado” (Peyró y Oñate, 2009).

La industria de la moda, sobre todo la de lujo, suele dar a conocer sus colecciones mediante cuerpos femeninos cuyo único fin es mostrar las prendas o accesorios de los diseñadores (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010). Por ello, el uso que se hace del cuerpo humano ha pasado a ser un tema de debate público. La forma en la que se recurre al cuerpo femenino como una forma de marketing publicitario se ha visto cuestionada con creces, debido a la manipulación que se ha hecho sobre el mismo y cómo así se ha alimentado el concepto de “mujer-objeto” actualmente tan común (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

La moda y la publicidad han sido consideradas como dos de los factores socioculturales que pueden ejercer influencia en algunos TCA, debido a la exposición de cuerpos considerablemente delgados que se utilizan con tanta asiduidad (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

Sin embargo, el cuidado del propio cuerpo ha dejado de ser una preocupación relacionada con la salud o la estética para pasar a ser una prioridad vital, además, de ello también dependerá la felicidad, el bienestar y también la realización personal (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

Martín Llaguno, en 2002, describió el concepto “tiranía de la indiferencia”, el cual implica el deber de amoldarse a los patrones estéticos relacionados con el cuerpo que imponen los medios de comunicación y la publicidad. De esta forma, tener una imagen corporal específica se convierte en algo necesario “(...) para ser más valorado, a nivel laboral e incluso personal” (Durán, 2003). Por ello se antepone el aspecto físico antes que sobre otras cualidades de la persona (Llaguno, 2002).

Con la exposición de los modelos corporales, la publicidad influye en la formación de los cánones estéticos corporales, tanto masculinos como femeninos (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010). A pesar de ello, los cuerpos que son seleccionados para la publicidad poseen unos ideales estéticos alejados de la realidad. Los cuerpos que sigan esta norma estética se presentan como bellos, esbeltos y supuestamente reales (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

La creencia de que estos cuerpos mediáticos se corresponden con la realidad puede provocar situaciones de insatisfacción o frustración en el propio cuerpo de los individuos, e incluso incrementar las posibilidades de padecer un TCA (Kim & Lennon, 2007).

El poder de influencia de estas normas sobre el cuerpo provoca que, tanto la publicidad como la moda, sean dos de los factores socioculturales que están directamente relacionados con los TCA (Durán, 2003), como es el caso de la AN.

La preocupación por los cuerpos de las modelos no es reciente. La delgadez extrema, el desfallecimiento y la palidez son signos que han provocado una voz de alarma, lo que lleva a cuestionar dónde se encuentra el límite de lo bello a nivel estético y lo saludable (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

Los medios publicitarios recurren a personajes femeninos conocidos, es decir, a *celebrities*, que suelen ser modelos de referencia (e imitación) para un grupo de población joven (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010). El estereotipo común que enfoca la publicidad es el de una mujer blanca, joven, bella y delgada (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

Estos medios publicitarios muestran unos modelos corporales que no sufren los estragos del tiempo, es decir, no padecen deterioro físico (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010). Se suprimen los síntomas del envejecimiento y se apartan las representaciones femeninas que no cumplen el canon normativo. Es por ello que se buscan mujeres jóvenes, provocando así la construcción de un ideal que no se puede alcanzar (Soloaga, Froufe y Muñiz, 2010).

### **La influencia de Internet en el desarrollo de los TCA: páginas *proana*, *promía* y redes sociales**

Los trastornos de la conducta alimentaria disponen de muchos antecedentes que propician su aparición y, relacionado con la imagen corporal, se encuentra Internet y las páginas *proana* y *promía*.

Las tecnologías han avanzado a un ritmo vertiginoso en los últimos años y se han afianzado en nuestra sociedad de tal forma que Internet es indispensable hoy en día. Con el tiempo se ha hecho cada vez más accesible a toda la sociedad, provocando que prácticamente cualquier persona tenga acceso a la red. El problema llega cuando no se puede controlar qué hay en Internet.

En la población adolescente se ha extendido cada vez más la costumbre de las búsquedas en Internet, siendo el ámbito de la salud una de estas búsquedas (Fox, 2000). Un estudio llevado a cabo en 2012 por Guillamón y García en Barcelona, con estudiantes cuyas edades comprendían de los 12 a los 18 años, reveló que el 75% de la muestra buscó información sobre salud en Internet, en particular temas asociados al aspecto físico (36,1%), a dietas y nutrición (27,8%) y problemas relacionados con la alimentación (20,3%). Además, dejando a un lado Google, los foros y blogs también son utilizados como fuente de información sobre la salud en un 24,8% de los casos, los chats en un 9,3% y las redes sociales en un 6,2% (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI), 2015).

De esta forma es como surgen las páginas *proana* (incita a la anorexia) y las páginas *promía* (incita a la bulimia), las cuales fomentan estos trastornos como si fuesen algo bueno. Se expanden por Internet a través de las redes sociales, blogs, foros y páginas web, mostrando en ocasiones ayuda para lograr los objetivos deseados. Así se refleja en algunos estudios, que demuestran que el 60% de las pacientes con AN y BN

realizaron búsquedas en Internet sobre cómo adelgazar con rapidez, entre otros (Serrano, 2016).

Además, las redes sociales también juegan un papel fundamental. La influencia social a la que pueden quedar expuestos los jóvenes se ve acentuada por esta, y pacientes con TCA han hallado en las redes el lugar adecuado para poder expresarse sin sentir que están siendo vigilados o ridiculizados (Deniri y Vivero, 2015). Al parecer, además, encuentran comprensión e incluso admiración por parte de personas que se ubican en la misma situación que ellos. En otras palabras, las redes sociales trabajan como grupos de autoayuda en los adolescentes cuyo objetivo es continuar avanzando en el camino de la AN y la BN (Deniri y Vivero, 2015).

### **Prevención primaria, secundaria y terciaria**

Todos estos datos constituyen una alerta para la sociedad e informan del auge que están suponiendo los TCA en la población, sobre todo entre las edades más tempranas. Esto invita a que se intente poner remedio al avance de estos trastornos para eliminar, o al menos reducir, el número de casos que ya se encuentran en la sociedad, así como prevenir la aparición de casos nuevos.

No obstante, los TCA no son una causa perdida. Además de existir tratamientos efectivos para curar a los pacientes, también pueden llevarse a cabo diferentes tipos de intervenciones preventivas cuyo fin es evitar la aparición de estos trastornos.

Existen tres tipos de prevención; prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria tiene como objetivo mermar o directamente suprimir los factores que aumentan la probabilidad de que tenga lugar el trastorno, y paralelamente incrementa los factores de protección que evitarán que ocurra dicho trastorno (Albee y Gullotta, 1986). En otras palabras, este tipo de prevención busca menguar la incidencia del TCA y evitar que surjan casos nuevos.

Para conseguirlo se usan distintos procedimientos que pretenden actuar sobre la disposición de los individuos a sufrir un TCA y sobre los factores de riesgo que pueden causarlo. Así mismo, la prevención primaria busca como finalidades fundamentales (Jorquera, 2009):

- a) La promoción de la salud, la cual se basa en promover y preservar la salud de la

población a través de acciones que repercuten sobre los individuos de una población.

- b) La protección de la salud, como puede ser la higiene de los alimentos o la protección del ambiente.

Según Turón (1997), un programa de prevención primaria tiene como obligación tratar:

1. Información: Suplir el desconocimiento que pueda tenerse acerca de la enfermedad y explicar todo lo que conlleva. Dicha información debería estar dirigida, principalmente, a individuos con gran riesgo y a sus familias, y también a la población general. Se debe aplicar al ámbito del hogar, al colegio y a la universidad.
2. Modificación de conductas favorecedoras de la enfermedad: Se trata de desarrollar programas que ayuden a corregir los comportamientos que propician la aparición de TCA.
3. Identificación de grupos de riesgo: Mediante el uso de cuestionarios se puede hallar a los sujetos más vulnerables a sufrir el trastorno.
4. Acción sobre los estereotipos culturales: Intervenciones cuyo objetivo es concienciar a la población de lo peligrosa que es la presión que se ejerce a nivel cultural sobre la sociedad.
5. Educación escolar: Puede ocurrir que, con tal de prevenir estos trastornos, se tengan que poner medidas desde muy temprana edad. Una forma de llevarlo a cabo son los programas educativos en las escuelas.

Por otro lado, está la prevención secundaria, cuyos objetivos se centran en (Turón, 1997):

1. Diagnóstico y tratamiento precoces: Las familias se preocupan por la pérdida de peso del paciente, e incluso por la amenorrea en el caso de las chicas, y acuden al médico. En estos casos, puede que el tratamiento correcto se demore demasiado.
2. Tratamientos correctos: La curación se retrasa porque el tratamiento puede no ser adecuado o incluso insuficiente.
3. Dispositivo asistencial eficaz: Los recursos de los que se dispone son escasos y, además, los dispositivos de salud mental no han podido amoldar herramientas adecuados para tratar a los pacientes.

En último lugar se encuentra la prevención terciaria, cuyo objetivo principal es reducir las secuelas del trastorno con un tratamiento que consiga disminuir la aparición de los efectos del TCA y evite la cronificación de los pacientes (Turón, 1997).

## **Programas de prevención realizados en TCA**

Hasta la actualidad, se han desarrollado diversos programas de prevención cuyo objetivo es intentar frenar el avance de los TCA en los individuos. Estos programas se componen de distintas características y metodologías, lo cual viene condicionado por el objetivo de los mismos. Algunos de los programas llevados a cabo desde 2009 hasta la actualidad son los siguientes:

- **Prueba de efectividad para un programa de prevención de TCA basado en la disonancia para chicas adolescentes de alto riesgo** (Stice, Rohde, Gau & Shaw, 2009).

El objetivo de este programa es conseguir una reducción significativa en la internalización del ideal de delgadez que tienen los individuos, así como producir un cambio en esta internalización relacionada con el cambio en los síntomas de TCA. La muestra se componía de 306 chicas adolescentes con una edad media de 15.7 años y un IMC de  $24.9 \text{ kg/m}^2$ . Las participantes fueron asignadas de forma aleatoria a la intervención de disonancia y al grupo control. La intervención de disonancia consistió en cuatro sesiones semanales en grupo de una hora de duración con 6-10 participantes. Los instrumentos empleados fueron *The Ideal-Body Stereotype Scale-Revised* (Stice et al., 2006) para medir la internalización del ideal de delgadez, el *Satisfaction and Dissatisfaction with Body Parts Scale* (Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973) para la satisfacción corporal, *The Dutch Restrained Eating Scale* (DRES) (van Strien, Frijters, van Staveren, Defares & Deurenberg, 1986) para las dietas, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CESD) (Radloff, 1977) para medir los síntomas depresivos, y *The Eating Disorder Diagnostic Interview* (Fairburn et al., 1995) para evaluar la patología alimentaria. Además, también se midió el índice de masa corporal. Se realizaron cuatro sesiones con el grupo experimental, de carácter más participativo que con el grupo control. Este último recibió un folleto psicoeducativo de dos páginas elaborado por la Asociación de TCA Nacional en 2002. Dicho folleto explica tanto la imagen corporal positiva

como la negativa, cómo esta imagen negativa se asocia a un incremento del riesgo a sufrir un TCA, y presenta diez pasos para alcanzar una imagen corporal positiva. Los resultados mostraron que la intervención de disonancia produjo disminuciones significativas en la internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, dieta y síntomas de TCA.

- **Un taller de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana** (Jorquera, 2009).

La finalidad del taller era intervenir sobre el concepto de la apariencia física y cómo este se ve influenciado por los medios de comunicación. Para ello se contó con un total de 4268 participantes (50% aproximadamente mujeres y 50% varones, todos ellos con edades comprendidas entre los 11 y los 19 años). Todos cumplimentaron el EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979), ASI (Cash & Labarge, 1996) y CIMEC (Toro, 1994) (este último cuestionario únicamente lo cumplimentaron las chicas, dado que no existían datos normativos para muestra masculina). Se establecieron tres momentos para tomar las medias: un pre antes de la realización del taller, el post al finalizar el mismo y un seguimiento a los seis meses de haber finalizado el taller. En relación a los resultados, se demostró que los participantes mostraron puntuaciones menores en el EAT-40 y en el ASI después de la realización del taller, así como una puntuación más baja en el CIMEC por parte de las chicas.

- **Programas de prevención de TCA basados en niveles altos y bajos de disonancia en mujeres jóvenes con preocupaciones sobre la imagen corporal: Una prueba experimental** (McMillan, Stice & Rohde, 2011).

El objetivo de este programa es comprobar si los participantes con mayor disonancia mostrarían un mayor declive en la internalización del ideal de delgadez, la dieta, la insatisfacción corporal, el afecto negativo y los síntomas de TCA, en relación a los participantes con baja disonancia. La muestra se compuso de 124 chicas con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años, las cuales fueron seleccionadas de forma aleatoria para integrar el grupo de intervención de alta disonancia (n=44), el grupo de intervención de baja disonancia (n=39) y el grupo control lista de espera (n=41). El programa consistió en cuatro sesiones semanales de una hora de duración. Se tomaron tres medidas para la evaluación:

pretest, posttest y un seguimiento a los tres meses de finalizar la intervención. Para ello, se emplearon como instrumentos el *Ideal- Body Stereotype Scale-Revised* (Stice et al., 2006) (evalúa ideal de delgadez), el *Satisfaction and Dissatisfaction With Body Parts Scale* (Berscheif, Walster & Bohrnstedt, 1973) (para medir la insatisfacción corporal), el *Dutch Restrained Eating Scale* (van Strien, Frijters, van Staveren, Defares, Deurenberg, 1986) (para valorar comportamientos en las dietas), el *Positive Affect and Negative Affect Scale-Revised* (Stice et al., 2006) (para valorar afecto positivo y negativo) y el *Eating Disorder Diagnostic Scale* (Stice, Fisher & Martínez, 2004) (para medir los síntomas de TCA). Los resultados mostraron que las participantes que formaban parte del grupo de alta disonancia obtuvieron una reducción significativa en la internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, dieta y síntomas de TCA en comparación con el grupo control. Las participantes del grupo de baja disonancia mostraron reducciones significativas en la internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal y la dieta respecto al grupo control.

- **Programa de prevención sobre desórdenes alimentarios en escuelas: Un seguimiento de 30 meses** (González, Penelo, Gutiérrez y Raich, 2011).

El objetivo es evaluar, tras un periodo de 30 meses, los efectos a largo plazo que tiene el programa de prevención administrado en dos versiones. La muestra se compone de 443 adolescentes (254 chicas y 189 chicos) cuya edad media es de 13.5 años. Cada uno fue asignado a una de las tres posibles condiciones experimentales: alfabetización mediática (AM), alfabetización mediática más conciencia de nutrición (AM + NUT) y condición de control sin tratamiento. Este programa está basado en un estudio anterior realizado en 2008 por Raich, Sánchez-Carracedo y López-Guimerà. Se requirió los datos sociobiológicos a la muestra (detalles familiares, personales y sociales). Respecto a las variables e instrumentos que se tuvieron en cuenta, se trabajó con las actitudes hacia la comida usando el EAT-40 (Garner & Garfinkel, 1979), el impacto de agentes sociales como anuncios, mensajes verbales, modelos sociales o situaciones sociales mediante el CIMEC-26 (Toro, Castro, Gila & Pombo, 2005; Toro, Salamero y Martínez, 1994) y se tuvo en cuenta el programa de prevención sobre desórdenes alimentarios de Raich, Sánchez-Carracedo y López-Guimerà (2008). Se realizaron sesiones tres que se combinaron con dos actividades y

tareas entre sesión y sesión. Los participantes del grupo AM + NUT recibieron una sesión del programa por semana durante cinco semanas, y los participantes del grupo AM recibieron el mismo formato de sesiones durante cuatro semanas. Por otro lado, los participantes del grupo control tuvieron clases normales. En relación a los resultados obtenidos a largo plazo, los participantes que formaron los grupos AM y AM + NUT mostraron una puntuación más baja que el grupo control en las pruebas EAT y CIMEC, tanto en el seguimiento realizado a los 7 meses como en el seguimiento de los 30 meses.

- ***Y's Girl: Incrementar la satisfacción corporal entre las chicas de escuelas primarias*** (Ross, Paxton & Rodgers, 2012).

Este programa tiene como objetivo mejorar tanto la imagen corporal como las actitudes que vienen asociadas, véase la internalización de creencias sobre el cuerpo, la comparación del mismo, la autoestima, las relaciones con los pares, las conversaciones sobre la apariencia física y el desajuste de las comidas. La muestra se compone de 60 niñas de sexto grado con edades de 11 y 12 años seleccionadas de cinco colegios distintos, de las cuales 37 se asignaron al grupo de intervención y 23 al grupo control. Los instrumentos y variables que se trabajaron fueron el *Body-Esteem Scale* (Mendelson, Mendelson & White, 2001) y el *Contour Drawing Rating Scale* (Thompson & Gray, 1995) (para medir la imagen corporal), el *Subscale of Sociocultural Attitudes Toward Appearance Questionnaire* (Thompson, van der Berg, Roehrig, Guarda y Heinberg, 2004) (mide la internalización del ideal de delgadez perfecto), el *Peer Trust subscale* perteneciente al *Inventory of Parent Peer Attachment Scale* (Armsden & Greenberg, 1987) (para medir la calidad de las relaciones con los pares), el *Physical Appearance Comparison Scale* (Thompson, Heinberg & Tantleff, 1991) (mide las comparaciones que se hacen sobre el cuerpo), el *Appearance Comments Scale* (Jones, Vigfusdottir & Lee, 2004) (para medir las conversaciones sobre la apariencia física), el *Eating Disorder Inventory-Bulimia subscale* (Garner, Olmstead & Polivy, 1983) (mide los patrones de alimentación) y el *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) (para medir la autoestima). Fueron seis sesiones con duración de una hora, las cuales se repartieron a dos por semana durante tres semanas en grupos de 10-16 estudiantes, mientras que los participantes del grupo control no recibieron ningún

tipo de intervención. En relación a los resultados, el grupo de intervención mostró un incremento significativo en las variables de satisfacción corporal y autoestima comparados con el grupo control.

- **Happy Being Me en UK: Una evaluación controlada en escuelas sobre la intervención en imagen corporal con pre-adolescentes** (Bird, Halliwell, Diedrichs & Harcourt, 2013).

El objetivo del programa es localizar factores de riesgo específicos asociados a una imagen corporal negativa, como por ejemplo la internalización de la apariencia ideal, las conversaciones sobre la apariencia, las comparaciones, incluso las bromas sobre la apariencia, a la vez que se incorpora el componente de la autoestima. La muestra se compuso de un total de 88 estudiantes (46 niños y 42 niñas) con edades de 10 y 11 años de escuelas primarias. Fueron 20 niñas y 23 niños los asignados al grupo de intervención y 22 niñas y 23 niños al grupo control. Los instrumentos y variables consideradas fueron una versión adaptada del *Body Satisfaction Visual Analogue Scale* (Durkin & Paxton, 2002) para medir la satisfacción corporal, el *Internalization-General subscale of the Socio-cultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire* (Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda & Heinberg, 2004) para evaluar la internalización de los ideales de apariencia culturales, *The Appearance Conversation with Friends subscale* del *Factor Loadings for Appearance Culture Among Peers Scale* (Jones et al., 2004), para las conversaciones sobre la apariencia, el *Physical Appearance Comparison Scale* (Thompson, Heinberg & Tantleff, 1991) para medir las comparaciones sobre la apariencia física, el *Perception of Teasing Scale* (Thompson, Cattarin, Fowler & Fisher, 1994) para evaluar bromas relacionadas con la apariencia, el *Cognitive Restraint subscale* del *Three Factor Eating Questionnaire* (Stunkard & Messick, 1985) para evaluar las restricciones de comida, el *Emotional Eating subscale* del *Three Factor Eating Questionnaire* (Stunkard & Messick, 1985) para la alimentación emocional, el *Single-Item Self-Esteem Scale* (Robins, Hendin & Trzesniewski, 2001) para medir la autoestima y, finalmente, el conocimiento sobre la intervención en relación al estudio previo realizado de “Happy Being Me” (Richardson & Paxton, 2010). En relación a las sesiones, se realizaron tres con una duración de una hora cada una, dejando una semana de distancia entre sesión y sesión. Finalmente, los resultados mostraron una reducción significativa en conversaciones y comparaciones relacionadas con la apariencia y la alimentación

emocional, así como mejoras significativas en la variable de conocimiento. El seguimiento realizado a los tres meses indicó un cambio significativo en la satisfacción corporal de las niñas del grupo de intervención, a diferencia del grupo control.

- **¿Te gusta mi foto? El uso de Facebook mantiene el riesgo de desórdenes alimentarios** (Mabe, Forney, Keel, 2014).

Compuesto por dos estudios, el Estudio 1 tiene como objetivo replicar las correlaciones entre el incremento del uso de Facebook y el incremento de las patologías alimentarias. El Estudio 2 comprobó si el uso de Facebook causa cambios temporales en los factores de riesgo de los TCA, sobre todo en la preocupación por el peso/figura y la ansiedad, y cómo se manifiesta esa preocupación a nivel comportamental. La muestra del Estudio 1 se compuso de 960 chicas estudiantes, 626 en la parte del estudio hecha en otoño y 334 en la parte hecha en primavera. La muestra de otoño tenía una media de 18.44 años y la muestra de primavera una media de 19.10 años. Respecto a la muestra del Estudio 2, se incluyó a 84 mujeres del Estudio 1. En referencia a los instrumentos y las variables trabajadas, en el Estudio 1 se tuvo en cuenta el *Eating Attitudes Test 26* (EAT-26) (Garner & Garfinkel, 1982) (mide las actitudes con la comida y los comportamientos) y la duración del uso de Facebook. En el estudio 2, las participantes rellenaron una encuesta demográfica e hicieron el *Visual Analog Scale* (VAS) (Crichton, 2001) y el *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) *State Scale* (Spielberger Gorsuch, Lushene & Jacobs, 1983). Este estudio no cuenta con sesiones de intervención ya que se realizó en dos momentos temporales distintos. Los resultados obtenidos para el Estudio 1 mostraron una pequeña pero significativa correlación positiva entre la duración del uso de Facebook y el desorden alimentario de las participantes tanto en otoño como en primavera. En el Estudio 2, se encontró un número similar en la relación del tiempo invertido en Facebook y la puntuación del EAT-26, aunque esta asociación no es estadísticamente significativa. También se mostró que las participantes con un desorden alimentario mayor le daban una mayor importancia a recibir comentarios en sus estados y recibir “Me gusta”. Asimismo, las participantes en ambas condiciones respaldaron un decrecimiento en su preocupación por el peso y la figura inmediatamente antes e inmediatamente después de pasar 20 minutos en Internet, así como las del grupo control mostraron, también, un mayor declive

en la preocupación por el peso/figura que las participantes que estuvieron navegando 20 minutos en Facebook. Por otro lado, el uso de Facebook mantuvo el estado de ansiedad en las participantes experimentales, lo que no ocurrió con el grupo control.

## JUSTIFICACIÓN

Como se ha expuesto anteriormente, en la actualidad se disponen de no demasiados programas de prevención enfocados a los TCA, sobre todo en los últimos años. Además, puede observarse un aumento epidemiológico en la población (para más información, véase apartado “Incidencia de los TCA” en la introducción), lo que se traduce en un mayor número de casos de AN y BN.

Según los datos aportados por el estudio de Calvo et al. (2010), aunque la mayoría de casos siguen padeciéndolos las mujeres, el número de hombres con síntomas de TCA se ha visto incrementado. Dato que se respalda con los estudios llevados a cabo por Álvarez-Malé, Bautista y Serra (2015) y por Keski-Rahkonen y Mustelin en 2016.

De igual forma, el inicio de los TCA en los individuos también se manifiesta a edades cada vez más tempranas, como se muestra en los estudios de Lucas, Beard, O’fallon & Kurlanden (1991), en según Portela de Santana, da Costa, Mora y Raich (2012) e, incluso, en según Iglesias (2016).

Aunque los programas expuestos han mostrado resultados optimistas en sus muestras, parece resultar insuficiente para frenar el avance de estos trastornos. Es por ello que, considerando la cantidad de programas que se han efectuado y el año de publicación de los mismos, debería tenerse en cuenta la realización de nuevos programas de prevención que tengan como objetivo prevenir y reducir la proliferación de casos de TCA.

## **METODOLOGÍA**

### **Objetivos**

Por todo lo comentado hasta el momento, el objetivo de este trabajo se centra en diseñar un programa de prevención de TCA dirigido a población adolescente de la Comunidad Valenciana.

Usando como base la literatura revisada, la finalidad central del programa va a consistir en tratar de prevenir la aparición de trastornos alimentarios mediante el abordaje de variables que guardan relación con estas alteraciones: el concepto de la imagen corporal y la autoestima.

De manera más específica, se definen los objetivos del programa de la siguiente manera:

- Prevenir y detectar precozmente con el fin de reducir la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria en la población adolescente.
- Evitar la perpetuación de los trastornos de la conducta alimentaria en aquellos participantes que presenten síntomas de la patología.
- Entrenar en estrategias que permitan una aceptación del propio cuerpo, independientemente de cómo sea este.

### **Población diana y muestra**

Este programa de prevención pretende ser destinado a jóvenes estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y los 12 años, tanto niños como niñas, de la Comunidad Valenciana. Se tratará de reclutar la muestra acudiendo a colegios públicos, privados y concertados.

Así mismo, y siguiendo los datos recabados de los diversos estudios revisados, se considera necesario incluir en nuestro estudio población masculina debido al aumento de casos en los últimos años. No obstante, valoramos también los resultados de otros estudios que plantean limitaciones por el hecho de trabajar de manera conjunta con ambos sexos.

Así, se procedería a clasificar a los estudiantes en los que se aplicaría el programa en el grupo control y en el grupo experimental, de forma completamente aleatoria e intentando que el tamaño de ambas muestras (grupo experimental y control)

sea equitativo.

## **Evaluación**

Para llevar a cabo el programa de prevención se usará los cuestionarios mencionados anteriormente; CIMEC, escala de Rosenberg y MBSRQ-AS.

El Cuestionario de Influencias sobre Modelo Estético Corporal (CIMEC) (Toro, 1994) (ver Anexo 1) se diseñó para intentar medir las influencias culturales que asisten a facilitar, justificar o provocar el adelgazamiento, sobre todo si las razones son sociales y estéticas. Se trata de un cuestionario de 40 ítems directos que valoran la ansiedad la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales (Serrano Sánchez, 2016). Las respuestas se evalúan con una escala de 0 a 3 puntos, y una mayor puntuación implica una mayor influencia de los modelos sociales. La mínima puntuación es de 0 y la máxima puntuación es de 80, siendo el punto de corte de 23/24 puntos (Serrano Sánchez, 2016).

La Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965) (ver Anexo 2) trata de examinar la autoestima personal, entendida esta como el respeto hacia uno mismo y los sentimientos de valía personal (Serrano Sánchez, 2016). La escala cuenta con 10 ítems, cinco de los cuales se enuncian de forma positiva y los otros cinco de forma negativa. Se puntúa mediante una escala Likert de cuatro puntos (1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = en desacuerdo, 4 = totalmente en desacuerdo) (Serrano Sánchez, 2016).

El *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) (ver Anexo 3) es un inventario de 69 ítems para la evaluación de aspectos propios actitudinales sobre la construcción de la imagen corporal (Cash & Pruzinsky, 1990). Como actitudes, incluye componentes cognitivos, evaluativos y comportamentales (Cash & Pruzinsky, 1990). Existe la versión de 34 ítems *MBSRQ-Appearance Scales* (MBSRQ-AS) que incluye las subescalas: evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, preocupación por sobrepeso, autclasificación del peso y *Body Areas Satisfaction Scale* (BASS) (Cash & Pruzinsky, 1990).

Las tres pruebas descritas que se utilizarán en el programa de prevención compondrán tres pases; se pasarán en una pre-evaluación tanto del grupo experimental como del grupo control, después en una post-evaluación tras terminar el programa de

prevención en el grupo control y en el experimental, y volverán a pasarse nuevamente en el seguimiento realizado a los tres meses de haber llevado a cabo el programa a las mismas muestras de sujetos de ambos grupos.

## **Sesiones**

El programa de prevención constará de tres sesiones interventivas de una hora de duración cada una. Se llevará a cabo una sesión por semana en el aula de clase. Los contenidos de las distintas sesiones quedan explicados y desarrollados a continuación:

### Sesión 1

El objetivo de esta sesión es realizar una primera toma de contacto con los alumnos y destapar, poco a poco, los mitos que hay sobre la perfección que muestran los medios publicitarios. Para ello se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Pre-test. Primer pase de instrumentos por todos los alumnos, tanto del grupo experimental como del grupo control. Después, se comenzará a trabajar con el grupo experimental.
- Explicación al grupo sobre los conceptos básicos de autoestima e imagen corporal. Además, se hablará de la gran cantidad de mensajes publicitarios que exponen los medios sobre el físico, sobre todo en relación a los cuerpos femeninos.
- Visualización de vídeos en el aula sobre cómo los medios publicitarios manipulan sus imágenes para conseguir resultados más estéticos de cara al público. Comentar con los alumnos los vídeos una vez han sido mostrados para que expresen sus ideas y opiniones acerca de los mismos. Se visualizará el siguiente contenido:

<https://www.youtube.com/watch?v=dKv09SPw7r8>

<https://www.youtube.com/watch?v=xKQdwjGiF-s&list=WL&index=20&t=0s>

<https://www.youtube.com/watch?v=MfIT0I7ZPCs>

Este material será previamente preparado por el psicólogo con el fin de exponerlo directamente en el aula ante los alumnos cuando se realice la actividad.

- Como tarea para casa, se animará a los alumnos a que busquen por su cuenta más ejemplos de “publicidad engañosa” en Internet para comentarla en grupo en

la siguiente sesión.

Los recursos necesarios para la elaboración de esta sesión serán un ordenador y un proyector en el que poder mostrar los vídeos e imágenes al alumnado.

## Sesión 2

Esta segunda sesión está más enfocada al trabajo de la autoestima. Sin dejar de lado el tema de la imagen corporal, se valorará cómo se sienten los estudiantes consigo mismos y la concepción que tienen sobre distintos calificativos en relación al físico. Las actividades a realizar son:

- Breve resumen sobre lo comentado en la sesión anterior y se pedirá al alumnado que explique al resto de la clase qué vídeos o noticias ha encontrado sobre la manipulación de los medios de cara a la publicidad.
- Juego de la repetición (unos 15 minutos): Los alumnos se reunirán en grupos de 2-4 personas y, entre ellos, expondrán algo de su físico que no les guste. Entonces, lo repetirán de forma constante en voz alta al resto del grupo, sin parar, hasta que las palabras dejen de tener sentido. Cuando todos los miembros de todos los grupos hayan participado, se comentará de forma general cómo se han sentido los alumnos al exponer esos complejos y qué sensaciones han tenido después de repetir lo mismo tantas veces seguidas, es decir, si han sentido que las palabras llegaban a perder valor en algún momento. Esta actividad está basada en la técnica de la intención paradójica desarrollada por Viktor Frankl. Por ello, se ha hecho una adaptación de la misma para poder aplicarla con el grupo experimental del programa.
- Realización del juego “Palabras tabú” (unos 15 minutos): Se dispondrá de una serie de adjetivos escritos en trozos de papel; “alto”, “bajo”, “guapo”, “feo”, “simpático”, “gracioso”, “antipático”, “gordo”, “delgado”, “joven”, “viejo”, “corpulento”, “atlético”, “fuerte”, “débil”, “agradable”, “borde”, “aburrido”, “valiente” y “cobarde”. Los trozos de papel se colocarán en un cuenco y se doblarán para que el adjetivo no quede a la vista. Entonces, en la pizarra se harán dos listas: qué cosas le dirían cara a cara a una persona y qué cosas no le dirían. Un alumno que se presente voluntario irá sacando uno a uno los papeles y leerá en voz alta el adjetivo escogido. El psicólogo animará a la clase a que diga en cuál de las dos columnas clasificaría ese adjetivo y otro alumno los irá

escribiendo en la pizarra. Una vez terminada la clasificación, se valorará de forma global ambas columnas y se hará un debate sobre los adjetivos que no le dirían a alguien y por qué, y los alumnos deberán explicar por qué los consideran “malos” calificativos. Esta actividad ha sido desarrollada por elaboración propia.

- Explicación de la regla de los tres segundos: No verbalizar una característica de la persona que sea difícil o no pueda cambiar en tres segundos referentes a la apariencia física: “Tienes muchas pecas”, “tienes una nariz muy grande”, “eres muy bajito/a”, “ese corte de pelo te sienta fatal” frente a “llevas la camiseta del revés”, “tienes algo en el pelo”, “te has manchado la cara”. Dichos ejemplos subrayan que los comentarios que no deben hacerse son los que poseen una connotación peyorativa, Esta actividad ha sido extraída y adaptada de la plataforma online “Flur Magazine” para su aplicación en el programa.
- El juego de las etiquetas (unos 20 minutos): Se facilitará a cada alumno un conjunto de etiquetas blancas en las que habrá escrito características tanto buenas como malas: vago, torpe, trabajador, guapo, responsable, distraído, feo, irresponsable, amable, divertido, inútil, independiente, seguro de sí mismo, inseguro de sí mismo, indeciso, valiente, tonto, listo, simpático y patoso. Todos los alumnos deberán pegarse las etiquetas por el cuerpo y, entonces, el terapeuta les hablará sobre las etiquetas sociales y cómo estas clasifican y juzgan a la gente. Después, cada alumno deberá elegir qué etiquetas se deja y cuáles se quita, justificando su elección al psicólogo y al resto de la clase. Esta actividad surge de técnicas utilizadas por profesionales de la psicología especializados en el trabajo de la autoestima, no obstante, se ha procedido a su adaptación al contexto del programa actual.

### Sesión 3

Esta última sesión tiene como objetivo seguir profundizando en la imagen corporal y en la autoestima de los alumnos. Con el fin de observar la concepción que tiene cada alumno de sí mismo y cómo le ven los demás (tanto a nivel físico como personal), se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Realización del juego “Venderse al compañero” (unos 15 minutos): Los alumnos se dividirán por parejas, y cada uno tendrá que intentar venderse a su compañero diciendo cualidades positivas de sí mismo, de forma que pueda

convencer lo suficiente al otro para que le compre. Después el otro compañero hará lo mismo. Una vez finalizada la tarea, se expondrá de forma común cómo ha ido el ejercicio y si los alumnos han conseguido venderse a sus parejas. La elaboración y aplicación de esta actividad es de elaboración propia.

- Actividad “Mensajes anónimos” (unos 30 minutos): Se repartirá un folio a cada alumno en el que escribirán su nombre en la parte superior del mismo. El psicólogo los recogerá y los volverá a repartir de forma aleatoria a todos los compañeros, entonces, cada uno deberá escribir tres cualidades sobre la persona indicada en el papel (puede ser cualidad física o personal) de forma anónima. Cuando todo el mundo haya escrito en todos los folios, el terapeuta los recogerá y se hará una puesta en común sobre las cualidades que han sido escritas. Finalmente, cada alumno podrá quedarse su hoja para que tenga presente las cualidades que sus compañeros han escrito. Esta actividad ha sido adaptada de blogs profesionales de psicología para conseguir resultados satisfactorios.

Al finalizar la tercera sesión, se volverá a pasar los cuestionarios CIMEC, escala de Rosenberg y MBSQR-AS al grupo experimental y al grupo control para valorar si se ha producido algún cambio en los resultados.

En relación al seguimiento, los cuestionarios volverán a pasarse tanto al grupo control como al grupo experimental en un periodo de tres meses después de haber finalizado todas las sesiones planteadas en el programa. No obstante, es necesario destacar que lo más apropiado para cerciorarse del buen funcionamiento del programa sería realizar no solo un este pase de seguimiento mencionado, sino hacer otro a los seis meses e incluso otro más al año de haber terminado el programa para comprobar si ha habido algún cambio en los individuos de las muestras. Esta consideración podría valorarse de cara al futuro.

## CONCLUSIÓN

La realización de este trabajo ha supuesto un aviso ante la necesidad de que se creen más programas de prevención que realmente ayuden a prevenir la aparición de los TCA, así como a frenar su avance.

La investigación llevada a cabo durante la elaboración de este programa ha puesto de manifiesto los severos datos que acontecen a la población respecto a los casos de AN y BN, dejando ver un aumento de los porcentajes de individuos que padecen estos trastornos a lo largo de los últimos años. Además, dejando ligeramente a un lado los casos de TCA, los estudios analizados también han demostrado la creciente preocupación de la gente por su imagen corporal y su interés por seguir los cánones establecidos a nivel social.

Por otro lado, los estudios citados en este trabajo se ha comprobado que las edades en las que empiezan estas preocupaciones, así como los inicios de la sintomatología de TCA, son considerablemente tempranas, en algunos casos incluso antes de llegar al periodo de la adolescencia y siendo la mayoría mujeres.

Haciendo un análisis exhaustivo, se puede comprobar que durante los últimos años no se han realizado demasiados programas de intervención y, aun con los pocos que se han llevado a cabo, las cifras de casos de TCA siguen aumentando.

Estos datos invitan a una reflexión sobre qué está ocurriendo en la sociedad no solo española sino también fuera de nuestras fronteras, ya que otros países también muestran datos de características similares. Asimismo, podría barajarse la opción de que, quizás, algo en los programas ya hechos no está funcionando como debería, ya que los casos de TCA siguen apareciendo.

El motivo principal de la realización de este programa es evitar que esto siga sucediendo, además de empezar a construir una sociedad en la que reducir los números de casos relacionados con estos trastornos sea una realidad.

En otro orden de ideas, se ha comprobado que es necesario tomar en consideración el influjo que los mensajes publicitarios externos mandan a los individuos. Como se ha visto en los estudios citados, las personas pueden formarse esquemas mentales que no se corresponden con la realidad, discrepancia que suele ir acompañada de insatisfacción corporal, lo que puede suponer un desencadenante

significativo en la aparición de sintomatología propia de los TCA.

Las sesiones interventivas propuestas en este programa de prevención pretenden contribuir a la reducción de la incidencia en TCA y frenar los avances de los primeros síntomas ya manifestados en los individuos. Es por ello que, trabajando aspectos tan significativos y relacionados con la satisfacción corporal como son la propia autoestima y la imagen corporal, se pretende conseguir unos resultados optimistas e intentar eliminar o reducir los pensamientos y/o conductas de la población que pueden propiciar la aparición de algún TCA.

Con el uso de las actividades planteadas, se busca que los jóvenes aprendan a valorarse a sí mismos, tanto a nivel físico como emocional. Si se consiguen lograr estos objetivos se espera que se produzca el desarrollo de una actitud crítica por parte de los adolescentes ante los medios de comunicación, de manera que la influencia que estos puedan ejercer disminuya; una mejora en la valoración del propio cuerpo en cada persona y un aumento de la autoestima individual. Y, de esta forma, contribuir, como ya se ha indicado, a la reducción de la incidencia de casos nuevos de TCA.

Estableciendo estas bases como objetivo, se busca ejercer una labor que verdaderamente produzca un cambio en la sociedad. La falta de programas de prevención durante años anteriores puede haber sido una de las causas que hayan perpetuado la aparición y mantenimiento de los TCA, por ello, con este programa se busca ahondar en variables ampliamente relacionadas con estos trastornos para, de manera indirecta, tratar de producir una actitud de aceptación en los adolescentes respecto a su propia imagen.

No obstante, no se puede garantizar el éxito rotundo del programa. Existen limitaciones que pueden poner en riesgo el buen resultado del mismo. Como ya se ha mencionado anteriormente, el hecho de que las muestras estén compuestas tanto de mujeres como de varones puede suponer una limitación en los resultados. Tal y como se ha podido comprobar en otros estudios (Jorquera, 2009), en ocasiones trabajar con muestras mixtas ha interferido en el sentido de limitar la participación de las chicas, por los posibles comentarios que pudieran hacer los compañeros del sexo opuesto.

Así mismo, es aconsejable comentar que, lo que para nosotros podría ser un “reto de trabajo”, como es el hecho de que los participantes pongan de manifiesto sus

“debilidades” sobre su apariencia física, a la vez, podría convertirse en una limitación, pues podría sensibilizar al alumnado más que protegerlo. Es por ello que, para intervenciones futuras, se plantea la posibilidad de incluir herramientas que permitan entrenar a los adolescentes en estrategias que les protejan de este tipo de dificultades.

En definitiva y para concluir este trabajo, se busca hacer nuevamente hincapié en la idea de que el cambio es posible, por lo que, si se emplean las herramientas y el enfoque adecuado, la ocasión de afrontar los TCA y sus consecuencias en la población no queda tan alejada. En otras palabras, es posible tratar y prevenir los TCA de forma exitosa.

## REFERENCIAS

“Encuesta de Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentarian en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid 2001; 7: 46-67.*

Acosta García, M., & Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3 (1), 9-21.*

Albee, G. W. y Gullotta, T. P. (1986). Facts and fallacies about primary prevention. *Journal of Primary Prevention, 6, 207 – 218.*

Almenara Vargas, C. A. (2006). Análisis histórico crítico de la anorexia y bulimia nerviosas.

Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I. C., & Serra, L. M. (2015). Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria, 31(5), 2283-2288.*

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*, (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Anaya, F. (2004). El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. *Enfermería clínica, 14(4), 230-234.*

Anna Keski-rahkonen. “Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community”. *Am j Psychiatry 2007:164-168.*

Armsden, G., & Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16, 427–454.*

Arroyo Izaga, M., Rocandio Pablo, A. M., Ansotegui Alday, L., Herrera, H., & Rebato Ochoa, E. M. (2005). Percepción de la imagen corporal en estudiantes de la Universidad del País Vasco.

Arroyo, M., Ansotegui, L., Pereira, E., Lacerda, F., Valador, N., Serrano, L., & Rocandio, A. M. (2008). Valoración de la composición corporal y de la percepción de la imagen en un grupo de mujeres universitarias del País Vasco. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 366-372.

Baile, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal. *Cuadernos del Marqués de San Adrián: revista de humanidades*, 2, 53-70.

Bautista Castaño, I., & Serra Majem, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición hospitalaria*, 31(5), 2283-2288.

Behar, R., & Figueroa, G. (2004). Anorexia nerviosa y bulimia. Clínica y terapéutica. *Santiago de Chile: Mediterráneo*.

Berscheid, E., Walster, E., & Bohrnstedt, G. (1973). The happy American body: A survey report. *Psychology Today*, 7, 119-131.

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

Bryant, J., & Zillmann, D. (1994). *Los efectos de los medios de comunicación: investigaciones y teorías*. Paidós.

Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L., & Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas españolas de psiquiatría*, 38(4), 204-211.

Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and image. *Body images: Development, deviance, and change*, 51-79.

Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present and future. *Body Image: An International Journal of Research*, 1(1), 1-5.

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., & Pruzinsky, T. E. (1990). *Body images: Development, deviance, and*

*change*. Guilford Press.

Craig, P., Halavatau, V., Comino, E., & Caterson, I. (1999). Perception of body size in the Tongan community: differences from and similarities to an Australian sample. *International Journal of Obesity*, 23(12), 1288.

Crichton, N. (2001). Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs*, 10(5), 706-6.

De la Serna I. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monog Psiquiatría* 2004; 16 (2): 1-2.

Deniri, M. E., & Vivero, V. M. A. (2015). Adolescencia, anorexia nerviosa y redes sociales.

Diz, J. I. (2016). Situación de la adolescencia en la España actual. *Adolescere*, 4(1), 8-16.

Durán, V. C. (2003). Anorexia y bulimia ¿La publicidad víctima o culpable?. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, (83), 30-33.

Durkin, S. J., & Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995–1005.

Etxaniz, I. E. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y juventud. *Análisis y modificación de conducta*, 31(135).

Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304–312.

Fox, S. (2000). The online health care revolution: How the web helps Americans Take better care of themselves. A Pew Internet and American Life Project Online Report. [http://www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP\\_Health\\_Report.pdf](http://www.pewinternet.org/reports/pdfs/PIP_Health_Report.pdf).

García-Camba E. 2001. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Editorial Masson. 79 pp.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of

the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.

González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., & Raich, R. M. (2011). Disordered eating prevention programme in schools: A 30-month follow-up. *European Eating Disorders Review*, 19(4), 349-356.

Guillamón, N., & García, M. M. (2012). Uso de Internet y las redes sociales para la salud en adolescentes: evaluación de necesidades para un servicio online de salud mental. In *Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud* (pp. 100-115). Consejería de Salud. Rioja Salud.

Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: “Comparing” boys and girls. *Body image*, 1(4), 351-361.

Hernández, R. M. Z., & Ortiz, M. D. R. (2011). Psychophysiological reaction to exposure of thin women images in college students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 2(1), 33-41.

Jiménez-Flores, Paloma, Jiménez-Cruz, Arturo, & Bacardí-Gascón, Montserrat. (2017). Body-image dissatisfaction in children and adolescents: a systematic review. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 479-489.

Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Journal of Developmental Psychology*, 40, 823–835.

Jones, D. C., Vigfusdottir, T. H., & Lee, Y. (2004). Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys. *Journal of Adolescent Research*, 19, 323–339.

Jorquera Rodero, M. (2009). *Un taller de prevención para los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad Valenciana*. Universitat de València.

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265.
- Kim, J. H., & Lennon, S. J. (2007). Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25(1), 3-23.
- Lladó, Gina, González-Soltero, Rocío, & Blanco, María José. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693-701.
- Llaguno, M. M. (2002). La tiranía de la apariencia en la sociedad de las representaciones, *Revista Latina de Comunicación Social*, 50.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50 -year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Mabe, A. G., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2014). Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 516- 523.
- Madrigal-Fritsch, H., Irala-Estévez, J. D., Martínez-González, M. A., Kearney, J., Gibney, M., & Martínez-Hernández, J. A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud pública de México*, 41, 479- 486
- McMillan, W., Stice, E., & Rohde, P. (2011). High-and low-level dissonance-based eating disorder prevention programs with young women with body image concerns: An experimental trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 129.
- Mendelson, B.K., Mendelson, M.J., & White, D.R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personality Assessment*, 76, 90–106.

Nevot, J. C. (2005). La incidencia de la preocupación por la imagen corporal en las elecciones alimentarias de los jóvenes. *Zainak. Cuadernos de antropología-etnografía*, (27), 165-177.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) (2015). Ministerio de Economía y Empresa. Disponible en: <https://www.ontsi.red.es/ontsi/en>

Ortiz-Moncada, M. R. (2007). Materiales didácticos. Ministerio de Sanidad y Consumo-Observatorio de salud de la Mujer. Universidad Complutense. 1º edición. Madrid.

Pallan MJ, Hiam LC, Duda JL, Adab P. Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011;11:21.

Pearce, J. M. S. (2004). Richard Morton: origins of anorexia nervosa. *European Neurology*, 52(4), 191-192

Pérez, M. D. C. I. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 5(2).

Pérez-Latre, Francisco J. *Planificación y gestión de medios publicitarios*. Barcelona, España. Editorial Ariel. 2000, p. 173.

Peyró, C. F., & Oñate, C. G. (2009). La creatividad publicitaria y su influencia social en la vigorexia masculina. *Questiones publicitarias*, 1(14), 20-33.

Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 391-401.

Radloff, L. S. (1977). The CES–D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401.

Raich, R. M., Portell, M., & Peláez-Fernández, M. A. (2010). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: Is it more effective in girls at risk?. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(1), 49-57.

Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Portell, M., Moncada, A.,

& Fauquet, J. (2008). A controlled assessment of school - based preventive programmes for reducing eating disorder risk factors in adolescent Spanish girls. *Eating Disorders*, 16, 255–272.

Ramos Valverde, P., Rivera de los Santos, F. J., Rodríguez, M., & Carmen, M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles.

Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S., & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica*, (16).

Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Holt, K. E., & Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24(4), 475-495.

Richardson, S. M., & Paxton, S. J. (2010). An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: A controlled study with adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 112–122.

Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, (7), 149-161.

Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure of the Rosenberg Self-esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 151–161.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

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

Ruiz-Lázaro, P. M. (1999). Trastornos alimentarios en varones. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 3: 160–166.

Serrano, E. (2016). Trastorns alimentaris i hàbits de cerca a internet: resultat d'una enquesta de població clínica. *Estudio disponible en: [http://consum.gencat.cat/ecofin\\_webacc/AppJava/uploads/Presentacio\\_estudi\\_trastorns\\_alimentaris\\_Internet](http://consum.gencat.cat/ecofin_webacc/AppJava/uploads/Presentacio_estudi_trastorns_alimentaris_Internet)*

. pdf.

Serrano Sánchez, A. (2016). Programa educativo en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: valoración de la eficacia de un programa de intervención frente a un grupo de control.

Soloaga, P. D., Froufe, N. Q., & Muñiz, C. (2010). Cuerpos mediáticos versus cuerpos reales. Un estudio de la representación del cuerpo femenino en la publicidad de marcas de moda en España. *Revista ICONO14 Revista científica de Comunicación y Tecnologías emergentes*, 8(3), 244-256.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Consulting Psychologists Press; Palo Alto, CA: 1983. *Manual for the state-trait anxiety inventory*.

Stice, E., Fisher, M., & Martinez, E. (2004). Eating Disorder Diagnostic Scale: Additional evidence of reliability and validity. *Psychological Assessment*, 16, 60–71.

Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 825.

Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 263–275.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American psychologist*, 41(3), 246.

Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 79–83.

Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., ... & Killen, J. D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24(1), 31-42.

Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B., & Fisher, E. (1994). The Perception of

Teasing Scale (POTS): A revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). *Journal of Personality and Assessment*, 65, 157.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., & Tantleff, S. (1991). The Physical Appearance Comparison Scale (PACS). *The Behavior Therapist*, 14, 174.

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

Thompson, J. K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., & Heinberg, L. J. (2004). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 293–304.

Thompson, M. A., & Gray, J. J. (1995). Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*, 64, 258–269.

Toro J. “Detección de la Anorexia Nerviosa en atención primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*. Oct. 2001; 18-22

Toro, J. (2008). *El cuerpo como delito* (3 ed.). Barcelona: Ariel. Tercera edición.

Toro, J., Castro, J., Gila, A., & Pombo, C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13, 351–359.

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, Joseph y Vilardell, Enric. *Anorexia nerviosa*. Barcelona, España. Ediciones Martínez Roca. 1987, p. 259.

Tremblay L, Lovsin T, Zecevic C, Lariviere M. (2011). Perceptions of self in 3 -5-year old children: A preliminary investigation into the early emergence of body dissatisfaction. *Body Image*,8:287-92.

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 Strien, T., Frijters, J. E., van Staveren, W. A., Defares, P. B., & Deurenberg, P. (1986). The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 747–755.

Vaquero-Cristóbal, Raquel, Alacid, Fernando, Muyor, José María, & López-Miñarro, Pedro Ángel. (2013). Body image: literatura review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.

# ANEXOS

## Anexo 1.

### Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)

**Fecha de 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 sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan solo 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?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	<b>Sí, más de 2</b>	<b>Sí, 1 ó 2</b>	<b>No, ninguna</b>
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nunca</b>
11. ¿Te atrae a la vez que te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
13. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu	<b>Sí, más de 2</b>	<b>Sí, 1 ó 2 veces</b>	<b>No, nunca</b>

vida?	veces		
14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nunca</b>
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de moda o en los anuncios de prendas de vestir?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
17. ¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita”, “redondita” o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de tus caderas y muslos?	<b>Sí, la mayoría</b>	<b>Sí, algunas</b>	<b>No, ninguna</b>
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, etc.?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	<b>Sí, más de 3 tem.</b>	<b>Sí, 1 ó 2 tem.</b>	<b>No, nunca</b>
23. ¿Te atraen los libros, los artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
24. ¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?	<b>Sí, 2 o más</b>	<b>Sí, 1 persona</b>	<b>No, nadie</b>
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	<b>Sí, más de 2</b>	<b>Sí, 1 ó 2</b>	<b>No, ninguna</b>
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>

30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	<b>Sí, más de 2</b>	<b>Sí, 1 ó 2</b>	<b>No, ninguna</b>
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nunca</b>
33. ¿Sientes deseos de utilizar alguna crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	<b>Sí, siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
34. ¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	<b>Sí, seguro</b>	<b>Sí, probablemente</b>	<b>No, no lo creo</b>
35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	<b>Sí, muchas veces</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, nunca</b>
36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	<b>Sí, la mayoría</b>	<b>Sí, algunas</b>	<b>No, ninguna</b>
37. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con tejanos, bañador o ropa interior?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>
39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	<b>Sí, casi siempre</b>	<b>Sí, a veces</b>	<b>No, me da igual</b>
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?	<b>Sí, mucho</b>	<b>Sí, algo</b>	<b>No, nada</b>

## Anexo 2.

### Escala de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

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

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracaso/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un/a inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

### Anexo 3.

#### MBSRQ-AS (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire)

**Nombre:**

**Curso:**

**Fecha:**

**Sexo:**

**Fecha de 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 mí 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 una 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 cm.). Valora de 1 a 5 el grado de satisfacción.	
34. Apariencia física en general.	

