



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**“INTERVENCIÓN INTEGRAL DE CONDUCTAS
ALIMENTARIAS DE RIESGO: ESTUDIO
COMPARATIVO ENTRE POBLACIÓN RURAL Y
URBANA”**

Proyecto terminal de carácter profesional
que para obtener el grado de

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presenta

Lic. en Psic. Francelia García Mendoza

Directora:

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Co-Directora:

M. En C. Miroslava Porta Lezama

Asesoras:

**Dra. Angélica Romero Palencia
Dra. Jazmín Lucero Munguía Godínez**

Pachuca de Soto, Hidalgo, octubre de 2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

Oficio Núm. ICSa/AAMMSP/210/2020
 Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., agosto 26 del 2020

C. FRANCELIA GARCÍA MENDOZA
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado "Intervención Integral de Conductas Alimentarias de Riesgo: Estudio Comparativo entre Población Rural y Urbana" considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 "Amor, Orden y Progreso"



MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean of the School of Health Sciences

MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine

D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
 Director of Graduate Studies of ICSa

AMELORQUELLANCOMDirector

M. en C. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health



Euseo Ramírez Ulta Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 42090
 Teléfono 52(771) 71 720 00 Ext. 2360
 mris.salpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hidalgo., agosto 25 del 2020

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna Francoelia García Mendoza, con número de cuenta 196528, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "Intervención Integral de Conductas Alimentarias de Riesgo: Estudio Comparativo entre Población Rural y Urbana" ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"

D. en Psic. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña Directora



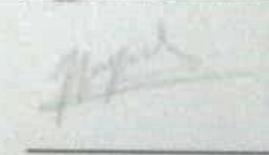
M. en C. Miroslava Porta Lezama Codirectora



D. en Psic. Angélica Romero Palencia Asesora



D. en Psic. Jazmin Luero Munguía Godínez Asesora



Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca: **930951**

Durante el periodo junio-julio de 2019, se realizó una estancia nacional de investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México (UNAM), desarrollando actividades asociadas al proyecto “Prevención Primaria. Factores de Riesgo para los problemas de peso corporal en pre-adolescentes” a cargo de las investigadoras: Dra. Gilda L. Gómez Pérez-Mitré y Dra. Silvia R. Platas Acevedo.

Agradezco el apoyo económico que me otorgó el Consejo de Ciencia y Tecnología, al asignarme la beca para realizar mis estudios de posgrado, así como el apoyo brindado por la Universidad Nacional Autónoma de México.

DEDICATORIA

A mi mamá, mi mayor ejemplo, todo cuanto he logrado se lo debo a ella. Cada camino recorrido lleva una palabra de aliento suya; una acción valerosa aun cuando los fuertes vientos parecían derribarla; cada paso lleva su amor incondicional. Por eso y más este trabajo va para ella.

A mi papá, que estoy segura me estuvo alentando todo este tiempo desde algún recóndito lugar, sé que cada brisa que hacía revolotear mi pelo a cada paso que daba era él, diciéndome: te conozco, lo conseguirás.

A mi hermano, por estar siempre pendiente de mí, por su tiempo y su apoyo. Un pez fuera del agua moriría, gracias por comprenderlo.

A ustedes que, ya sea con palabras o acciones concretas, estuvieron presentes apoyándome en cada parte de este proceso: Damián, Jesús, gracias infinitas.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Rebeca, por aceptarme como su alumna, por guiarme a través de todo este proceso y sobre todo, por ayudarme a ser una mejor profesional: su ejemplo ha sido invaluable para mí. Gracias por sus enseñanzas, su paciencia y por su enorme compromiso. Mi admiración siempre para usted.

A la Dra. Lucero, por permitirme, en primer lugar, aprender acerca de lo que ha venido realizando sobre el tema de los Trastornos Alimentarios. Y en segundo lugar, por brindarme la oportunidad y el apoyo para retomar su trabajo y darle sentido a esta investigación: sin su aportación esto no habría sido posible. Gracias también por estar pendiente en cada parte del proceso; por sus enseñanzas y aportaciones.

A la Mtra. Miroslava, por su gran disposición y apoyo que mostró desde el primer día hacia este proyecto, fue muy alentador para mí. Gracias igualmente por sus valiosas aportaciones y sugerencias: cada una permitió un avance óptimo y significativo en cada fase.

A la Dra. Angélica, por aceptarme como su alumna a pesar del tiempo apresurado. Le agradezco su invaluable disposición, así como los momentos que se tomó para brindarme su apoyo.

Al Dr. Ruvalcaba, por estar pendiente del proyecto, apoyando en cada parte del proceso y alentando a su culminación.

Agradezco infinitamente al grupo de investigadores de la “Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), del Hospital Universitario de Bellvitge, de la Universidad de Barcelona, y de la “Unidad de Evaluación e Intervención en Imagen Corporal (UAIC)” de la Universidad Autónoma de Barcelona, por darme la oportunidad de conocer el trabajo que realizan y permitirme utilizar su programa para la realización de esta investigación.

Un agradecimiento especial a la Preparatoria Número Uno y al CECYTEH Plantel Omitlán; al Psicólogo Oscar y a la Mtra. Rosi, por brindarme la oportunidad y el espacio para llevar a cabo esta investigación. De igual manera a cada uno de los alumnos que participaron en el proyecto.

A mis compañeros y colegas: Regina, Daniel. Yessenia y Gala: su implicación y colaboración permitió que este proyecto saliera adelante, muchas gracias.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ABREVIATURAS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES	18
1.1 Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA)	18
1.1.2 Epidemiología de los TAIA	19
1.1.3 Etiología y complicaciones asociadas a los TAIA	22
1.1.4 Factores de riesgo	23
1.1.4.1 Factores socioculturales	24
1.1.4.1.1 Ideal estético y estereotipos de belleza	24
1.1.4.1.2 Medios de comunicación	25
1.1.4.1.3 Presión social	26
1.1.4.2 Factores familiares	27
1.1.4.3 Factores individuales	28
1.1.4.3.1 Preocupación e insatisfacción con la imagen corporal	28
1.1.4.3.2 Dificultad en la regulación emocional	30
1.1.4.3.3 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)	31
1.2 Adolescencia	34
1.2.1 Definición y características	34
1.2.2 Aspectos psicosociales claves en esta etapa	35
1.2.2.1 Identidad	35
1.2.2.2 Autoestima	36
1.2.2.3 Socialización	37
1.2.3 Riesgos para la salud en los adolescentes	37
1.3 Contexto sociocultural: ruralidad y urbanidad	39

1.3.1 Definición y características del contexto rural	39
1.3.2 Definición y características del contexto urbano	42
1.4 Programas de prevención	43
1.4.1 Importancia de la prevención	43
1.4.2 Clasificación de la prevención	44
1.4.3 Modelos de prevención y contenidos de los programas de prevención	45
1.4.4 Elementos clave de los programas de prevención	47
1.4.4.1 Género	47
1.4.4.2 Edad	48
1.4.5 Formato de los programas	48
1.4.5.1 Programas didácticos	49
1.4.5.2 Programas interactivos	49
1.4.6 Estrategias de intervención de los programas	51
1.4.6.1 Autoestima	51
1.4.6.2 Alfabetización de los medios	52
1.4.6.3 Disonancia Cognitiva	53
1.4.7 Duración de las intervenciones	54
1.4.8 Diseño de las intervenciones	54
1.5 Estado del arte: estudios en población rural vs urbana	55
1.5.1 Estudios internacionales	56
1.5.2 Estudios nacionales	38
1.5.3 Estudios locales	59
CAPÍTULO 2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	62
2.1 Propuesta del Programa de Intervención	62
CAPÍTULO 3. MÉTODO	64
3.1 Justificación	64
3.1.1 Pregunta de investigación	67
3.2 Objetivo General	67
3.3 Objetivos Específicos	67

3.4 Hipótesis	68
3.5 Definición de variables	68
3.6 Diseño de investigación	72
3.7 Contexto de la investigación	73
3.8 Tamaño de la muestra y muestreo	73
3.8.1 Datos generales de la muestra	74
3.9 Instrumentos y materiales	79
3.10 Procedimiento	82
3.11 Análisis estadístico	82
3.12 Implicaciones bioéticas	83
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	85
4.1 Equivalencia inicial	85
4.2 Comparación intra e intergrupos	86
4.2.1 Comparación intragrupos	87
4.2.2 Comparación intergrupos	94
4.3 Tamaño del Efecto	95
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	97
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	104
6.1 Limitaciones	104
6.2 Sugerencias	105
REFERENCIAS	106
ANEXOS	128
Anexo 1. Autores del Programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”	128
Anexo 2. Carta descriptiva del Programa	129
Anexo 3. Cuestionario de datos sociodemográficos	130
Anexo 4. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	132
Anexo 5. Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)	137
Anexo 6. Test de Siluetas para Adolescentes (TSA)	142
Anexo 7. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E)	144
Anexo 8. Percentiles de Estatura por edad y Peso por Edad (CDC)	145

Anexo 9. Dictamen de aprobación del Comité de Ética	147
Anexo 10. Oficio de presentación del programa a autoridades escolares	148
Anexo 11. Carta de consentimiento informado para padres de familia	150

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Multifactorialidad de los Trastornos Alimentarios	23
Figura 2. Esquematización de los elementos considerados en la intervención	63
Figura 3. Diseño de investigación	73
Figura 4. Distribución porcentual del IMC en el total de la muestra	75
Figura 5. Nivel de estudios de la madre, comparativo entre muestra rural y urbana	76
Figura 6. Nivel de estudios del padre, comparativo entre muestra urbana y rural	77
Figura 7. Ocupación de la madre, comparativo entre la muestra urbana y rural	78
Figura 8. Ocupación del padre, comparativo entre la muestra urbana y rural	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diferencias entre población rural y urbana	40
Tabla 2. Cambios sobre lo rural entre 1980 y 2010	41
Tabla 3. Definición de las variables independientes	69
Tabla 4. Definición de las variables dependientes	70
Tabla 5. Definición de las variables intervinientes	71
Tabla 6. Descripción de los participantes por tipo de muestra y por grupo	74
Tabla 7. Equivalencia inicial entre grupo experimental y en fase de espera, urbana	85
Tabla 8. Equivalencia inicial entre grupo experimental y en fase de espera, rural	86
Tabla 9. Comparación entre pre y post evaluación del CIMEC-26, en muestra urbana	87
Tabla 10. Comparación entre pre y post evaluación del CIMEC-26, en muestra rural	88
Tabla 11. Comparación entre pre y post evaluación del DERS-E, en la muestra urbana	89
Tabla 12. Comparación entre pre y post evaluación del DERS-E, en la muestra rural	90
Tabla 13. Comparación entre pre y post evaluación del TSA-1 por tipo de muestra	91
Tabla 14. Distribución de frecuencias de CAR en la muestra urbana	92
Tabla 15. Distribución de frecuencias de CAR en la muestra rural	93
Tabla 16. Comparación entre pre y post evaluación del EDE-Q, en la muestra urbana	93
Tabla 17. Comparación entre pre y post evaluación del EDE-Q, en la muestra rural	94
Tabla 18. ANOVA de medidas repetidas 2X2X2 (TiempoXCondiciónXMuestra)	94
Tabla 19. Tamaño del efecto intragrupal en ambas muestras	96

ABREVIATURAS

CAR	Conductas Alimentarias de Riesgo
TAIA	Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos
UAIC	Unidad de Evaluación e Intervención en Imagen Corporal
UTCA	Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
HUB	Hospital Universitario de Bellvitge
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
OMS	Organización Mundial de la Salud
IMC	Índice de Masa Corporal
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
TAS	Teoría del Aprendizaje Social
TDI	Teoría de la Difusión de Innovaciones
TAR	Teoría de la Acción Razonada
CIMEC	Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal
PBC	Plato del Bien Comer
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire
TSA	Test de Siluetas para Adolescentes
ANOVA MR	ANOVA de Medidas Repetidas
TE	Tamaño del Efecto

RESUMEN

Introducción. La prevalencia de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en adolescentes, ya no es exclusiva de contextos urbanizados, actualmente, y debido entre otros factores al impacto de los medios masivos de comunicación y los ideales de belleza que promueven, las zonas rurales en diferentes partes del mundo presentan porcentajes similares. Es importante considerar el proceso de aculturación, en donde poblaciones rurales han pasado a adoptar creencias y pautas de comportamiento que, hasta entonces, se consideraban más frecuentes en ámbitos urbanos. **Objetivo:** Evaluar el impacto del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”, dirigido a la prevención de CAR, comparando una población urbana contra una rural en adolescentes del Estado de Hidalgo, México. **Material y métodos.** Se trata de un diseño cuasi-experimental, de cuatro grupos, dos grupos experimentales y dos en lista de espera, con pre y post test. La intervención consistió en cinco sesiones semanales, de una hora de duración cada una, haciendo uso de estrategias de alfabetización de medios, alfabetización de alimentación y estrategias de regulación emocional. Los cambios se midieron con los instrumentos: *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, *Test de Siluetas para Adolescentes (TSA)*, *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)* y la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*. Se eligió a los participantes a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, en total fueron n=130 alumnos, n=68 alumnos de una preparatoria rural ubicada en Omitlán de Juárez, y n=62 alumnos de preparatoria urbana de Pachuca, Hidalgo. **Resultados.** El programa resultó efectivo en la disminución de la influencia mediática sobre el ideal estético, tanto en el contexto urbano como en el contexto rural, teniendo un mayor impacto en éste último. **Conclusiones.** Los resultados obtenidos permiten dar cuenta de la necesidad de centrar la atención a diferentes contextos en relación con las Conductas Alimentarias de Riesgo, dirigiendo las estrategias de prevención también a grupos de población pertenecientes a zonas rurales.

Palabras clave. Intervención Preventiva, Conductas Alimentarias de Riesgo, Adolescencia, Comunidad Urbana vs. Rural

A B S T R A C T

Introduction. The prevalence of Risk Eating Behaviors (REB) in adolescents is not exclusive of urbanized contexts, currently, and due to the impact of the mass media and the beauty ideals they promote, among other factors, rural areas in different parts of the world present similar percentages. It is important to consider the process of acculturation, where rural populations have adopted beliefs and patterns of behavior that, until then, were considered more frequent in urban areas. **Objective.** To evaluate the impact of the "Intervención Integral de Prevención en Salud" program, aimed at the prevention of REB, comparing an urban population vs. a rural one in adolescents of Hidalgo's State. **Material and methods.** It is a quasi-experimental design, with four groups, two experimental groups and two on the waiting list, with pre and posttest. The intervention consisted in five weekly sessions, of one hour duration each, using media literacy strategies, food literacy and emotional regulation strategies. Changes were measured with the instruments: *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*, *Teen Silhouettes Test (TSA)*, *Questionnaire Influences of the Aesthetic Body Model (CIMEC)* and the *Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS)*. Participants were chosen through a non-probabilistic sampling for convenience, in total they were n=130 students, n=68 students from a rural high school located in Omitlán de Juárez and, n=62 from a urban high school in Pachuca, Hidalgo. **Results.** The program was effective in decreasing the media influence on the aesthetic ideal, both in the urban and the rural context, having a greater impact on the latter. **Conclusions.** The results obtained show the need to focus attention on different contexts in relation to Risk Eating Behavior, directing prevention strategies also to population groups belonging to rural areas.

Keywords. Prevention, Alimentary Risk Behavior, Adolescence, Urban Community vs. Rural

INTRODUCCIÓN

La globalización y el auge mediático han permitido que poblaciones de diversos lugares de procedencia, culturas, estratos económicos, razas/etnias, se relacionen y se influyan entre sí (Gacel-Ávila & Orellana, 2013), haciendo que aquellas actitudes y conductas consideradas, en un principio, típicas de contextos exclusivos, se presenten de igual manera en el resto de contextos (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2004).

La prevalencia de los Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA) y de las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) se ha asociado tradicionalmente a las grandes urbes, países desarrollados, o a mujeres blancas (Brumberg, 2000); sin embargo, se ha visto que este tipo de problemas, sobre todo en población adolescente, se presentan también en países en desarrollo, estratos socioeconómicos bajos, contextos rurales, o incluso, en poblaciones indígenas (Adithyan et al., 2018; Pérez-Gil & Romero, 2018; Ramaiah, 2015; Rosas et al., 2015).

Tomando como base el Modelo del Aprendizaje Social de Bandura (1987), en el cual la conducta de riesgo de una persona no sólo está determinada por propias motivaciones, sino también por sus influencias y modelos socioculturales, se han implementado diversas estrategias enfocadas en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación, en adolescentes. Ejemplo de ello es el proyecto que ha desarrollado el grupo de investigadores de la “Unidad de Evaluación e Intervención en Imagen Corporal (UAIC)” de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), y de la “Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA)”, perteneciente al Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), de la Universidad de Barcelona (UB), en relación al diseño e implementación de programas preventivos dirigidos a población adolescente, enfocándose en factores socioculturales, tales como la influencia de los medios masivos de comunicación y los estereotipos de belleza que imperan en la sociedad (Munguía, 2016; Raich et al., 2011; Raich et al., 2008).

Uno de estos proyectos es el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” como parte de la investigación: "Desarrollo de estrategias de prevención transdisciplinarias en trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: intervención dirigida a la comorbilidad entre ambos", liderado por la Dra. Jazmín Lucero Munguía Godínez, el

cual hace uso de estrategias como la alfabetización de medios y la regulación emocional, demostrando ser un programa efectivo en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación como los trastornos alimentarios y las CAR, en población adolescente (Munguía, 2016).

La tesis que a continuación se presenta retomó el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” a fin de evaluar su impacto en la prevención de CAR, comparando una población urbana contra una rural en adolescentes del estado de Hidalgo.

En el primer capítulo se abordan los antecedentes del tema, definiendo los principales conceptos y estudios asociados a cada tópico. Se empieza describiendo a los TAIA, así como sus factores de riesgo, los cuales dan lugar a las variables del presente estudio: CAR, insatisfacción con la imagen corporal, desregulación emocional e influencia de los medios de comunicación sobre el ideal estético. En segundo lugar se aborda el tema de la adolescencia, población a la cual va dirigido el programa de prevención, por lo que se incluye su definición conceptual así como las características psicosociales claves en esta etapa de desarrollo. El tercer punto, dentro del primer capítulo, se dirige al tema sociocultural, analizando las características tanto del contexto rural como del contexto urbano, y cómo éstas se han ido entremezclando para dar paso a conductas y actitudes similares entre las personas pertenecientes a uno y otro contexto, principalmente en lo relacionado a la prevalencia de TAIA y sus factores de riesgo. En el cuarto punto se retoma lo referente a los programas de prevención de trastornos alimentarios, los formatos existentes, las estrategias más utilizadas así como características propias de una intervención como duración y diseño. En el quinto y último punto se incluye una revisión sobre los estudios que han abordado el tema de los TAIA, CAR y sus factores de riesgo en población rural vs urbana adolescente, así como los programas de prevención que se han implementado.

Posteriormente, se presenta la propuesta de intervención para la prevención de CAR, describiendo el programa implementado para el presente trabajo de investigación: “Intervención Integral de Prevención en Salud”.

El tercer capítulo describe la metodología utilizada en este estudio, la cual incluye: justificación, hipótesis, objetivos, así como materiales y métodos.

En el capítulo cuatro de resultados se presentan datos descriptivos de cada uno de los grupos participantes, y posteriormente el análisis que arrojaron las pruebas estadísticas aplicadas.

Finalmente, en el capítulo cinco se discuten los resultados a partir de la comparación con los datos que se tienen como antecedentes, después se desarrolla la conclusión, sugerencias y limitaciones del estudio. En los últimos apartados está el listado de referencias utilizadas; así como cada uno de los anexos.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

En este capítulo se definen los principales conceptos asociados a las variables consideradas en el presente estudio, así como los trabajos de investigación que se han realizado a nivel internacional, nacional y local en relación al tema que aquí se aborda.

1.1 Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (TAIA)

En la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se clasifica a los TAIA en seis tipos: bulimia nerviosa, anorexia nerviosa, trastornos de atracones, pica, trastorno de rumiación y trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos (American Psychiatric Association [APA], 2014, como se citó en Vázquez et al., 2015). En general, se trata de patologías en las que se ve gravemente distorsionado el patrón de consumo de alimentos (Unikel et al., 2017). Se describen a continuación brevemente cada una, de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM-V (Vázquez et al., 2015):

Anorexia nerviosa. Se refiere a la restricción de ingesta calórica, en relación con las necesidades primordiales, produciendo un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso de desarrollo y la salud física. Como parte de este trastorno existe igualmente un miedo a engordar, además de que se ve distorsionada la forma en la cual la persona percibe su figura y su peso.

Bulimia nerviosa. Este trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de atracones, en los cuales se ingieren grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo, existiendo en la persona una sensación de falta de control sobre lo que se ingiere. La característica distintiva de este trastorno es que, tras los episodios de atracón, se dan conductas compensatorias inapropiadas como el vómito auto-provocado, el uso de laxantes o diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Trastorno de atracones. Se trata de episodios recurrentes de atracones en los cuales, a diferencia de la bulimia, no existe conducta compensatoria. Como parte de los criterios, los atracones se deben producir, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Pica. Se refiere a la ingestión persistente de sustancias no nutritivas durante, al menos, un mes. Tales sustancias pueden ser: madera, papel, plástico, cabello, jabón, tierra, entre otras. Se trata de conductas que ponen el riesgo el desarrollo del individuo y que, además, no forman parte de una práctica socialmente aceptada.

Trastorno de rumiación. En este trastorno, la persona expulsa por la boca, sin vomitarlo, el alimento no digerido, pudiendo volver a masticarlo, tragar o escupirlo. El criterio para diagnóstico indica la presencia de estos episodios por al menos un mes.

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. Se caracteriza por un desinterés hacia la ingesta de comida debido a las características del alimento y a las consecuencias de su ingesta, generando en la persona pérdida de peso significativa, deficiencia de nutrientes, dependencia de suplementos, e interferencia en el funcionamiento psicosocial.

Dentro del DSM-5 se incluye además un apartado para otros trastornos que no cumplen con criterios de frecuencia en los periodos determinados clínicamente o en la especificidad de la conducta (Vázquez et al., 2015).

1.1.2 Epidemiología de los TAI

Casos de trastornos como la anorexia y la bulimia se han documentado desde el siglo XVII (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR], 2004); sin embargo, es en últimas décadas cuando se ha podido visualizar la magnitud del problema a través de los diferentes estudios que se han realizado en diversas partes del mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos, a través del National Institute of Mental Health (NIMH) se realizó una encuesta a nivel nacional con el objetivo de obtener datos sobre la prevalencia de los trastornos mentales entre jóvenes de 13 a 18 años; participaron 10,123 adolescentes, encontrando que la prevalencia general de trastornos alimentarios para el año 2004 fue de 2.7%; en relación a la prevalencia por sexo se encontró un mayor porcentaje en mujeres (3.8%) que en hombres (1.5%) y de acuerdo al grupo de edad, la mayor prevalencia estuvo entre adolescentes de 17-18 años con un 3%, seguido por aquellos entre 15-16 años con 2.8%

y por último adolescentes entre 13-14 años con 2.4% (National Institute of Mental Health [NIMH], 2017).

Porcentajes similares se encontraron en Europa, en donde la prevalencia de trastornos alimentarios es de 2-3% en mujeres y de 0.3-0.7% en hombres (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Específicamente en España, en un estudio realizado en 1,342 estudiantes con edades comprendidas entre los 12 a 20 años, a través de un cuestionario de cribado y una entrevista clínica, se evaluó la prevalencia de trastornos alimentarios, obteniendo los siguientes resultados: la prevalencia global fue de 4.11% (5.4% de mujeres y 2.5% de hombres); específicamente respecto a la anorexia la prevalencia fue de 0.19%, para la bulimia 0.57% y para trastornos alimentarios no especificados fue de 3.34% (Álvarez-Malé et al., 2015).

En otra investigación realizada en España, en 561 estudiantes, 42.8% varones y 57.2% mujeres, se encontró que las mujeres presentaron una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal que los varones; es importante destacar que ambos géneros llevan a cabo conductas para controlar el peso: en las mujeres es, principalmente, a través de conductas bulímicas y los hombres mediante la realización de ejercicio físico (Escolar-Llamazares et al., 2017).

De acuerdo con una revisión realizada por Smink et al. (2012), acerca de la prevalencia de trastornos alimentarios en diferentes países, en Australia la prevalencia de anorexia fue de 4.3% y de bulimia de 2.9%; en el caso de Suiza, la anorexia tuvo una prevalencia de 2.4%. Los autores expresan que ha habido un aumento en la incidencia de anorexia en adolescentes de entre 15 y 19 años, provocada posiblemente por la aparición de estos trastornos a edades cada vez más tempranas.

Siguiendo con países desarrollados, en Japón, y considerando que la prevalencia de trastornos alimentarios se pudiera estar subestimando debido a que son pocas las personas que reconocen su problema, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del país, realizó una encuesta epidemiológica a través de cuestionarios enviados a escuelas en donde cada año se les realiza a los estudiantes exámenes médicos, e identificó una prevalencia de anorexia nerviosa de 0.43%. De este porcentaje, encontró que más de la mitad no había recibido atención médica o tratamiento (Hotta et al., 2015).

Ahora bien, los trastornos alimentarios han mostrado igualmente una importante prevalencia en poblaciones que hasta hace años no se consideraban como parte del problema, por ejemplo, dentro del sector masculino (Coelho et al., 2018; Murray et al., 2017; Strother et al., 2012), en minorías étnicas/raciales (Guzmán-Saldaña et al., 2017; Pérez & Estrella, 2014), y en países en desarrollo o contextos rurales (Adithyan et al., 2018; Ramaiah, 2015).

En México, a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) se aplicó un cuestionario de ocho preguntas para evaluar las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) durante los últimos tres meses en adolescentes de 10 a 19 años de edad, encontrando que 1.3% (1.9% en el sexo femenino y 0.8% en el masculino) de los encuestados presentaban riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Las CAR más frecuentes en los adolescentes mexicanos fueron preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control de lo que se come; específicamente en las mujeres fue la preocupación por engordar (19.7%) y en los varones, la conducta de riesgo más frecuente, fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes. En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años. Por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años (Gutiérrez et al., 2012).

Otros estudios realizados en México dan cuenta igualmente de la prevalencia de trastornos alimentarios y CAR en el país, por ejemplo, a través de una encuesta aplicada a 2,368 adolescentes con edad promedio de 12 años, se obtuvo que la media de riesgo de trastornos alimentarios en la muestra fue de 17% con desviación estándar de 0.37. Un aspecto interesante es que los grupos de hombres presentaron más riesgo de padecer algún trastorno alimentario que los grupos de mujeres (Radilla et al., 2015).

Por su parte, Díaz de León-Vázquez et al. (2017), aplicaron una encuesta a 892 estudiantes de ambos sexos de la Ciudad de México, con edad promedio de 19 años, encontrando presencia de CAR en 6.8% de las mujeres y 4.1% de los hombres. En estos

últimos las variables que aumentaron el riesgo de CAR fueron la interiorización del ideal estético de la delgadez, el deseo por un cuerpo musculoso y la autoestima.

Mediante un estudio realizado en 17 localidades de la República Mexicana, en donde se evaluó la presencia de CAR en adolescentes de entre 15 y 19 años, en Hidalgo 9.6% de la muestra presentó riesgo moderado de CAR y 3.9% riesgo alto (Unikel-Santoncini et al., 2010). En otro estudio correlacional, realizado igualmente en el estado, cuya muestra fue de 774 estudiantes con rango de edad de 18 a 25 años, se encontró que 10.5% de las mujeres con obesidad registraron riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, contra 20% en hombres con obesidad. Del total de la muestra, 64.3% manifestó insatisfacción con la imagen corporal (Saucedo-Molina et al., 2015).

1.1.3 Etiología y Complicaciones Asociadas a los TAI

La etiología actual de los trastornos alimentarios es multicausal, por lo que existen diferentes factores –predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento– que, al combinarse, pueden dar paso al desarrollo de alguno de los trastornos (Behar & Figueroa, 2010). Si bien, cada caso es único, y el desarrollo de la patología dependerá de cada paciente, el estudio de los factores influyentes puede ayudar al correcto diagnóstico y tratamiento:

Factores predisponentes: tienen que ver con la vulnerabilidad de la propia persona para desarrollar un trastorno alimentario. Pueden ser de diferente índole, ya sea biológicos (herencia, edad, peso), familiares (rigidez, antecedentes en la familia, sobreprotección), individuales (impulsividad, historia de vida, baja autoestima) o socio-culturales (ideal de belleza, sociedad de consumo, cultura de la delgadez).

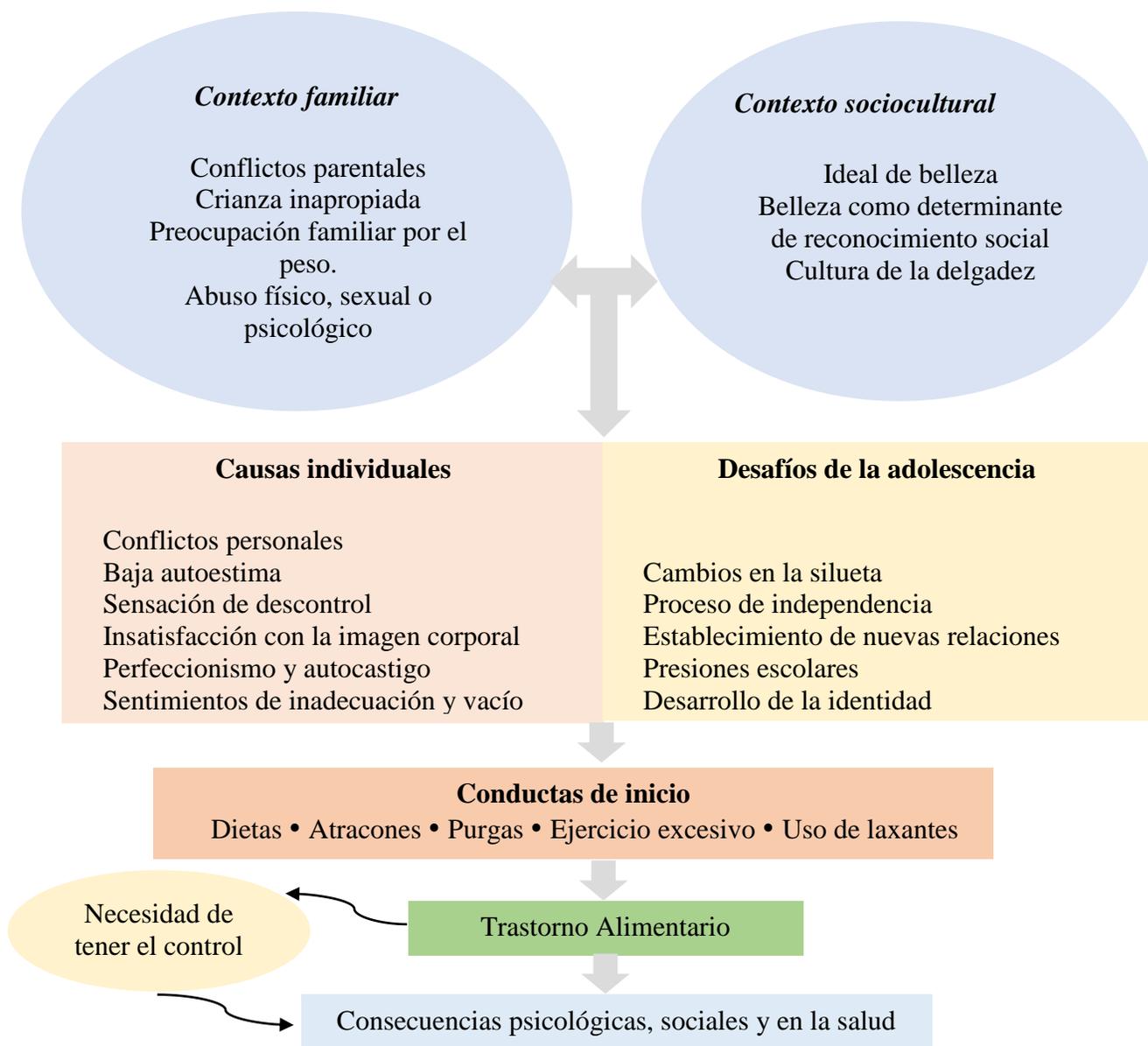
Factores desencadenantes: aquellos que, en una persona vulnerable, pueden acelerar la aparición del trastorno, por ejemplo, situaciones estresantes, realización frecuente de dietas inadecuadas.

Factores de mantenimiento: una vez que se ha instaurado el trastorno, estos factores se encargan de mantenerlo, por ejemplo, el tener redes sociales limitadas, rasgos patológicos de personalidad, consecuencias físicas.

Los múltiples factores que influyen en el desarrollo de los trastornos alimentarios se pueden observar esquematizados en la Figura 1.

Figura 1

Multifactorialidad de los Trastornos Alimentarios



Nota. Adaptada de Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004).

1.1.4 Factores de Riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) un factor de riesgo es cualquier rasgo o característica del individuo que aumenta su probabilidad de padecer determinada enfermedad (OMS, 2019a). En el caso de los trastornos alimentarios, Shiltz (1997) identifica a los factores de riesgo como individuales, psicosociales y socioculturales. Por su parte,

Florenzano-Urzúa (1998) agrega además factores familiares, comunitarios o escolares como aquellos que pueden influir en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo, principalmente entre los adolescentes.

1.1.4.1 Factores Socioculturales

Disciplinas como la Sociología y la Antropología han indagado en las razones socioculturales de los trastornos alimentarios, hallando el punto de encuentro en la relación que el sujeto mantiene con el mundo que le rodea, y en las condiciones de dicho mundo (Gracia, 2012). En este rubro se encuentran, por ejemplo, los ideales de belleza, la influencia del grupo de pares, los medios de comunicación, entre otros que se describen a continuación:

1.1.4.1.1 Ideal Estético y Estereotipos de Belleza

El concepto de belleza se ha ido modificando a través de la historia, ante lo cual, los estereotipos asociados han ido cambiando de igual forma: actualmente con el surgimiento de las diferentes plataformas digitales es posible visualizar la promoción de una estética ideal, basada en la perfección, por lo que, tanto hombres como mujeres, tienden a ser presionados socialmente para obtener un aspecto físico lo más cercano posible a aquél que se presenta en los sitios online y en los diferentes medios de comunicación, alejándose de lo natural y real (Bertilsson & Gillberg, 2017; Torres, 2018).

De acuerdo con la Teoría Cognitiva de Discrepancia del Yo, en la cual existe una confrontación entre el yo real y el yo ideal, el individuo puede entrar en conflicto, debido a que se compara con un ideal socialmente aceptado (Riso, 2006). En la adolescencia, el cambio del cuerpo puede asociarse con un cierto grado de sensibilidad ya que, debido a que los adolescentes han idealizado un conjunto de normas para el atractivo físico, el no encajar con esos criterios los hace percibirse inadecuados e insatisfechos consigo mismos (Coleman & Hendry, 2003).

De acuerdo con el Informe Global de Belleza y Confianza, realizado por la línea de productos de cuidado personal Dove, en donde se entrevistaron a 10,500 mujeres de trece países diferentes, se encontró que más del 70% de la muestra no se sentía satisfecha con su apariencia física, expresando además que serían capaces de dejar de comer y poner en riesgo su salud con el fin de mejorar su imagen corporal (Dove Self-Steem Project, 2017).

No obstante, son los medios de comunicación los que han desempeñado un papel importante en la promoción de prototipos de belleza y éxito que dependen de atributos físicos y que, para grupos de población vulnerable como los adolescentes, al significar mayor popularidad, aceptación por parte de su grupo social o una mayor implicación en relaciones heterosexuales, se convierten en ideales a alcanzar, es por ello que entre las estrategias adoptadas para cambiar la percepción de belleza actual está el hecho de que los medios publicitarios incluyan en sus comerciales a modelos más naturales y con menos retoques digitales (Pérez-Lugo et al., 2016; Vila-Galán, 2018).

1.1.4.1.2 Medios de Comunicación

Uno de los agentes socializadores que ha cobrado importancia en las últimas décadas son los medios de comunicación, los cuales, debido a su repercusión social y la credibilidad que se les ha otorgado, principalmente entre los adolescentes, deben ser considerados factores importantes al momento de entender los trastornos alimentarios (Aparicio, 2015). Murolo (2009), señala que los mensajes publicitarios, por ejemplo, centran su intención en seducir, encantar y no en convencer al intelecto, es por ello que los receptores suelen no darse cuenta de los mensajes contradictorios que se proyectan, como el hecho de presentar un cuerpo joven, delgado, rubio, sonriente, de piel tersa, con el mensaje implícito de “sé yo” y serás exitoso, y al mismo tiempo lanzar el mensaje explícito de: “sé tú mismo”.

Medios como las revistas, el internet, el cine, la televisión utilizan estereotipos de belleza determinados para anunciar productos, presentar programas o transmitir cualquier tipo de información al receptor adolescente, el cual, incorpora e integra la imagen corporal que observa, dando como resultado una insatisfacción con sus propios cuerpos cuando no coinciden con tales patrones de belleza (Oliveira & Parra, 2014).

Además, en esta búsqueda del cuerpo ideal, el adolescente puede llegar a realizar conductas que ponen en riesgo su salud, por ejemplo, en un estudio realizado en Brasil con n=1,011 adolescentes, cuyo objetivo fue analizar la influencia de los medios de comunicación y el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios, se encontró que la influencia de los medios está efectivamente asociada con una mayor probabilidad de presentar trastornos alimentarios en los adolescentes (54.7% del total de la muestra reportaron ligera influencia de los medios,

27.3% influencia moderada y 18% fuerte influencia), esto debido a la insatisfacción corporal (Macedo Uchoa et al., 2019).

En otro estudio realizado en Estados Unidos, con grupo experimental y grupo control, cuyo objetivo fue examinar los efectos de las imágenes de los medios de comunicación sobre las actitudes de los hombres hacia la apariencia de su cuerpo, se encontró que los estudiantes expuestos a las imágenes musculares mostraron una discrepancia significativamente mayor entre su propia musculatura percibida y el nivel de musculatura que idealmente deseaban tener (Leit et al., 2002); es decir que, en una sociedad cada vez más visual debido a los medios de comunicación y la tecnología, es importante considerar que incluso una breve exposición a imágenes con prototipos ideales en los anuncios publicitarios, puede afectar de forma negativa la opinión, en este caso, de los hombres sobre sus propios cuerpos, dando lugar a trastornos caracterizados por la preocupación excesiva por tener un cuerpo musculoso y magro, mejor conocidos como Dismorfia Muscular (Thompson, 2017).

1.1.4.1.3 Presión Social

Como parte del proceso de socialización, en la adolescencia, el grupo de iguales adquiere cierto protagonismo en el reforzamiento de los patrones estéticos ideales que se proyectan desde los medios de comunicación (Gracia, 2012). A través de su imagen corporal, el adolescente experimenta rechazo o aceptación, generando códigos acerca de cómo debería ser su cuerpo para formar parte del grupo social, ejerciéndose así una presión (directa o indirecta) para mantener un tipo de cuerpo de acuerdo a lo socialmente aceptable (Coleman & Hendry, 2003).

En este sentido, cuando Goffman (2009) aborda el tema del estigma, señala que la sociedad determina una serie de criterios para categorizar a las personas de acuerdo a lo culturalmente aceptable y que aquel sujeto que no entre en los patrones establecidos, recibirá respuestas negativas y menosprecio por parte del grupo dominante. La adolescencia es una etapa especialmente sensible al rechazo social y al aislamiento, especialmente si los jóvenes presentan determinadas características físicas como sobrepeso, situación que puede presionarlo al punto de exagerar la valoración subjetiva de su aspecto físico (Doménech-Llabería, 2005).

1.1.4.2 Factores Familiares

El concepto de familia implica aspectos biológicos, sociales y jurídicos, por lo cual varía de una cultura a otra (Valdivia-Sánchez, 2008), sin embargo, es posible mencionar que se trata de un sistema de influencia recíproca, es decir, cada integrante influye y se ve influido por las acciones de los demás integrantes. De esta manera se puede entender la conducta de los miembros del grupo familiar como una respuesta ante los estímulos del sistema, con pautas de interacción y comunicación específicas (Minuchin, 2013).

Leung et al. (1996), propusieron un modelo explicativo de la influencia familiar sobre los trastornos alimentarios, a través de dos vías: 1) La preocupación en la familia sobre el peso y la figura puede contribuir a la insatisfacción corporal de sus hijos, y al subsecuente desarrollo de trastornos alimentarios; 2) La disfunción familiar puede influir de manera directa o indirecta, y aunado a factores como baja autoestima e insatisfacción corporal, a la presencia de síntomas de trastornos alimentarios.

En relación a la primera vía, se ha encontrado que los valores estéticos predominantes en la familia, y debido a su poder de transmisión de patrones cognitivos y conductuales, pueden ser adoptados por los miembros del sistema, principalmente hijas, manifestando preocupación por el peso, la talla y la imagen corporal si es que las madres han otorgado una alta valoración a tales aspectos (Davis et al., 2004). Esto se puede observar en un estudio realizado en pacientes mexicanas con trastorno alimentario, en donde el 40% reportó antecedentes de trastorno alimentario en la familia, obteniendo además mayor puntaje en los factores: motivación para adelgazar, evitación de alimentos “engordantes”, preocupación por la comida, obsesiones y compulsiones, y conductas compensatorias, al compararlo con el grupo sin antecedentes familiares de trastorno alimentario (León-Hernández & Aizpuru de la Portilla, 2010).

Sumado a ello están las burlas, críticas o comentarios que la familia puede hacer hacia el adolescente respecto a su apariencia física, generando un impacto en su imagen corporal, y dejando ver, a través de tales comportamientos, un tipo de funcionamiento de la familia (Ruíz et al., 2013)

En este sentido, respecto a la posible segunda vía de influencia familiar sobre los trastornos alimentarios, se ha encontrado que las familias en donde se encuentra un paciente

con trastorno alimentario, suelen presentar menor respuesta afectiva, menor cohesión y comunicación, y mayor existencia de conflictos (Fernández-Ruiz et al., 2015). Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en la Universidad de Cambridge, con 76 pacientes diagnosticadas con distintos trastornos alimentarios y con 29 de las madres, cuyo objetivo fue conocer la percepción de ambos grupos respecto a la cohesión y comunicación familiar, se encontró que las pacientes con trastorno alimentario percibían a sus familias con una menor cohesión, menor flexibilidad y falta de comunicación con la madre, en comparación con el grupo control (Vidovic et al., 2005).

1.1.4.3 Factores Individuales

Se trata de aspectos como la edad, el género, la insatisfacción con la figura del cuerpo y el peso, la baja autoestima y autoconcepto, o las estrategias de afrontamiento poco adaptativas, y que, en relación con los demás factores, aumentan las probabilidades de que el adolescente desarrolle algún tipo de trastorno alimentario (Ayela, 2010).

1.1.4.3.1 Preocupación e Insatisfacción con la Imagen Corporal

La imagen corporal es la representación mental que la persona hace de su propio cuerpo, involucrando para ello sentimientos, actitudes y conductas (Amaya et al., 2010). Cuando esta imagen llega a causar un malestar tienden a realizarse, a fin de modificar la imagen percibida, conductas que pueden comprometer la salud de la persona (Devlin & Zhu, 2001).

La insatisfacción con el propio cuerpo surge por la creencia de que algunas partes del mismo, relacionadas con la figura y el peso, resultan inaceptables porque se consideran “demasiado grandes” o “demasiado gordas” (por ejemplo los muslos, las caderas, etc.) (Vandereycken & Noordenbos, 2000). En un estudio longitudinal, realizado en mujeres adolescentes estadounidenses a lo largo de tres años, los investigadores encontraron que la insatisfacción con el propio cuerpo predijo en las participantes las prácticas alimentarias restrictivas (Cattarin & Thompson, 1994). Por su parte, Behar et al. (2011), en un estudio comparativo realizado en Chile entre un grupo de mujeres con trastornos alimentarios y un grupo de mujeres sin dichos trastornos, encontraron que la insatisfacción corporal estaba presente en todas las mujeres diagnosticadas con trastorno alimentario y que además, dicha insatisfacción, estaba presente en grado extremo en comparación con el grupo de mujeres sin trastornos alimentarios.

La insatisfacción con el cuerpo aumenta de manera considerable en la adolescencia, específicamente entre los 13 y 15 años de edad, manteniéndose constante hasta los 18 años (Moral et al., 2014). Esto se vuelve aún más importante si se considera que la insatisfacción corporal es uno de los principales detonantes de los trastornos alimentarios, debido a la preocupación por el peso y la apariencia física que se dan en esta etapa del desarrollo (Rivarola, 2003).

En un estudio realizado con una muestra de 439 adolescentes de colegios públicos de Chile, a fin de indagar en las conductas de control de peso riesgosas realizadas, se encontró que el 43% de los adolescentes había realizado alguna vez dieta sin supervisión médica, presentando además una mayor obsesión por la delgadez y, en el 29.6% de la muestra, conductas de restricción alimentaria de riesgo moderado a alto (Contreras et al., 2015).

Un factor que se ha asociado a la insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes es el índice de masa corporal (IMC) y la percepción sobre el mismo, por ejemplo, en un estudio realizado en n=84 alumnos de entre 10 y 17 años de una localidad de Yucatán, se administró el pictograma de Stunkard (Stunkard & Albaum, 1981) para registrar la percepción de la imagen corporal y se tomaron medidas antropométricas, al medir la relación entre ambas variables se encontró que aquellas mujeres con bajo peso se percibían con una imagen corporal normal, mientras que aquellas que presentaban obesidad, subestimaban su estado. En el caso de los hombres, la imagen corporal y el IMC fueron más coincidentes, principalmente en hombres con obesidad (Oliva-Peña et al., 2016).

En otro estudio, cuyo objetivo fue detectar posibles alteraciones de la conducta alimentaria en n=145 universitarios españoles mediante la autopercepción de su imagen corporal, se encontró que más de la mitad de la población (55% de las mujeres y 63% de los hombres) tienen un juicio valorativo distorsionado de su cuerpo respecto a los valores del IMC: en el caso de las mujeres, el 50% de la muestra sobrestima su peso apareciendo casos de bajo peso (11%) y en el límite inferior de la normalidad (7%); por su parte, de las mujeres que se perciben con *kilos de menos*, sólo en el 18% la valoración del peso coincide con las dimensiones reales, ya que tienen un IMC en el límite inferior del normo peso. En el caso de los hombres, el 100% de aquellos que se perciben con *kilos de más* se clasificó de manera correcta ya que ninguno tiene IMC dentro del normo peso o insuficiencia de peso. No

obstante, en relación con los hombres que creen tener kilos menos, en su mayoría subestiman su peso, ya que el 83% tiene normo peso, sólo el 17% presenta un IMC en el límite inferior (Míguez et al., 2011).

Si bien, tradicionalmente se había considerado la insatisfacción corporal como un problema exclusivo de mujeres, estudios en población masculina han dejado ver que la preocupación por el cuerpo está presente en ambos sexos (Behar & Molinari, 2010; Dakanalis et al., 2016). Datos del Center for Health and Social Care de Reino Unido, indican que entre el 2005 y 2014 el número de admisiones hospitalarias debidas a desórdenes alimentarios en hombres de entre 10-24 años aumentaron en un 20%, y que la edad de ingreso más común fue de 13 años (Thompson, 2017).

1.1.4.3.2 Dificultad en la Regulación Emocional

La emoción es una respuesta fisiológica breve (entre segundos y menos de 10 minutos) e innata que tienen los individuos ante eventos psicológicos relevantes; se compone de un elemento cognitivo (valoración entre el evento y las metas personales), un elemento fisiológico y una tendencia conductual (Reyes & Tena, 2016).

Las emociones están asociadas a la toma de decisiones, a los cambios en el comportamiento, a la detección y comunicación de necesidades, a la capacidad de resolver problemas, entre otros, es por ello que la regulación de las mismas es un aspecto importante para el buen funcionamiento del individuo (Levenson, 1999). Por su parte, la dificultad para regular las emociones se relaciona con diversas patologías (la mayoría de las categorías diagnósticas del DSM), como por ejemplo, los trastornos alimentarios (Ehring, 2013).

En un estudio cualitativo con n=43 mujeres colombianas diagnosticadas con diferentes trastornos alimentarios (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón), se encontró que las pacientes con anorexia nerviosa suelen afrontar las emociones negativas mediante síntomas restrictivos; mientras que aquellas con síntomas bulímicos, lo realizan a través de atracones o purgas. Algo que llamó la atención de los investigadores fue la notoria dificultad de todas las pacientes para nombrar y discriminar sus emociones, o asociarlas con sus comportamientos de riesgo (Rodríguez et al., 2017).

Gross (1999) definió la regulación emocional como el proceso mediante el cual la propia persona regula sus emociones (positivas y negativas), influyendo en cuándo y cómo las experimenta, y en cómo las expresa. Ante esto, el mismo autor propone dos estrategias principales de regulación emocional: la reevaluación (dar significado no emocional a un evento) y la supresión (control de la respuesta somática de la emoción). Por su parte, Aldao et al. (2010) proponen un modelo que conceptualiza distintas estrategias de regulación emocional, siendo unas más adaptativas (aceptación, reevaluación y solución de problemas) y otras más disfuncionales (evitación, supresión y rumiación) para la persona.

Respecto a los adolescentes y su ingesta de alimentos, la intensidad de las diversas emociones que experimentan como parte de su etapa de desarrollo, pueden afectar de manera significativa su equilibrio energético, provocando un consumo insuficiente o excesivo de alimentos (Ayela, 2010). Específicamente, en relación con las patologías alimentarias, es en últimos años cuando se ha comenzado a reconocer que los problemas emocionales juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos (Lavender et al., 2015).

En un estudio realizado en una muestra de 355 participantes de Reino Unido e Irlanda, cuyo objetivo fue explorar la relación entre la inteligencia emocional y los trastornos alimentarios, se encontró que aquellos participantes con historial de trastorno alimentario tuvieron puntuaciones de inteligencia emocional significativamente más bajas, específicamente en cuatro subescalas: evaluación de otras emociones, evaluación de las emociones propias, regulación de las emociones y optimismo (Foye et al., 2019).

1.1.4.3.3 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR)

Los trastornos alimentarios son patologías psiquiátricas que se encuentran bien clasificadas de acuerdo a criterios clínicos específicos, sin embargo, existe otro tipo de conductas y actitudes con menor frecuencia e intensidad que están igualmente relacionadas con el control de peso y la alimentación, se trata de las CAR (Hunot et al., 2008).

Las CAR son alteraciones relacionadas con la alimentación, prácticas erróneas de control de peso, que se asocian con una alteración de la imagen corporal; no son consideradas patologías, sino desviaciones de la conducta alimentaria que se presentan como un continuum entre una alimentación normal y un trastorno alimentario (Vázquez et al., 2015).

Las CAR no llegan a cumplir todos los requisitos para ser considerados, de acuerdo a la clasificación del DSM-V, como “Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado” (antes Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado) y tampoco para ser considerados como “Trastorno Alimentario y de la Ingestión de Alimentos”; sin embargo, debido a su posible origen biológico, psicológico, y/o social, pueden magnificarse y constituirse en un trastorno si no se abordan oportunamente (Hunot et al., 2008), considerando además el riesgo que pueden suponer para la salud, ya que son prácticas que se han llegado a normalizar entre ciertos sectores de la población (López-Espinosa et al., 2018).

De acuerdo con Neumark-Sztainer et al. (1999) y Neumark-Sztainer et al. (2004), las principales CAR se pueden clasificar en tres grandes grupos: 1) *Alteraciones relacionadas con la alimentación*: eliminar tiempos de comida, atracarse, comer compulsivamente, preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos, preocupación por los tipos de alimentos, actitudes erróneas frente a la realización de las comidas, evitar comer con miembros de la familia o amigos, esconder la comida o tirarla, cortar los alimentos en pedazos muy pequeños y comedor nocturno. 2) *Prácticas erróneas de control de peso*: “estar a dieta”, realizar dietas mágicas, dietante compulsivo o crónico, vómito autoinducido, uso de medidas purgativas, ayuno, decir que no se tiene hambre o que ya se comió, miedo a la ganancia de peso, frecuencia excesiva en la medición del peso corporal y ejercicio desmedido. 3) *Alteraciones de la percepción de la imagen corporal*: distorsión de la imagen corporal

Por su parte, Unikel et al. (2017) refieren, de manera general, cuatro principales conductas alimentarias de riesgo:

Ayuno y dieta restrictiva. La dieta restrictiva tiene que ver con la reducción drástica del consumo de alimentos o la evitación de los mismos con el fin de mantener un control sobre el peso corporal (Van Strien & Oosterveld, 2008). Esta práctica puede ir desde saltarse alguna comida (como el desayuno o la cena), el evitar comer cierto tipo de alimento por considerarlo “engordante”, o llegar hasta el ayuno prolongado en el cual sólo se consume agua (Cruz-Bojórquez et al., 2008). Si bien, existe la creencia de que una dieta rigurosa y extremista conduce a la pérdida de peso, la realización de este régimen está, más bien,

asociado a un aumento de peso a largo plazo (Garner 2008). La abstinencia de consumo de alimento, si se realiza durante un tiempo prolongado puede generar daños en el sistema inmunológico, hipoglucemia, pérdida de la menstruación, entre otros (Maughan et al., 2010).

Atracón. Se trata de episodios en los cuales se ingieren grandes cantidades de alimento, que en circunstancias normales no se consumiría. Esta conducta se realiza en tiempo breve: durante el episodio la persona experimenta una sensación de falta de control, y al final del mismo un estado de culpa. Otra de las características del atracón es que la persona lo realiza de manera aislada, es decir, evitando la presencia de más personas (Baile, 2014). Además, el atracón, debido a que se realiza comúnmente porque la persona ha estado restringiendo su ingesta de alimentos, da pie a un círculo vicioso en el que un atracón conlleva a una restricción y esta al atracón, siguiendo el ciclo sucesivamente (Unikel et al., 2017).

Uso de laxantes. El laxante es un tipo de fármaco que ayuda a la eliminación de materia fecal, por lo que suele recomendarse, en dosis específicas, a personas con problemas de estreñimiento (López-Espinosa et al., 2018). El abuso de estos productos, es decir consumirlos en grandes cantidades y de forma frecuente, a corto o largo plazo puede generar cólicos o casos graves de diarrea y estreñimiento debido a que los intestinos se deshidratan y los nervios que revisten el colon se dañan. Debido a este daño, la persona que los ingiere irá necesitando cada vez dosis más grandes para lograr el efecto deseado (Moore, 2011). En personas preocupadas por su peso y su figura, puede ser común recurrir a los laxantes con el fin de deshacerse de las grandes cantidades de comida ingerida: creen erróneamente que pierden peso; sin embargo, lo que realmente se pierde es agua, la cual recuperan en 48 horas al hidratarse (Kolodny, 2000).

Vómito autoinducido. Se refiere a la conducta de estimular el paladar a fin de expulsar los alimentos ingeridos previamente. Este comportamiento está regularmente asociado a la ingesta excesiva de alimentos o al atracón, generando de igual manera un círculo vicioso (López-Espinosa et al., 2018). El vómito se termina convirtiendo en la solución para no engordar comiendo o para seguir adelgazando aun comiendo compulsivamente, sin embargo, las consecuencias a largo plazo del vómito autoinducido son la ruptura de vasos sanguíneos, lesión del esmalte dentario, úlceras en el esófago, y en casos graves, cáncer de estómago o

garganta; a corto plazo provoca un desequilibrio electrolítico, el cual es la causa más frecuente de muerte en personas con trastornos alimentarios (Nardone & Valteroni, 2018).

1.2 Adolescencia

La adolescencia es un período crítico y voluble en el que, además de otras características, existe un aumento de las demandas nutricionales asociadas al rápido crecimiento físico y mental, característico de esta etapa; por lo que la existencia de un desequilibrio, ya sea por déficit o por exceso, respecto al consumo y al gasto energético, puede provocar en el adolescente un importante deterioro de su estado nutricional (Ayela, 2010).

1.2.1 Definición y Características

La palabra “adolescencia”, del latín *adolescere*, significa “crecer”, “madurar”, de ahí que esta etapa del desarrollo se caracterice por ser un momento vital en el que se da un gran número de cambios que conducen a la madurez del individuo; un periodo de transición que va de los 11 a los 20 años aproximadamente (Moreno, 2015).

Una de las principales características de este periodo tiene que ver con los cambios físicos que los adolescentes experimentan al inicio como parte de su desarrollo. Normalmente se considera que la pubertad o desarrollo físico, tiene su comienzo con la menarquía en las mujeres y la aparición del vello púbico en los hombres. Sin embargo, estos cambios van acompañados por una gran variedad de procesos y modificaciones en el sistema reproductor, cardiovascular, circulatorio, respiratorio, muscular, etc. Es decir, en esta etapa el cuerpo cobra un gran protagonismo debido a los acontecimientos de desarrollo que se dan en torno a él (Coleman & Hendry, 2003).

El cambio físico más evidente es el de la forma y el tamaño del cuerpo; hay una aceleración del crecimiento en talla y peso (Delval, 2008). En hombres, el llamado “estirón” varía en cuanto a edad de comienzo y duración, pudiendo comenzar desde los 9 años o retrasarse hasta los 15 años. En el caso de las mujeres puede comenzar a los 7 u 8 años, o hasta los 13 o 14 años. Sin embargo, la edad promedio para el aumento de talla y peso en hombres es alrededor de los 12 años y en mujeres, en torno a los 11 años (Coleman & Hendry, 2003).

Al cambio en el peso y talla le acompañan el aumento en el tamaño de los testículos en los hombres y el primer desarrollo de los senos en mujeres, y en ambos sexos, la aparición de vello en la región pélvica y axilar (Parolari, 2005). Además, en los varones, se produce un cambio en el tono de la voz hacia uno más grave, así como el crecimiento de los músculos, dotándolos de mayor fuerza. En el caso de las mujeres, la maduración de los órganos sexuales se da con la acumulación de grasa en zonas específicas del cuerpo como la cadera (Delval, 2008).

A estos cambios físicos se suman cambios cognoscitivos: las habilidades cognoscitivas de los adolescentes evolucionan hacia un pensamiento de operaciones formales, permitiéndoles utilizar conceptos abstractos y razonar hipotéticamente. Tales habilidades les dotan, en muchas ocasiones, de una sensación de invulnerabilidad, alentándolos a correr riesgos innecesarios (Morris & Maisto, 2005).

La estructura psicológica del adolescente y sus vínculos sociales experimentan de igual manera una transición: los amigos e iguales comienzan a convertirse en figuras principales, y la identidad se va consolidando a la par que los sentimientos (positivos o negativos) hacia sí mismo (Moreno, 2015).

1.2.2 Aspectos Psicológicos Claves en esta Etapa

La adolescencia es una etapa en la que existe una ruptura con el pasado, en la cual el individuo, antes de convertirse en adulto, transita por diferentes caminos de constante peligro e inseguridad, pero que le son necesarios para conformar su personalidad y estructura psicosocial (Parolari, 2005).

1.2.2.1 Identidad

Uno de los principales retos que debe afrontar el adolescente en su proceso de transición es la formación y consolidación del sentido de identidad (Erikson, 2004). Marcia (2009) considera a la identidad como una organización autoconstruida de impulsos, habilidades e historia personal, la cual es cambiante a medida que el propio individuo se desarrolla. Por su parte, Torregrosa (1983) hace mención de la identidad personal como una identidad social, pero no en el sentido de ser como otros (*identificación con*), sino ser identificado por y a través de los otros (*identificación desde*), ya que sólo desde los demás podemos tener un panorama inicial de quiénes somos.

De esta manera, Erikson (2004), en su Teoría de Desarrollo Psicosocial, señala que la formación de grupos de iguales es un aspecto clave en la conformación de identidad, debido a que a través de estos grupos el adolescente busca una identificación afectiva y comportamental, así como el establecimiento de relaciones de confianza, la consolidación de formas ideológicas y el enfrentamiento de una realidad industrializada y globalizada. En este sentido, los medios de comunicación, debido a la información que proveen, han influido en un determinado estilo de vida en los jóvenes, en donde prima la tendencia al individualismo, las adicciones o el culto exagerado al cuerpo, por lo que, si tal información no se procesa de manera saludable se puede generar una crisis de identidad, con consecuentes problemas psicosociales (Doménech-Llberia, 2005).

1.2.2.2 Autoestima

El autoconcepto, entendido como la idea que la persona tiene de sí misma, involucra un sentido global del yo, e incluye dimensiones como la imagen corporal, la autoestima, entre otras (Coleman & Hendry, 2003). Específicamente en la adolescencia, este aspecto es significativo debido a la gama de cambios que se dan en esta etapa, los cuales pueden traer consigo una alteración de la propia imagen y del sentido del yo (Berger, 2007), por lo que uno de los desafíos es consolidar las elecciones individuales a fin de constituir una esencia propia e individualidad.

Un aspecto psicológico relacionado con el autoconcepto, y que es clave en la adolescencia, es la autoestima. La palabra “autoestima”, del latín *aestimare*, significa “evaluar”, entendiéndose como el sentimiento de estima y confianza del individuo hacia sí mismo y hacia sus capacidades, aceptando de igual manera las propias limitaciones (Doménech-Llberia, 2005).

Esta aceptación y amor propios están determinados por lo que la persona piensa de sí misma, es decir, su autoconcepto. En este sentido, es importante que el adolescente mantenga una percepción saludable de sí, es decir, una valoración positiva y realista de sus propias características, ya que de lo contrario, se podrían producir importantes desajustes a nivel emocional y social. Por ejemplo, una baja autoestima, en la cual la persona tiene dificultad para encontrar en sí misma aspectos de los cuales sentirse orgullosa, puede conducir a

conductas de riesgo como el consumo de sustancias nocivas o el suicidio (Valdivia et al., 2015).

Cabe señalar que, en la adolescencia, la satisfacción con la imagen corporal está asociada con un mayor nivel de autoestima global, seguido por la aceptación social por los iguales. El logro académico y los deportes también influyen, pero en menor grado (Coleman & Hendry, 2003).

1.2.2.3 Socialización

El proceso de socialización tiene que ver con la manera en cómo los individuos de una colectividad asimilan los modelos culturales que imperan en la sociedad y en cómo se relacionan a partir de ellos (Silva, 2010). Los principales agentes socializadores, tradicionalmente, son la familia y la escuela: la interiorización de normas, valores y conductas se inicia, en un primer momento, en la interacción con los padres para extenderse al momento en el que el individuo se integra a nuevos grupos, como los que se conforman en el ambiente escolar (Tarrío, 2016).

El avance tecnológico y el desarrollo social han hecho que surjan nuevos agentes, más eficaces en los procesos de socialización que la familia y la escuela, por ejemplo, los medios de comunicación (Silva, 2010). Los medios masivos e internet tienen hoy un gran poder de penetración e influencia, generando una homogeneización social, la cual está propiciando la cohesión de las diversas sociedades (Tarrío, 2016).

En la adolescencia, los nuevos agentes socializadores desempeñan un rol importante, tanto en la conformación de la identidad como en la autoestima, ya que el adolescente recurre al espejo social para validar el yo (Coleman & Hendry, 2003). El autoconcepto que el adolescente genera de sí mismo se basa, además de las atribuciones que hace de su propia conducta, en las experiencias que obtiene en su relación con los demás y en la información que obtiene del ambiente que le rodea (Doménech-Llaberia, 2005).

1.2.3 Riesgos para la Salud en los Adolescentes

La adolescencia es una etapa vulnerable debido a que en ella se gestan o se consolidan diferentes trastornos (Doménech-Llaberia, 2005).

Depresión. Al principio se consideraba que la patología depresiva no podía ocurrir en edades tempranas, reservándose la prevalencia únicamente para las personas adultas (Redondo et al., 2008). Si bien, se producen diferentes signos y modalidades dependiendo del momento de desarrollo, el núcleo del cuadro depresivo no varía con la edad: tristeza, desinterés, cogniciones negativas, trastornos del sueño (Goldberg et al., 2011).

Particularmente en la adolescencia, la depresión constituye un factor de riesgo para la iniciación al consumo de drogas ilícitas, la deserción escolar o las conductas suicidas (Migonte & Requena, 2013). Si bien, las causas son multifactoriales, la combinación de estilos de afrontamiento menos eficaces en combinación con retos sociales más complejos puede aumentar la probabilidad de depresión en el adolescente (Graig & Baucum, 2009).

Adicciones. En ese proceso de individuación y transición hacia el mundo de los adultos, el adolescente se moviliza y explora aquel medio ambiente que le resulta novedoso; de la misma manera que lo hace un niño, el joven juega con aquello que recién descubre, sin embargo, en este caso será con el alcohol, el tabaco y otras drogas (Barocio, 2008).

Ya sea por curiosidad o por presión del grupo de pares, el adolescente comienza su consumo de sustancias tóxicas, generando una sensación de independencia y rebeldía, así como el hecho de hacerles ganar popularidad entre su grupo de referencia. Sin embargo, lo que comienza con un acercamiento inofensivo, puede terminar en un problema grave de adicción (Colomina & García, 2014).

Trastornos alimentarios. Durante la adolescencia, la alimentación tiene un papel clave para que se produzca la rápida elaboración de materia viva, es por ello que se da un aumento considerable del apetito, el cuerpo está creciendo y necesita abastecerse de los nutrientes necesarios (Parolari, 2005). Por tanto, la alimentación debe ser equilibrada y ha de contener la cantidad suficiente de proteínas, lípidos, hidratos de carbono, sales minerales y vitaminas. Sin embargo, uno de los problemas que pueden surgir en la adolescencia respecto a la alimentación –y que pondrían en riesgo la salud de la persona–, es el ingerir grandes cantidades de comida poco saludable o el abstenerse de comer, en el primer caso el riesgo para la salud es el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, y en el segundo caso, la aparición de anemia y desnutrición, situaciones ambas que pueden desembocar en trastornos alimentarios, afectando el desarrollo físico y emocional del adolescente (Parolari, 2005).

Debido a que los nuevos agentes socializadores privilegian un determinado modelo de delgadez, el temor al exceso de peso y el control por las cantidades de comida se vuelven puntos centrales en la vida del adolescente, que lo predisponen al desarrollo de trastornos como la bulimia o la anorexia (Rossi, 2008).

1.3 Contexto Sociocultural: Ruralidad y Urbanidad

El entorno o el contexto es determinante en el comportamiento de las personas (Silva, 2010), sobre todo en aquellos grupos cuyo proceso de desarrollo se encuentra sensible a múltiples influencias, como la población adolescente, ya que su forma de actuar está en función de las posibilidades que su medio le brinda, así como de las dinámicas e interacciones que en él emergen (Funes, 2005).

En distintas disciplinas como la sociología o la antropología, cuyo objeto de estudio es también el territorio, se ha abordado de forma tradicional la dicotomía entre el sector rural y el urbano, diferenciando los procesos sociales que ocurren en estos ámbitos de contacto y generando explicaciones acerca de los modos de vida en uno y otro contexto. Esto ha resultado especialmente útil para la comprensión de los fenómenos sociales, económicos, culturales y sanitarios que ocurren en las distintas poblaciones (Ávila, 2005).

1.3.1 Definición y Características del Contexto Rural

Tradicionalmente la idea de lo rural ha estado relacionada a criterios de espacio geográfico, y actividad económica: Ceña (1993) conceptualiza el medio rural como un conjunto de regiones o zonas con actividades diversas (agricultura, industrias pequeñas, comercios, servicios) en las cuales se asientan pueblos, aldeas, centros regionales, así como espacios naturales y cultivados. Por su parte, Sorokin y Zimmerman (1929), identifican a la ocupación agrícola como la piedra angular del medio rural. Esta actividad, señalan los autores, realizada al aire libre, obliga al individuo a mantener una relación estrecha con el medio ambiente, de ahí que lo rural sea asociado al campo, en contraposición de lo urbano, asociado a la ciudad.

Aunado a estos criterios, se ha considerado también la densidad poblacional, por ejemplo, en México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), define como rural aquellas localidades con una población menor a 2,500 habitantes. Unikel Spector (1975), en un estudio realizado en los años setenta, identificó a las zonas urbanas como

aquellas localidades de 15,000 y más habitantes y a las zonas rurales aquellas con menos de 5,000 habitantes.

En este sentido, Pérez (2001) agrega que además de la cantidad de habitantes y la actividad económica que desarrollan, al referirse al medio rural, es necesario considerar que se trata igualmente de asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior, es decir, hay un estilo de vida. En la Tabla 1 se esquematizan estas diferencias:

Tabla 1

Diferencias entre población rural y urbana

	Población rural	Población urbana
Dimensión	Densidad poblacional baja.	Densidad poblacional alta,
Actividad económica	Sector primario principalmente: agricultura, ganadería; actividades agropecuarias, venta de productos agrícolas.	Sector secundario y terciario principalmente (industria, comercio, servicios).
Vivienda	Horizontal (casas extendidas, de un solo piso), aisladas unas de otras.	Vertical (casas de varios pisos), cercanas unas con otras.
Transporte	A través de animales de carga, en algunas regiones. Actualmente también hay vehículos automotores pero en menor cantidad.	Vehículos automotores.
Otras características	Menor costo de vida, condiciones de salud y educación precarias, menos recursos tecnológicos y económicos.	Mayor costo de vida, más infraestructura y servicios tecnológicos, educativos y de salud, mayor contaminación.

Nota. Adaptada de Sánchez y Jiménez (2010).

Yopo (1971), señala que también algunas características que definen la forma de vida de la población en el medio rural, en contraste con el medio urbano, por ejemplo, que los grupos primarios tienen mayor importancia entre la población rural que entre la población urbana; hay un mayor control sobre la conducta de los individuos, ejercida por los grupos primarios principalmente; en la vida rural se da mayor énfasis a la proximidad geográfica, como base de la asociación de grupo; los vínculos sociales que se establecen en el contexto

rural son más íntimos y duraderos; y que en el medio rural se da una mayor importancia a la familia, a comparación del medio urbano.

Tönnies (1887, como se citó en Álvaro, 2010) respalda este último punto al mencionar que en el contexto rural, los principales núcleos de interacción y de educación son la familia y la iglesia, generando relaciones más afectivas y personales, relaciones de comunidad. Por el contrario, respecto al medio urbano, este mismo autor señala que, debido a que la industria es el eje sobre el cual se mueve dicho medio, las relaciones en este contexto suelen ser más complejas y competitivas, relaciones de asociación.

Redfield (1947) señala que las comunidades rurales, de valores más tradicionales, a medida que se aproximan a la ciudad y a la sociedad urbana experimentan un incremento de la secularización de sus formas sociales y de la desorganización de su cultura tradicional. Este autor señala también que los miembros de una sociedad rural tienden a ser muy semejantes, los jóvenes hacen lo que los adultos mayores hacían a esa edad y piensan lo que estos últimos pensaban cuando jóvenes. Hay un fuerte sentimiento de pertenencia; los problemas son abordados de manera convencional y el comportamiento del individuo se halla modelado conforme al sistema tradicional.

Como es posible notar, para entender el contexto rural, no es suficiente considerar criterios de tamaño de la población o la ubicación geográfica, la ruralidad incluye también una forma tradicional de vida y un complejo entramado de relaciones sociales y culturales. Sin embargo, no es posible hablar de un contexto rural igual ahora en comparación a décadas anteriores (Sanz, 2007).

Si bien, factores como la pobreza y la inequidad no han sufrido cambios perceptibles en el contexto rural en los últimos años, la demografía y los estilos de vida, por ejemplo, sí han tenido algunas variaciones (Mejía et al., 2016), como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Cambios sobre lo rural entre 1980 y 2010

Variables	Rural tradicional	Rural moderno
Demografía	Predominio de la población rural sobre la urbana o equilibrio entre ambas.	Predominio de la población urbana (75%) sobre la rural (25%).

Población económicamente activa	Empleo agropecuario predominante se combina con ocupaciones no agrícolas.	Incremento del empleo y los ingresos no agrícolas.
Políticas públicas	Debates sobre la reforma agraria y los límites de la economía campesina.	Enfoque de género, desarrollo rural sustentable.
Acceso a servicios básicos	Bajos niveles de acceso a servicios básicos.	Ampliación de otros servicios como las telecomunicaciones y las carreteras.
Estilos de vida	Patrones de consumo tradicionales y producción para el autoconsumo.	Aparecen nuevos estilos de vida y de consumo incentivados por políticas públicas.

Nota. Tomada de Mejía et al. (2016).

El cambio en los estilos de vida en el contexto rural ha repercutido, por ejemplo, en la salud y en el estado nutricional de la población adolescente, asemejándose en este sentido al de la población urbana: de acuerdo con la última ENSANUT (2018), el porcentaje de población de 12 a 19 años de edad con sobrepeso en localidades urbanas fue de 24.7% y de 21% en localidades rurales; y respecto a obesidad, el porcentaje fue de 15% en localidad urbana y de 13.6% en localidad rural (INEGI-INSP-SSA, 2019).

1.3.2 Definición y Características del Contexto Urbano

En México, el Marco Geoestadístico Nacional (INEGI, 2012) considera al medio urbano como aquellas localidades con más de 2,500 habitantes y a las cabeceras municipales, aunque tengan una población menor.

Este contexto se ha asociado principalmente a un espacio geográfico con una alta concentración de población socialmente heterogénea, con radicación permanente y construcciones continuas y contiguas, en donde sobresale la existencia de servicios, infraestructura y equipamiento destinado a satisfacer las necesidades de la población que la conforma (Villalvazo et al., 2002).

Hay en el ambiente urbano un modo de vida como lo menciona Wirth (1938), el cual está caracterizado por la competencia por el espacio; el dinero y las relaciones mercantiles; el cosmopolitismo; los contactos efímeros y superficiales con gran cantidad de personas; la moda; la heterogeneidad cultural y étnica; así como la concentración del poder político y

económico, que hacen del urbanismo algo más que un hecho espacial sino también una expresión cultural y un producto de relaciones sociales. Wirth definió la realidad de la vida urbana partir de tres variables: el tamaño, la densidad y la heterogeneidad de los asentamientos, es por ello que al definir a la ciudad no se limita al número de habitantes o sus límites territoriales, incluyendo además el hecho de existir en ella individuos socialmente heterogéneos.

En los últimos años se ha producido una transformación de las comunicaciones y la conectividad entre el contexto rural y el urbano, caracterizada principalmente por la disminución del tiempo de viaje entre una comunidad y la ciudad; y la llegada instantánea del celular a las áreas rurales, pasando, en el caso del teléfono móvil, de 2% en 2005 a 50% en 2012 la proporción de población rural que cuenta con este servicio (Webb, 2013).

Los efectos de una globalización social, financiera y comercial han tenido repercusiones en los modos de vida, a nivel personal y comunitario (Mejía et al., 2016). Las consecuencias de estos cambios han hecho que se deban replantear las definiciones tradicionales de lo rural y lo urbano, ya que los contextos se han ido homogeneizando: el ámbito rural ha ido adoptando características y estilos de vida de las sociedades urbanas, generando al mismo tiempo un proceso de redefinición identitaria, relacionada con nuevos patrones de comportamiento (Sanz, 2007). En este sentido, Rodríguez y Saborío (2008) señalan que la integración entre lo rural y lo urbano, ha traído una consecuente transformación de los estilos de vida y valores asociados a lo rural (tradicional) y lo urbano (moderno).

1.4 Programas de Prevención

1.4.1 Importancia de la Prevención

La prevención considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a factores identificables que pueden estar asociados a comportamientos que perjudican su salud, es por ello que, además de detener el avance y las consecuencias una vez establecido el padecimiento, se enfoca también en reducir los factores de riesgo relacionados (OMS, 1998).

En el caso de los trastornos alimentarios, además de los tratamientos que se contemplan para detener su progreso, es conveniente tomar medidas preventivas que puedan

reducir la incidencia de estos problemas, y que vayan dirigidas principalmente a incidir en los factores de riesgo y enfocadas hacia grupos vulnerables (Fairburn & Brownell, 2002).

1.4.2 Clasificación de la prevención

En función del nivel de intervención, los programas de prevención pueden actuar en diferentes niveles:

Prevención primaria. Reúne todas aquellas medidas orientadas a evitar que un problema de salud aparezca, controlando para ello los factores causales, predisponentes o condicionantes (OMS, 1998). En el caso de los trastornos alimentarios, la prevención incide en aquellos aspectos que facilitan su desarrollo, como los estereotipos de belleza, la inconformidad con el cuerpo, etc., por lo que un programa de intervención primaria abordaría estos aspectos a fin de evitar el desarrollo de la enfermedad (Fernández & Turón, 1999).

Los programas de intervención que se enfocan en la prevención primaria pueden ser de dos tipos: a) *De prevención universal:* ya que van dirigidos a población en general, es decir, grupos de individuos en los que el riesgo aún no ha sido identificado (Villena & Castillo, 1999); b) *De prevención selectiva:* debido a que la intervención va dirigida a población que, si bien no ha desarrollado el trastorno, tiene altas probabilidades de hacerlo debido los diferentes factores de riesgo involucrados: biológicos, psicológicos, socioculturales (Levine & Piran, 2004).

Prevención secundaria. Se refiere a los esfuerzos para prevenir la ocurrencia de los trastornos en población que ya ha estado expuesta al factor de riesgo, por lo cual implica intervenciones enfocadas en los factores protectores (Ezpeleta, 2005). Debido a que son intervenciones dirigidas a subgrupos de población con riesgo alto, por ejemplo jóvenes que presentan puntajes altos de riesgo en instrumentos que evalúan imagen corporal, se les denomina *estrategias indicadas* (Levine & Piran, 2004).

Prevención terciaria. El objetivo de esta es evitar la progresión del trastorno una vez se encuentre presente, de igual manera se enfoca en disminuir el nivel de discapacidad provocado por el mismo, es por ello que a las intervenciones desde este nivel se les denomina *estrategias clínicas* (Ezpeleta, 2005).

Shaw et al. (2009), considerando la población a quien van dirigidos, así como los objetivos, clasifican a los programas de prevención como de primera, segunda y tercera generación: a) *Intervenciones de Primera Generación*: A través de estrategias psicoeducativas y didácticas, se facilita información sobre las consecuencias que traería consigo la práctica de conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios; b) *Intervenciones de Segunda Generación*: Estas intervenciones son principalmente universales y toman en cuenta los factores socioculturales que intervienen en la insatisfacción corporal, así como el hecho de considerar los factores protectores relacionados con el control de peso; c) *Intervenciones de Tercera Generación*: Están dirigidas a población con riesgo alto de desarrollar un trastorno alimentario por lo que se trata de estrategias selectivas en las que, a través de técnicas interactivas, se abordan los principales factores de riesgo.

1.4.3 Modelos de Prevención y Contenidos de los Programas de Prevención

Existen diferentes enfoques y modelos a partir de los cuales se han desarrollado los programas de prevención de trastornos alimentarios, sirviendo como referencia teórico-explicativa en el abordaje preventivo del problema. Kar (1983), identifica tres principales modelos de intervención grupal:

Modelo basado en la Teoría del Aprendizaje Social (TAS). De acuerdo con esta teoría, la conducta saludable de una persona está en función, no sólo de los factores personales, sino también del ambiente y de los actores sociales que rodean al sujeto, por lo que los procesos de imitación y modelado son claves para entender la socialización del estilo de vida saludable (Valadez et al., 2015). Otro elemento importante es la autoeficacia, entendida como la confianza de la persona en su capacidad para realizar determinada conducta (Bandura, 1987), por lo que deberá ser potenciada en cualquier programa guiado bajo la teoría del aprendizaje social, ya que afecta el esfuerzo que el individuo hace para conseguir los niveles de actuación previstos (Sarría & Villar, 2014).

Tomando esto en cuenta, un programa de prevención deberá contar con los siguientes elementos (Levine & Piran, 2004): a) Ejercicios para comprender y mejorar la imagen corporal, incluido el análisis y el cambio de creencias malsanas sobre el propio peso y forma. b) Instrucción en nutrición y ejercicio en relación con el control de peso saludable. c) Información sobre el choque entre los factores de desarrollo (por ejemplo, el aumento de

peso puberal) y los mensajes culturales que idealizan la delgadez y crean miedo a la grasa dietaria y corporal. d) Instrucción en estrategias individuales para analizar y hacer frente a los mensajes de los medios de comunicación, la familia y los compañeros de que una dieta con restricción de calorías es una práctica saludable.

Modelo basado en la Teoría de la Difusión de Innovaciones (TDI). En el campo de la promoción de la salud, las innovaciones son ideas, comportamientos o actitudes nuevas (Sarría & Villar, 2014). Desde este modelo se aborda cómo estas ideas y conductas novedosas se van proliferando a través de redes sociales y analiza cómo el uso de la difusión permite la planificación de cambios de conducta a gran escala (Valadez et al., 2015). Para la TDI, la adopción de comportamientos saludables es más fácil si las prácticas son de bajo riesgo, bajo costo en tiempo y esfuerzo, y si son fáciles de intentar y comprender (Rogers, 1995).

De acuerdo con este modelo, un programa de prevención de trastornos alimentarios debe (Valadez et al., 2015): a) Ser compatible con las normas y valores de la audiencia a la que se quiere llegar; b) Contener información fácil de entender y utilizar; c) Proporcionar la oportunidad de poner en práctica las estrategias brindadas; y d) Señalar los beneficios singulares de la intervención.

Modelo basado en la Teoría de la Acción Razonada (TAR). Esta teoría considera que la mayoría de los comportamientos humanos relacionados con la salud, están determinados por la intención de la persona de llevarlo o no a cabo, salvo que se presenten acontecimientos imprevistos. De esta forma, la intención o no de realizar la conducta saludable dependerá de dos factores (León-Rubio et al., 2014): factor personal, referido a la actitud hacia la conducta, es decir, el juicio que la persona hace acerca de si será bueno o malo llevar a cabo la acción; y el factor sociocultural, que trata de la norma subjetiva, o la percepción de la persona acerca de lo que los demás esperan que realice.

En este sentido, una intervención desde el modelo de la TAR, deberá incluir variables relacionadas con (Casullo, 2012): a) La acción (especificar de forma clara la conducta a realizar), b) El objetivo (identificar lo que se quiere obtener con esa conducta), c) El contexto (situaciones ideales en las cuales llevar a cabo la conducta de salud deseada), y d) El tiempo (momento en el cual se espera que la conducta se realice).

De manera general, y de acuerdo con Villena y Castillo (1999), los programas de prevención de trastornos alimentarios deberían basar su contenido en los siguientes aspectos: conductas saludables de alimentación y ejercicio, auto aceptación de la imagen corporal, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, mejora de la autoestima, control de pensamientos negativos y manejo de estrés, información sobre el desarrollo físico en la adolescencia y regulación fisiológica del peso, y en las influencias socioculturales (ideas culturales de belleza, presión social y mediática).

1.4.4 Elementos Clave de los Programas de Prevención

Un programa es un conjunto sistemático de actuaciones o actividades en un área determinada (por ejemplo prevención o tratamiento) y que están dirigidas al logro de unos objetivos específicos (Alvira, 1999). Tras haber establecido el objetivo que se busca alcanzar con la realización del programa de prevención, es necesario considerar las características de la población a la que se dirige, como edad y sexo, los cuales, en el caso de los trastornos alimentarios, son considerados factores de riesgo (Serrano, 2015).

1.4.4.1 Género

Si bien, de acuerdo con los trabajos revisados (Ávila & Jáuregui, 2015; Caldera et al., 2019; Díaz de León & Unikel, 2019; Escolar-Llamazares et al., 2017; Guadarrama-Guadarrama et al., 2018), las mujeres presentan mayor insatisfacción de la imagen corporal y alteraciones de conducta alimentaria, es importante valorar el desarrollo de programas que lleguen a la población adolescente en general ya que, además de que los hombres no están exentos al desarrollo de trastornos alimentarios, las preocupaciones de estos pueden también afectar la preocupación de la mujer por su peso y figura corporal (Adithyan et al., 2018; Saucedo-Molina et al., 2015). Por ejemplo, en un estudio que buscó determinar la asociación entre las actitudes y conductas alimentarias de madres y padres con el comportamiento de control de peso de sus hijas adolescentes, se encontró que la insatisfacción con el peso por parte de las hijas estaba relacionada con la insatisfacción que tenían los papás sobre su propio peso (Keel et al., 1997).

La inclusión de los hombres en los programas de prevención se argumenta también por el hecho de que el cuerpo masculino se ha ido visibilizando cada vez más en los medios de comunicación, generando un prototipo e ideal de belleza que, al igual que en la mujer, se

internaliza provocando presión para adecuarse a él, en este caso, un cuerpo musculoso (Grogan, 2010).

1.4.4.2 Edad

Respecto al factor de riesgo edad, en un meta-análisis sobre programas de prevención de trastornos alimentarios Stice et al. (2007) concluyeron que las intervenciones pueden ser más efectivas en adolescentes de entre 15 y 19 años, debido a que se trata de un rango de edad en el que es mayor el riesgo para desarrollar trastornos alimentarios y también porque en ese periodo su razonamiento abstracto se encuentra más desarrollado, obteniendo así mayores beneficios de las intervenciones de prevención. Por otro lado, Berger et al. (2011), consideran que los programas de prevención de trastornos alimentarios deben aplicarse, más bien, a adolescentes no mayores de 12 años debido a que en esta edad aún no hay desarrollo de dicha patología, mejorando así el objetivo de prevención.

No existe, por tanto, un consenso sobre la edad “diana” sobre la cual deberían estar dirigidos los programas de prevención de trastornos alimentarios, sin embargo, está la recomendación de diseñar estrategias que puedan aplicarse de manera continuada para los distintos grupos de edad (López-Guimerà et al., 2011).

1.4.5 Formato de los Programas

Tradicionalmente, los programas de prevención de trastornos alimentarios han sido mayormente psicoeducativos, en donde se brinda información sobre lo que es el trastorno, así como sus factores de riesgo (Serrano, 2015). Debido a que su formato es principalmente informativo, Stice et al. (2007) consideran que se trata de programas con efectividad limitada. Sin embargo, algunos estudios no reflejan la opinión de estos investigadores, por ejemplo, en el trabajo realizado por Gómez-Peresmitré et al. (2013), en el cual se evaluó y comparó la eficacia de dos programas de prevención de conductas alimentarias de riesgo basados en distintas estrategias (Psicoeducación y Realidad Virtual), no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de intervención y otro, incluso el programa psicoeducativo mostró efectos reductores de riesgo más fuertes en el total de las variables en comparación con el de realidad virtual. Una de las explicaciones que brindan los autores sobre el éxito de los programas es que podría deberse a que se trabajó con población de alto riesgo.

Respecto a los resultados obtenidos hasta entonces sólo con intervenciones psicoeducativas, surgió la necesidad de involucrar más componentes además de la mera proporción de información, por lo que hoy en día se habla también de programas didácticos e interactivos (Serrano, 2015).

1.4.5.1 Programas Didácticos

Considerando que no sólo es necesario transmitir la información, sino que debe además procurarse el entorno para que haya un proceso de aprendizaje significativo, es que comenzaron a incluirse programas de prevención con un formato más didáctico, y centrados en aquellos factores de riesgo que habían demostrado su valor predictivo en el desarrollo de trastornos alimentarios, como por ejemplo, la insatisfacción corporal (Serrano, 2015).

Tomando en cuenta este factor de riesgo, Escoto et al. (2008), realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los efectos de dos formatos (didáctico e interactivo) de un programa de prevención universal sobre actitudes hacia la figura y el peso. En la versión interactiva, se hizo uso de la discusión, el descubrimiento guiado, el juego de roles, la meditación guiada y los ejercicios de escritura libre. La versión didáctica ofrecía los mismos temas y contenidos utilizando un enfoque principalmente expositivo didáctico e incluía cuestionarios, análisis, discusión y tareas. El estudio se realizó en escolares con edades de entre 9 a 11 años (61 mujeres y 59 hombres), a través de ocho sesiones de 90 minutos. Al realizar la comparación entre el grupo que participó en el programa didáctico, el que participó en el programa interactivo y el grupo control, se encontró que la estrategia interactiva generó los mayores cambios en relación a la insatisfacción corporal, la autoestima y las conductas alimentarias de riesgo.

En este sentido, y de acuerdo con la revisión realizada por Stice et al. (2007), los efectos de reducción de factores de riesgo relacionados con trastornos alimentarios, fueron significativamente más fuertes en los programas interactivos en comparación con los didácticos, por lo que consideran que un formato más interactivo puede facilitar en mayor medida la adquisición de los conceptos y el cambio de comportamiento en los participantes.

1.4.5.2 Programas Interactivos

Los programas interactivos involucran a los participantes a través de técnicas que permiten la aplicación de los conocimientos adquiridos en la sesión (Calcedo, 2016). Por el tipo de

formato que utilizan, en el que los sujetos participan activamente en el contenido del programa, se ha considerado que este tipo de intervenciones tienden a facilitar en mayor medida la modificación conductual y actitudinal de los participantes (Rosenvinge & Børresen, 1999).

Weigel et al. (2015) implementaron un programa de prevención de trastornos alimentarios en escolares. En dicho programa, el cual contenía elementos tanto educativos como interactivos, los participantes pasaban por diferentes ejercicios y reflexionaban sobre las influencias de los medios, la autoestima, la presión familiar, la imagen corporal, entre otros. Al evaluar el impacto, tras finalizar las tres sesiones de 90 minutos que duraba la intervención, se encontró que el programa permitió la disminución de la influencia de los factores de riesgos asociados a trastornos alimentarios.

En el contexto mexicano se han aplicado diferentes programas bajo este formato, obteniendo resultados importantes. Por ejemplo, en el estudio realizado por Unikel-Santoncini et al. (2019), se implementó un programa basado en disonancia cognitiva, el cual dirige su atención hacia la disminución de la internalización del ideal estético de delgadez a través de ejercicios orales, escritos y conductuales. El programa fue aplicado a n=74 estudiantes universitarios de ambos sexos, encontrando, entre otros resultados, que el valor de CAR disminuyó en cada momento de la evaluación, conservándose los efectos positivos después de un año de seguimiento.

Por su parte, Castillo et al. (2016) implementaron un programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad, denominado “StopOBEyTA”, en n=53 estudiantes mexicanos. Se trata de un programa de ocho sesiones de 90 minutos de duración cada una, en el cual se realizan actividades de reflexión respecto a los ideales estéticos presentados en los medios de comunicación, actividades de valoración personal, de regulación emocional, solución de problemas y actividades sobre hábitos saludables. Todo ello desde un enfoque dinámico, a través de estrategias como *role play*, escritura, teatro, dibujos, concursos y otras actividades interactivas. Como parte de los resultados se observó una reducción en las conductas alimentarias no saludables, una mejora de la autoestima y mayor satisfacción corporal en el grupo experimental comparado con el grupo control. Los cambios se mantuvieron a los tres meses de seguimiento.

1.4.6 Estrategias de Intervención de los Programas

Los programas de prevención de trastornos alimentarios, ya sea de un formato u otro, pueden utilizar diferentes estrategias de acuerdo a los factores de riesgo involucrados (Calcedo, 2016), por ejemplo: basados en mejorar la autoestima, haciendo uso de la alfabetización de medios o mediante disonancia cognitiva.

1.4.6.1 Autoestima

La baja autoestima, así como un afecto y autoconcepto negativos tienden a aumentar el riesgo de una imagen corporal negativa, y la consecuente realización de conductas alimentarias de riesgo. Así lo concluyen diversas investigaciones, por ejemplo, en un estudio realizado en Costa Rica, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el uso de la red social Instagram, el autoconcepto y el desarrollo de sintomatología de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes, a través de una encuesta a n=221 estudiantes de colegios públicos y privados, se encontró una correlación entre el autoconcepto y la conducta alimentaria de riesgo, en donde, aquellos adolescentes con mayor autoconcepto negativo eran los que presentaban mayor conducta restrictiva (Zamora & Barrios, 2018).

Otro estudio en el cual se investigó la hipótesis de que el efecto en la insatisfacción corporal en el comportamiento alimentario de riesgo está mediado por la autoestima y la depresión, los resultados indicaron que la imagen corporal y la autoestima tuvieron un efecto directo sobre la alimentación restringida y el comportamiento compensatorio en los estudiantes, la depresión tuvo un efecto directo sólo sobre la alimentación restringida. Los resultados de esta investigación apoyan la importancia de la regulación emocional y el fortalecimiento de la autoestima en los programas de prevención dirigidos a adolescentes ya que, de acuerdo a lo que concluyen los autores, los sujetos tienden a recurrir tanto al atracón compulsivo como a la dieta restringida para lidiar así con las emociones negativas (Brechan & Kvaem, 2015).

Tirlea et al. (2016) evaluaron la eficacia de una intervención dirigida a incidir en la autoestima e imagen corporal. La aplicación del programa se realizó en n=122 niñas de entre 10 y 16 años, el cual utilizó un modelo de empoderamiento que involucraba enfoques de aprendizaje interactivo y experimental, con una duración de diez semanas. De acuerdo con los resultados presentados, la intervención condujo a un aumento significativo en la

autoestima en la mayoría de las participantes, ganancias que se mantuvieron seis meses después de la aplicación.

1.4.6.2 Alfabetización de los Medios

La alfabetización mediática se refiere a la capacidad de pensamiento crítico que permite en la persona la emisión de juicios objetivos respecto a la información presentada por los medios de comunicación (Kubey, 2017). En este sentido, los programas que utilizan alfabetización de medios como estrategia de prevención de trastornos alimentarios, se enfocan en la toma de conciencia sobre los ideales de belleza que se promueven desde los medios, así como el cuestionamiento respecto a los mensajes que son transmitidos por estos, es decir, se trata de una estrategia de promoción de la salud útil para mejorar conductas nocivas relacionadas con el control de peso y la alimentación (Bergsma & Carney, 2008).

En un estudio cuasi experimental, cuyo objetivo fue medir la efectividad de una intervención de alfabetización de redes sociales para la disminución de factores de riesgo de trastornos alimentarios, se asignó a un grupo de escolares para recibir tres lecciones como parte de la intervención de alfabetización, y al otro grupo a recibir clases normales. El grupo que recibió la intervención mostró mejoras en relación a la imagen corporal (peso corporal / estima), alimentación desordenada (restricción dietética) y alfabetización mediática (escepticismo), en comparación con el grupo control. Con base en los resultados, los investigadores sugieren que la alfabetización es un enfoque potencialmente útil para la prevención del riesgo de trastornos de la alimentación en las adolescentes en el entorno actual de redes sociales de mayor vulnerabilidad (McLean et al., 2017).

Por su parte, López-Guimerà et al. (2011) evaluaron el impacto de un programa, de formato multimedia e interactivo, basado en la alfabetización de medios, dirigido a prevenir las alteraciones del comportamiento alimentario. El programa tuvo dos componentes: en el primero las sesiones incluían tópicos sobre alimentación balanceada, pirámide nutricional, comida equilibrada, análisis de las dietas, etc., en el segundo componente las sesiones abordaban el ideal femenino de belleza a lo largo de la historia, y en la actualidad en los medios de comunicación, además de cómo lidiar con los mensajes mediáticos. Los mayores cambios se observaron en las mediciones pre y post-intervención en ambos componentes, en comparación con el grupo control.

1.4.6.3 Disonancia Cognitiva

El concepto de disonancia cognitiva surge dentro de la psicología social, haciendo referencia al estado de tensión psicológica que ocurre cuando la persona se enfrenta a dos cogniciones (ideas, conocimientos, juicios, creencias, etc.) que son psicológicamente inconsistentes, es decir, que de alguna manera se oponen; las cuales tratará de reducirlas mediante justificaciones, debido a la incomodidad que producen (Festinger, 1957). Por ejemplo, en el caso de una persona que fuma y sabe que el cigarrillo le puede causar cáncer, a fin de reducir la tensión (o disonancia cognitiva) entre el deseo de fumar y el temor de enfermarse, el sujeto buscará razones justificadoras para seguir realizando la conducta de riesgo (Vélez, 2006).

Los programas de prevención de trastornos alimentarios basados en disonancia cognitiva buscan incidir en la insatisfacción corporal, el afecto negativo y las conductas alimentarias de riesgo, además de reducir el ideal de delgadez internalizado (Seidel et al., 2009). Para esto, las intervenciones intentan crear disonancia mediante ejercicios verbales o conductuales en los que se promueve la crítica del participante hacia los factores de riesgo relacionados con el trastorno (Stice et al., 2013).

Rohde et al. (2014) evaluaron un programa de prevención de trastornos alimentarios (“*MS Body Project*”) basado en disonancia cognitiva, el cual estuvo dirigido a alumnas previamente detectadas con insatisfacción corporal. El programa constó de 6 sesiones de 45 minutos de duración, en las cuales se inducía a las participantes a tomar una postura contraria a la actitud que critica el ideal de delgadez, a través de ejercicios verbales, escritos y de comportamiento. Otras de las actividades consistían en: un juego *Thin-Ideal* que involucra a las participantes para aprender sobre los cambios en el ideal de belleza a través del tiempo; un ejercicio en el hogar en el que las niñas hacían una portada de la revista *Healthy Beauty*; un video en el que tenían que crear un informe de noticias que asesorara a otros sobre cómo resistir a los ideales impuestos, entre otros. Las participantes del grupo de intervención mostraron reducciones significativas en la variable relacionada con la presión social de delgadez.

En otro estudio, en donde se implementó una intervención igualmente basada en disonancia cognitiva, y administrada en un entorno escolar a 106 mujeres de 12 y 13 años, se encontró que, a diferencia del grupo de control, las mujeres que recibieron la intervención

informaron reducciones significativas en la insatisfacción corporal y la internalización de un cuerpo delgado ideal. Además, en comparación con el grupo de control, las mujeres en la condición de intervención mostraron una mayor resistencia a los efectos negativos de los medios de comunicación un mes después de la intervención. Ante ello, los investigadores sugieren que los programas basados en la disonancia pueden ser efectivos en la reducción de factores de riesgo socioculturales relacionados con las CAR (Halliwell & Diedrichs, 2014).

1.4.7 Duración de las Intervenciones

Respecto a la duración de los programas, se ha señalado el hecho de que intervenciones de sesión única (por lo regular de 1 hora de duración) resultan poco eficaces para producir cambios mantenidos en el tiempo, sobre todo si se carece de sesiones de refuerzo o de cambios en el ambiente (López-Guimerà et al., 2011; Stice et al., 2019).

Ante esto, Stice et al. (2007) reconocen la necesidad de diseñar intervenciones que sean costo-efectivas y que, además, puedan aplicarse a grupos grandes de adolescentes en el entorno escolar, para ello no tendrían que ser tan extensas en cuanto a duración, entre 3 y 6 sesiones sería lo recomendable para facilitar la interiorización del programa y la práctica de los contenidos.

De igual manera, López-Guimerà et al. (2011), recomiendan llevar a cabo sesiones de refuerzo, a fin de fortalecer la información y las herramientas proporcionadas por el programa.

1.4.8 Diseño de las Intervenciones

Las intervenciones dirigidas a la prevención de trastornos alimentarios pueden utilizar diseños con un factor entre sujetos (programa vs. no programa, o programa alternativo) o con un factor intra-sujeto (de *pretest* a *posttest* o de *pretest* a seguimiento), o ambas (López-Guimerà et al., 2011). Sin embargo, sí es importante que exista un momento de evaluación y periodo de seguimiento a fin de identificar si los cambios se mantienen a lo largo del tiempo, tras la intervención (Smolak & Levine, 2001). En este sentido, López-Guimerà et al. (2011) mencionan que para demostrar el efecto de una intervención preventiva se requieren diseños longitudinales, con periodos de seguimiento largos (no más de dos años), no obstante, también hacen mención que un seguimiento largo implica la presencia de influencias no controlables, así como la pérdida de sujetos, afectando los resultados observados.

Otro aspecto a considerar respecto al diseño de los programas, es que la mayoría se realizan en escuelas, ya que se torna un lugar propicio para aplicar las intervenciones debido a la accesibilidad a la población; ya sea que se apliquen al finalizar las clases o que los participantes sean reclutados de escuelas, pero es el contexto escolar sobre el que se realiza la conformación de los grupos (Prieto-Castaño et al., 2015).

Respecto a la evaluación, como parte del diseño de un programa, es posible identificar diversas variables a medir, de acuerdo a los objetivos planteados, por ejemplo se tiende a evaluar conocimientos, actitudes, conductas alimentarias, insatisfacción corporal, autoestima, entre otros (López-Guimerà et al., 2011). Por lo que es importante mencionar que, independientemente del objetivo, un programa preventivo debe poder ser evaluado con instrumentos válidos y confiables, y que sean adecuados para los participantes del programa; entre mayor sea la calidad de la medición, mejor será la fiabilidad de los resultados (Stice et al., 2007).

1.5 Estado del Arte: Estudios en Población Rural vs Urbana

La aculturación es un proceso en el cual se asume, en todo o en parte, el modo de vida de un grupo determinado; es un fenómeno de aproximación entre dos culturas (a través de acciones comerciales, políticas, sociales o religiosas), dándose influencias y transformaciones mutuas (Lerma, 2006). En este caso puede ser a nivel macro como un país de primer mundo sobre un país desarrollado, o a nivel más local como la ciudad sobre el campo, determinado grupo étnico/racial sobre otro, etc. (Bartolomé et al., 2000).

Como se ha mencionado en apartados anteriores, este proceso de aculturación, aunado al auge de los medios masivos de comunicación, ha hecho que la preocupación por el peso y la figura corporal, el ideal de delgadez, así como la prevalencia de trastornos alimentarios ya no sean fenómenos exclusivos de zonas urbanas, países desarrollados o estratos socioeconómicos altos: la tendencia muestra su expansión hacia otros países, grupos y sectores sociales. Es por ello que la implementación de programas de prevención no se limita tampoco a un solo contexto (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004)

Se presenta a continuación una revisión de las investigaciones que han estudiado la presencia de trastornos alimentarios y sus factores de riesgo en población rural vs urbana adolescente, así como los programas de prevención que se han implementado (utilizando estrategias de disonancia cognitiva, alfabetización de medios, o mejoramiento de autoestima) y que se han aplicado a distintas poblaciones, ya sea por su país de origen, nivel socioeconómico o su pertenencia a una raza/etnia determinada.

1.5.1 Estudios Internacionales

En décadas anteriores, los trastornos alimentarios eran considerados un problema sólo de mujeres, y además, de mujeres jóvenes de clases altas y países desarrollados (Brumberg, 2000), sin embargo, estudios realizados en diversas poblaciones, han dejado ver que este problema no se limita a un único contexto; por ejemplo, Rosas et al. (2015), considerando la escasa evidencia sobre los riesgos de trastornos alimentarios y de la imagen corporal en población adolescente de etnia mapuche, decidieron investigar estas variables en una muestra de 130 adolescentes entre 14 y 21 años: 95 de etnia mapuche y 35 no mapuche, encontrando que no existía diferencia entre un grupo y otro respecto a los riesgos de trastorno alimentario, en ambos grupos se reportó insatisfacción corporal. Los investigadores comentan que la no presencia de diferencias podría explicarse debido a los procesos de cambio social y cultural, donde la modernización y globalización ha llevado a una normalización de pautas culturales asociadas a la conducta alimentaria y cánones de estética corporal entre población rural, urbana e indígena.

En este sentido, y tomando en cuenta que los trastornos alimentarios han sido vinculados tradicionalmente a países occidentales, se realizó un estudio en la India con 172 estudiantes residentes en zonas rurales, a los que se les aplicó una prueba de actitudes alimentarias y otra sobre figuras corporales. De acuerdo con los resultados, se encontró una prevalencia de CAR de 16.9% y una correlación significativa entre las actitudes alimentarias desordenadas y la insatisfacción corporal (Ramaiah, 2015).

Por su parte, Adithyan et al. (2015), considerando además a varones adolescentes de la India, de zonas rurales, realizaron un estudio comparativo para medir la insatisfacción con la imagen corporal en una muestra de 314 hombres y mujeres. De manera contraria a lo que han encontrado investigaciones anteriores, los hombres presentaron mayor insatisfacción

corporal que las mujeres. De acuerdo con los análisis de regresión realizados, la crítica de los padres o compañeros predijo una cantidad significativa de variación en la estima corporal y la insatisfacción.

En Latinoamérica, específicamente en Paraguay, se realizó un estudio observacional en dos periodos de tiempo, en dos colegios de un área rural y tres de un área urbana, con el objetivo de analizar la prevalencia de trastornos alimentarios en una muestra de 469 adolescentes de 12 a 17 años. De acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas, no se encontró diferencia estadísticamente significativa a favor de ningún sexo, sin embargo, sí se observó un incremento de casos en la población rural en el segundo periodo de estudio (de 0.7% a 4.5%). Otro dato importante es que el 54% de los adolescentes manifestó su deseo por tener figuras similares a las estrellas de espectáculos o a modelos con figura corporal delgada o ultradelgada (Ortiz et al., 2017).

Respecto a los programas que se han realizado para la prevención de trastornos alimentarios, y que se han aplicado a muestras de diferentes contextos, se puede mencionar el estudio realizado por Stice et al. (2013) en el cual implementaron un programa de prevención selectiva en mujeres que presentaban preocupación por su imagen corporal, esta muestra incluyó 171 mujeres de diferentes contextos culturales: euroamericanas, asiáticas, hispanas, indígenas nativas y afroamericanas, las cuales fueron asignadas de forma aleatoria al grupo que recibiría la intervención bajo un programa de disonancia cognitiva o al grupo control. Los resultados indicaron que las participantes del grupo experimental mostraron reducciones pre-post significativamente mayores en los factores de riesgo y en los síntomas de trastornos alimentarios, en comparación con el grupo control. El programa fue efectivo independientemente del grupo étnico/racial de las participantes.

De igual manera, en otro estudio que tuvo como objetivo evaluar los efectos de dos programas de prevención enfocados hacia los factores de riesgo de trastornos alimentarios, se incluyeron 200 adolescentes de 12 a 15 años de diversos estratos socioeconómicos (alto, medio, bajo), y diferentes lugares de origen (79% eran de España/Europa, 12% de Marruecos, 7% de Centro y Sudamérica, y 2% de otros países), los cuales se distribuyeron de manera aleatoria en tres grupos: uno formó parte del programa de alfabetización multimedia interactiva (ML+NUT, alfabetización en medios y nutrición), otro dentro del programa que

utilizó artes dramáticas (*Theatre Alive*) y un tercero como grupo control. De acuerdo con los resultados, los participantes de ambos programas presentaron puntuaciones de autoestima significativamente más altas que los participantes del grupo control, además, el programa ML+NUT redujo de manera considerable la internalización del ideal de delgadez (Mora et al., 2015).

1.5.2 Estudios Nacionales

En México, como parte de la ENSANUT 2018 se encuestó a 4,767 adolescentes de 12 a 19 años, a fin de obtener información sobre la realización de CAR y factores de riesgo en este grupo. Entre los resultados se encontró, con mayor prevalencia, la “preocupación por engordar” en el 32.1% de la muestra y la “pérdida de control sobre lo que se come”, reportada en el 24.4% de los adolescentes. Las CAR más frecuentes, considerando el total de la muestra, fueron la realización de ejercicio excesivo (13.9%), la realización de dietas para bajar de peso (9.6%), la práctica de ayuno (dejar de comer por 12 horas o más) (5%), y la provocación de vómito para bajar de peso (2%). Ahora bien, de acuerdo al área de procedencia de los encuestados, se obtuvieron los siguientes resultados en las áreas urbanas: “preocupación por engordar” (38.8%), “pérdida de control sobre lo que se come” (28.5%), vómito auto-provocado (2%), ayuno (4.3%), realización de dieta para bajar de peso (11.8%), ejercicio excesivo (15.7%); mientras que en áreas rurales los resultados fueron: “preocupación por engordar” (30.4%), “pérdida de control sobre lo que se come” (24.5%), vómito auto-provocado (1.9%), ayuno (5.2%), realización de dieta para bajar de peso (9.2%), ejercicio excesivo (13.4%) (INEGI-INSP-SSA, 2019).

Igualmente en México, como parte de un estudio transcultural en el cual participaron tres países de habla hispana: Argentina, España y México, cuyo objetivo fue explorar y describir los factores de riesgo relacionados con la conducta de atracón en un total de 258 estudiantes mujeres de entre 15 a 19 años, se encontró que, en los tres grupos culturales, “comer por compensación psicológica” es el factor predictor más importante de la conducta de atracón, confirmando así la relación entre el estado de ánimo y las CAR, específicamente la conducta de atracón, independientemente del lugar de procedencia (Gómez-Peresmitré et al., 2013).

Por su parte, Pérez-Gil y Romero (2018) realizaron una investigación con 564 mujeres de 13 comunidades rurales mestizas e indígenas, a fin de tener un acercamiento hacia la percepción corporal de las mujeres adolescentes y las representaciones alimentarias que mantienen, aplicando para ello cuestionarios que medían las variables de interés, así como entrevistas semiestructuradas. De acuerdo con los resultados, el 58.7% de las mujeres menores de 19 años manifestaron un mayor anhelo por una figura esbelta y delgada, sin que esto coincidiera con su figura actual. Los investigadores comentan que “el desagrado hacia el cuerpo”, manifestado por las entrevistadas y relacionado más con un motivo estético que de salud, está aumentando cada vez más en las comunidades rurales, por lo que invitan a reflexionar en cómo los discursos médicos, familiares, comunitarios y de medios de comunicación han influido en sus representaciones sociales sobre el cuerpo.

Al analizar la mayor prevalencia de CAR en determinados contextos, Unikel et al. (2017) mencionan que la exclusividad de los trastornos alimentarios, atribuida al nivel socioeconómico más alto o a zonas más urbanizadas, puede deberse más bien a un subregistro a causa de la dificultad de acceso a los servicios de atención psiquiátrica en los grupos de población más pobre.

1.5.3 Estudios Locales

En Hidalgo, 52% de la población vive en zona urbana y 48% en zona rural (INEGI, 2010). Se trata de un Estado que sigue situándose entre los más pobres del país, -según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2016), el 50.6% de la población vive en situación de pobreza-, y con un desarrollo regional que se encuentra aún en una fase elemental (Rodarte et al., 2011).

De acuerdo con un estudio realizado en esta entidad, cuyo objetivo fue conocer la presencia de CAR en población adolescente (n= 845), se encontró una prevalencia de 8.4 en mujeres y 2.9 en hombres, dejando ver que esta problemática no es exclusiva de las grandes urbes (Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

De manera similar, en una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios, en estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), se aplicaron instrumentos validados a 774 estudiantes (67% mujeres y 33% hombres) y se obtuvieron medidas antropométricas. De

acuerdo con los resultados, 7.2% de la muestra registró riesgo en el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC), 3% presentó riesgo de desarrollar trastorno alimentario y 9.2% había interiorizado la figura delgada como la ideal. Respecto a la satisfacción con la imagen corporal, más de la mitad de la muestra total (64.3%) manifestó insatisfacción con el propio cuerpo, mostrando deseos de una figura más delgada (45.8% de los hombres y 72.5% de las mujeres) (Saucedo-Molina et al., 2015).

Como parte de los programas de prevención de TAIA y CAR, realizados en población hidalguense, se encuentra el de Figueroa-Hernández (2016), quien llevó a cabo la implementación de un programa de prevención universal de trastornos de la conducta alimentaria y analizó su impacto en variables psicológicas (imagen corporal y autoestima) y socioculturales (influencia de la publicidad). A través de un diseño de cuatro grupos (dos experimentales y dos en lista de espera), se conformó una muestra de 97 estudiantes hidalguenses de una primaria pública y una privada, encontrando que las mayores modificaciones se presentaron en el grupo experimental de la escuela privada, manteniéndose los resultados incluso en el seguimiento.

Otro trabajo que destaca es el de Vargas-Lemus (2017), en el cual, mediante un programa selectivo de Realidad Virtual, se buscó prevenir conductas relacionadas con la insatisfacción corporal en hombres adolescentes. Como parte de los resultados obtenidos, se encontró una disminución en la preocupación por la musculatura así como una reducción de los factores de riesgo: “*Uso de Suplementos*”, y “*Preocupación por ser Delgado*”.

En otro estudio, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un Programa Psicoeducativo de tres sesiones que abordaban aspectos asociados con promoción de conductas alimentarias saludables, en 116 escolares de educación secundaria del municipio de Mineral de la Reforma, Hidalgo, se encontraron cambios favorables y estadísticamente significativos tanto en hombres como mujeres integrantes del grupo experimental, en cuanto a Autoeficacia para la Actividad Física, Afecto Negativo, Autoatribución Positiva y Autoatribución Negativa. Un aspecto importante a destacar es que se presentaron mayores efectos del Programa en las mujeres particularmente en Autoeficacia para la Actividad Física y Autoatribución Positiva (Gaspar-Pérez, 2019). Finalmente, y como parte de los estudios transculturales realizados en el estado, es posible mencionar el trabajo de Munguía (2016),

en el cual se realizó la implementación de un programa de prevención universal de problemas relacionados con el peso y la alimentación. Participaron 127 adolescentes de la ciudad de Pachuca en México, y 101 adolescentes de la ciudad de Barcelona en España. A través de un diseño cuasi experimental, se aplicó una intervención basada en alfabetización de medios a lo largo de 5 sesiones con una hora de duración. De acuerdo con los resultados obtenidos, el programa fue efectivo en la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación a través de la reducción de actitudes alteradas hacia la alimentación como la restricción y el aumento del nivel de satisfacción corporal en los participantes en ambas poblaciones.

Considerando la información previa, se describe en el siguiente capítulo la propuesta de intervención utilizada en la presente investigación.

CAPÍTULO 2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAR

Se presenta a continuación el programa de prevención universal que se retomó en este trabajo, el cual está basado en estrategias de alfabetización de medios y regulación emocional, para la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación en población adolescente.

2.1 Propuesta del Programa de Intervención

En el presente estudio se implementó el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”, desarrollado por el grupo de investigadores de la “Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), del Hospital Universitario de Bellvitge, de la Universidad de Barcelona, y por el grupo de investigadores de la “Unidad de Evaluación e Intervención en Imagen Corporal (UAIC)” de la Universidad Autónoma de Barcelona (ver anexo 1).

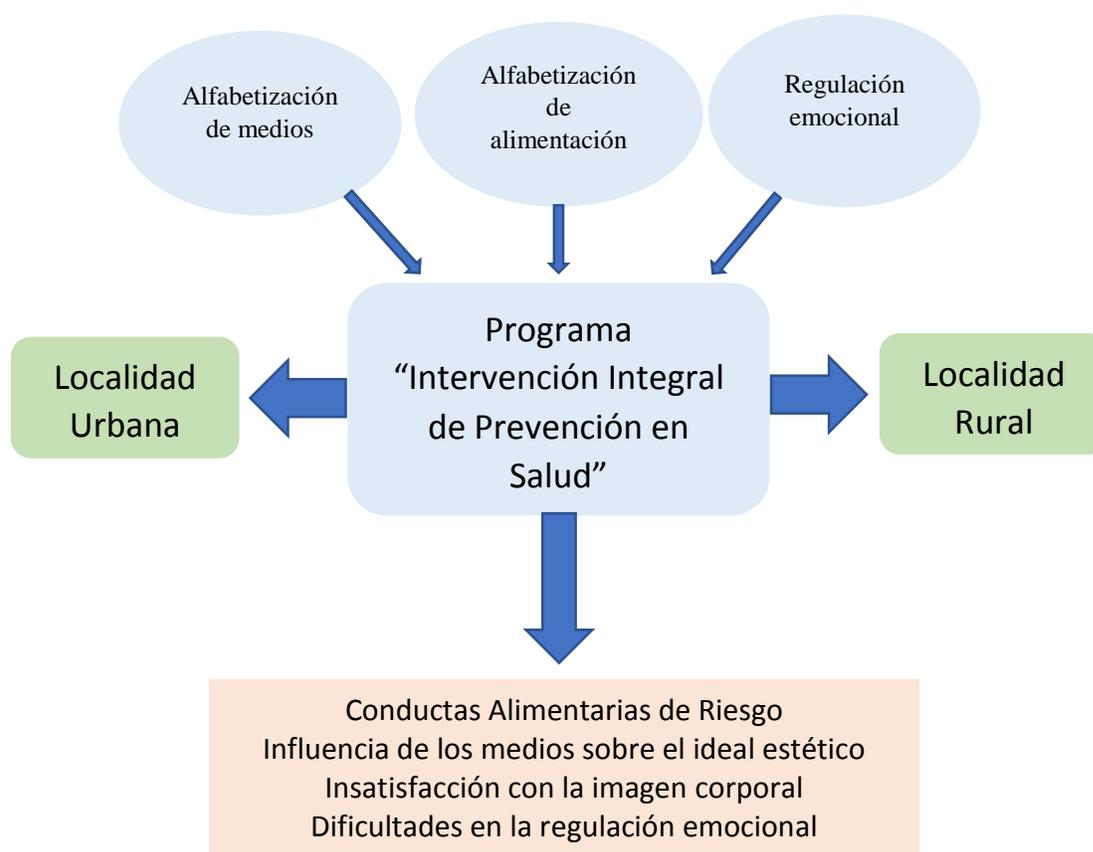
Dicho programa tiene como objetivo general la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación en adolescentes, a través de los siguientes objetivos específicos: a) La disminución de las CAR asociadas a preocupación por la imagen y peso corporal, b) La mejora de la satisfacción con la imagen corporal, c) La disminución de la interiorización del ideal estético, d) El desarrollo de hábitos saludables, e) Incrementar la capacidad de regulación emocional y autocontrol.

El programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” consiste en cinco sesiones de 60 minutos cada una: en la sesión 1 y 2, a través de la estrategia de Alfabetización de Medios, se abordó acerca del modelo masculino y femenino a lo largo de la historia y entre culturas, y sobre el modelo estético masculino y femenino en los medios de comunicación; en la sesión 3 y 4, mediante la estrategia de Alfabetización de Alimentación, se brindó información nutrimental en relación a una dieta equilibrada, estilos saludables de alimentación y consecuencias de las CAR más comunes; y finalmente en la sesión 5, a través de estrategias de Regulación Emocional, los participantes identificaron sus propias emociones, la forma de reaccionar y toma de decisiones en relación a ellas. De igual manera, en esta sesión, se retomó la relación entre las emociones y los patrones de ingesta, dando paso al abordaje de estrategias de Atención Plena enfocadas a la alimentación.

Los contenidos del programa fueron reforzados con actividades y ejercicios prácticos: a) Activismo, por medio del cual se pidió a los participantes generar una crítica, con base a la imagen de un anuncio publicitario que les fue proporcionado, así como una fotografía parodia del mismo; b) Elaboración de un menú propio con base en los grupos de alimentos que se incluyen en el Plato del Bien Comer (PBC); c) Práctica guiada de alimentación consciente con uvas pasas; d) Ejercicios de relajación profunda (ver anexo 2).

Figura 2

Esquematización de los elementos considerados en la intervención



Nota. La Intervención consideró la aplicación del Programa en dos contextos diferentes (urbano y rural) para la prevención de CAR y variables asociadas.

* Elaboración propia.

CAPÍTULO 3. MÉTODO

Se presenta a continuación la metodología utilizada en el presente estudio partiendo de la justificación y la pregunta de investigación que da pie al trabajo de investigación.

3.1 Justificación

Las CAR son un conjunto de comportamientos alterados de la ingesta de alimentos, que tienen como esencia la preocupación por el peso y la insatisfacción con la imagen corporal (Unikel et al., 2017). Si bien, no cumplen con los criterios diagnósticos para ser considerados Trastornos Alimentarios y de la Ingestión de Alimentos (American Psychiatric Association, 2014, como se citó en Vázquez et al., 2015) se trata de conductas de riesgo que anteceden a estos trastornos (Berengüí et al., 2016; López-Espinosa et al., 2018). Ejemplos de CAR son las dietas restrictivas, los atracones, ejercicio excesivo, el uso de laxantes o diuréticos y el vómito autoinducido (Díaz de León & Unikel, 2019; López-Espinosa et al., 2018), es decir, conductas con importantes consecuencias nocivas para la salud como desnutrición o anemia (Kärkkäinen et al., 2018).

La estimación de la prevalencia de CAR ha seguido tendencias diversas debido al tamaño de las muestras y a los instrumentos utilizados en las diferentes investigaciones (Ortega-Luyando et al., 2015), sin embargo, es posible señalar datos importantes: en México, de acuerdo con la encuesta nacional ENSANUT 2018, del total de la muestra (n=4,767 adolescentes), la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (32.1%), la realización de ejercicio en exceso (13.9%) y el llevar a cabo dietas para perder peso (9.6%) (INEGI-INSP-SSA, 2019).

Por su parte, Ávila y Jáuregui (2015), en una muestra de 616 jóvenes mexicanos de entre 12 a 29 años encontraron que 38.2% presentó por lo menos un comportamiento de riesgo alimentario. Resultados similares se encontraron en otra investigación (Díaz et al., 2019) en la cual, en una muestra de 370 estudiantes, el 36.7% presentó algún tipo de CAR, situación que estaba relacionada con un mayor nivel de insatisfacción corporal.

En un estudio longitudinal realizado en la Ciudad de México, con 2,738 mujeres de entre 17 y 29 años, se encontró alta prevalencia de CAR, principalmente dieta restrictiva (26.6%) y atracón (20.8%) (López-Espinosa et al., 2018). Otros estudios han mostrado la presencia de CAR en porcentajes que fluctúan entre el 6.1% en mujeres y 4.1% en hombres

(Unikel et al., 2015), y 7.3% en estudiantes de ambos sexos, de entre 14 y 18 años (Caldera et al., 2019).

En la actualidad, las CAR están presentes tanto en hombres como en mujeres, y su prevalencia no es exclusiva de contextos urbanizados. Estudios recientes han dejado ver cómo la población perteneciente a áreas rurales muestra igualmente niveles altos de inconformidad con el propio cuerpo (Adithyan et al., 2018; Ávila & Jáuregui, 2015; Guzmán-Saldaña et al., 2017; Pérez & Estrella, 2014; Ramaiah, 2015), que como se ha mencionado, es un aspecto ligado al desarrollo de CAR. En un estudio descriptivo, se midió la prevalencia de trastornos alimentarios en una muestra de 469 adolescentes escolarizados en dos periodos de tiempo (2008 y 2012): para el primer periodo la prevalencia fue de 6% y para el segundo periodo de 9.5%. Si bien la tendencia se mantuvo estable, llamó la atención lo que los autores denominaron como una “ruralización del trastorno”, debido a la alta prevalencia encontrada en este contexto (Ortiz et al., 2017).

La ruralidad, como dice Sanz (2007), es algo más que municipios de menos de 2,500 habitantes, tiene que ver además con un modo de percibirse, comportarse y de construir una realidad. Características como tradicionalidad, conservadurismo, familia como valor primordial, han sido consideradas, principalmente, como propias de un contexto rural (Gaviria et al., 1976; Yopo, 1971), en contraste con aspectos como la competitividad, liberación sexual, éxito, consumismo (Acosta-García & Gómez-Peresmitré, 2003) atribuidos tradicionalmente a contextos más urbanizados. Sin embargo, actualmente, aunada a una transición epidemiológica (desnutrición-obesidad) se está dando igualmente una transición cultural (Guzmán-Saldaña et al., 2017), en la cual el proceso colonizador de las culturas dominantes (generalmente modelos urbanos) ha ido avanzando a grado tal que ha hecho complejo establecer diferencias (Sanz, 2007). Es decir, ha habido una homogeneización de la vida social, un proceso de apropiación que ha empatado las creencias y conductas de las personas, haciendo, por ejemplo, que estos ideales de delgadez y belleza sean una preocupación compartida entre los grupos de diferentes contextos socioculturales (Awad et al., 2015; Guadarrama-Guadarrama et al., 2018; Harper & Choma, 2018; Valenzuela-Gutiérrez & Meléndez-Torres, 2019).

Un papel clave está en los medios de comunicación, los cuales, a través de los mensajes que transmiten, promueven de forma indiscriminada un modelo ideal de belleza tanto en hombres como en mujeres (Griffiths et al., 2018; Levine & Smolak, 2016), y que, debido su auge, ya no es necesario traspasar fronteras para que se produzca la apropiación cultural antes mencionada; ahora es posible encontrarlos en cualquier contexto, influyendo por igual a grupos vulnerables como la población adolescente (Dakanalis et al., 2015; Solá-Morales, 2013).

En este sentido, la imagen corporal, esa representación mental que cada persona tiene sobre su propio cuerpo (Schilder, 1935, como se citó en Aguado, 2004), en los adolescentes se torna especialmente vulnerable debido a la atención e importancia que se le da a la estética y a la aceptación social en esta etapa de desarrollo (Coleman & Hendry, 2003; Fanjul, 2007), situación que, aunado al proceso de transición física y psicológica que enfrentan los jóvenes, genera presión por alcanzar el ideal propuesto e inconformidad con el propio cuerpo al establecer, muchas veces, una comparación de manera poco objetiva y con importantes implicaciones para la realización de conductas de riesgo para la salud (Fernández-Bustos et al., 2015).

Además de la influencia de los medios y las actitudes hacia la figura corporal, hay otra variable que, en últimos años, se ha considerado como factor de riesgo importante en el desarrollo de CAR y trastornos alimentarios: la dificultad en la regulación emocional (Lavender et al., 2015). Estudios recientes (Foye et al., 2019; Rodríguez et al., 2017) han encontrado que adolescentes que realizan conductas restrictivas alimentarias o atracones, presentan igualmente una mayor dificultad para nombrar, identificar y regular sus emociones. Por lo cual, es necesario que los programas dirigidos prevenir trastornos alimentarios en adolescentes, consideren igualmente este factor.

Atendiendo al problema que representa actualmente la prevalencia de CAR en los adolescentes, así como la influencia de los medios de comunicación en el mantenimiento de estos comportamientos, el grupo de investigadores de la Unidad de Evaluación e Intervención e Imagen Corporal (UAIC), de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), de la Universidad de Barcelona (UB), desarrollaron el programa “Intervención

Integral de Prevención en Salud”, el cual está diseñado para la prevención de problemas relacionados con el peso y la alimentación, haciendo uso de alfabetización de medios, promoción de hábitos de alimentación saludables y de brindar estrategias de vida como en la mejora de la regulación emocional. El programa se encuentra basado en intervenciones de prevención que han demostrado ser efectivos para la prevención de CAR y trastornos alimentarios en población adolescente en general, a través de la reducción de actitudes alteradas hacia la alimentación como la restricción y el aumento del nivel de satisfacción corporal en los participantes (Munguía, 2016).

Considerando el auge de las CAR en los diferentes contextos socioculturales, y tomando en cuenta el proceso de aculturación antes mencionado, en donde poblaciones rurales han pasado a adoptar creencias y pautas de comportamiento que hasta entonces se consideraban más frecuentes en ámbitos urbanos, ¿cabría esperar que una estrategia de intervención que ha resultado efectiva en población urbana mostrará impacto similar en población rural? Con base en este cuestionamiento, el presente trabajo retomó el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” aplicándolo a dos muestras -rural y urbana- a fin de explorar su efectividad en ambos contextos.

3.1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” en una población rural de adolescentes comparada con una población urbana del Estado de Hidalgo?

3.2 Objetivo General

Evaluar el impacto del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” en una muestra rural de adolescentes y compararla con el impacto en una muestra urbana de adolescentes del Estado de Hidalgo.

3.3 Objetivos Específicos

- Evaluar peso y talla para identificar el IMC en los grupos de adolescentes de preparatorias ubicadas en una zona rural (Omitlán de Juárez) y una urbana (Pachuca de Soto) del estado de Hidalgo.

- Establecer la equivalencia (homogeneidad) entre los grupos de estudio rural vs. urbano en cuanto al puntaje inicial de las variables estudiadas.
- Identificar en la pre evaluación la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, Insatisfacción corporal, nivel de Desregulación emocional e Influencia de los medios en adolescentes estudiantes de preparatorias ubicadas en una zona rural (Omitlán de Juárez) y una urbana (Pachuca de Soto) del estado de Hidalgo.
- Implementar el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” en una población rural de adolescentes y una población urbana del estado de Hidalgo.
- Identificar en la post evaluación la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, Insatisfacción corporal, nivel de Desregulación emocional e Influencia de los medios en adolescentes estudiantes de preparatorias ubicadas en una zona rural (Omitlán de Juárez) y una urbana (Pachuca de Soto) del estado de Hidalgo.
- Realizar comparaciones intra e inter grupo entre las pre evaluaciones, post evaluaciones de los grupos de estudio (experimental vs fase de espera), así como por tipo de muestra (urbana vs. rural) de los estudiantes de preparatorias del estado de Hidalgo.

3.4 Hipótesis

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas, en la evaluación pre y post, respecto a la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, Insatisfacción corporal, nivel de Desregulación emocional e Influencia de los medios, en los estudiantes de zona rural y zona urbana que participan en el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”.

H1: Sí existen diferencias estadísticamente significativas, en la evaluación pre y post, respecto a la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, Insatisfacción corporal, nivel de Desregulación emocional e Influencia de los medios, en los estudiantes de zona rural y zona urbana que participan en el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”.

3.5 Definición de Variables

Se describe a continuación la definición conceptual y operacional de las variables independientes, dependientes e intervinientes consideradas en el presente trabajo.

Tabla 3*Definición de las variables independientes*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
“Intervención Integral de Prevención en Salud”	Es un programa de prevención universal de problemas relacionados con el peso y la alimentación haciendo uso de la alfabetización de medios (Munguía, 2016; Raich et al, 2008; Raich et al., 2009) y regulación emocional.	Consta de 5 sesiones, cada una de una hora de duración, cuyo contenido está dividido en 3 unidades: Unidad I: <i>Alfabetización de medios</i> (primera y segunda sesión). Unidad II: <i>Alfabetización de alimentación</i> (tercera sesión). Unidad III: <i>Regulación emocional</i> (cuarta y quinta sesión) (ver anexo 2).
Contexto de aplicación: rural o urbano	Una zona rural es aquella que cuenta con una población menor a 2,500 habitantes. Una zona urbana aquella con más de 2,500 habitantes (INEGI, 2012).	<i>Omitlán de Juárez:</i> su población total es de 9,636 habitantes. Cuenta con 32 localidades, todas ellas con denominación rural. La localidad Omitlán, donde se encuentra la preparatoria de intervención cuenta con 1,040 habitantes y tiene denominación rural (INEGI, 2015). <i>Pachuca de Soto:</i> su población total es 277,375 habitantes. Considerado municipio urbano, cuenta con 28 localidades tanto urbanas como rurales. La localidad Pachuca, donde se encuentra la preparatoria de intervención cuenta con 265,696 habitantes y tiene denominación urbana (INEGI, 2015).

Tabla 4*Definición de las variables dependientes*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Conductas Alimentarias de Riesgo	Conductas y actitudes relacionadas con el control de peso y la alimentación; se presentan como un continuum entre una alimentación normal y un trastorno alimentario (Hunot et al., 2008).	Cuestionario <i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> (EDE-Q, por sus siglas en inglés), que consta de 38 preguntas que miden actitudes, sentimientos y conductas relacionadas con la alimentación (Fairburn & Beglin, 1994) (ver anexo 4).
Influencia de los medios de comunicación sobre el ideal estético	El ideal estético, propuesto por la sociedad y vehiculado por los medios de comunicación (Esnaola, 2005), se trata de una conceptualización mental, interiorizada por el individuo, en relación con lo que considera como bello y físicamente aceptable, relativo a su peso y figura corporal (Raich, 2004; Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010); se trata de una figura ideal asociada regularmente con la delgadez como sinónimo de belleza y mayor aceptación social, en la mujer; y en el caso del hombre, un torso musculoso y atlético como sinónimo de éxito y masculinidad (Raich, 2004).	Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26), con 26 ítems que miden la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato para adelgazar (Toro et al., 1994) (ver anexo 5).

Insatisfacción con la imagen corporal	Creencia de que algunas partes del cuerpo, relacionadas con la figura y el peso, resultan inaceptables porque se consideran desproporcionadas, llegando a causar malestar (Devlin & Zhu, 2001; Vandereycken & Noordenbos, 2000).	Test de Siluetas para Adolescentes (TSA), que consta de 8 ítems que evalúan los siguientes aspectos de la imagen corporal: Modelo estético corporal, Insatisfacción con la imagen corporal, Distorsión de la imagen corporal y Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (Maganto & Cruz, 2008) (ver anexo 6).
Desregulación emocional	Proceso mediante el cual la propia persona regula sus emociones (positivas y negativas), influyendo en cuándo se experimentan, cómo las experimenta y cómo las expresa (Gross, 1999).	Escala Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E), la cual evalúa la dificultad en la regulación emocional a través de 36 reactivos (Hervás & Jódar, 2008) (ver anexo 7).

Tabla 5

Definición de las variables intervinientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Índice de Masa Corporal (IMC)	Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura del individuo y sirve como indicador para conocer el estado nutricional de la persona. Se calcula a partir de	Báscula electrónica de piso portátil marca SECA, con capacidad mínima 2kg- máxima 200kg., para medir peso corporal. Estadímetro modelo 206 marca SECA, para determinar talla.

la fórmula: peso (en kg) dividido por la talla (en m²), y que, de acuerdo al percentil correspondiente se puede clasificar en las siguientes categorías:

- *Bajo peso*: menos del percentil 5.
- *Peso normal*: percentil 5 hasta por debajo del percentil 85.
- *Sobrepeso*: percentil 85 hasta por debajo del percentil 95.
- *Obesidad*: igual o mayor al percentil 95

(Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015) (ver anexo 8).

Una vez realizado el procedimiento de toma de medidas antropométricas (estatura y peso), y tras aplicar la fórmula para obtener el IMC, se ubicó el número obtenido de acuerdo a la edad y al sexo del adolescente, en rangos establecidos por los CDC (2015).

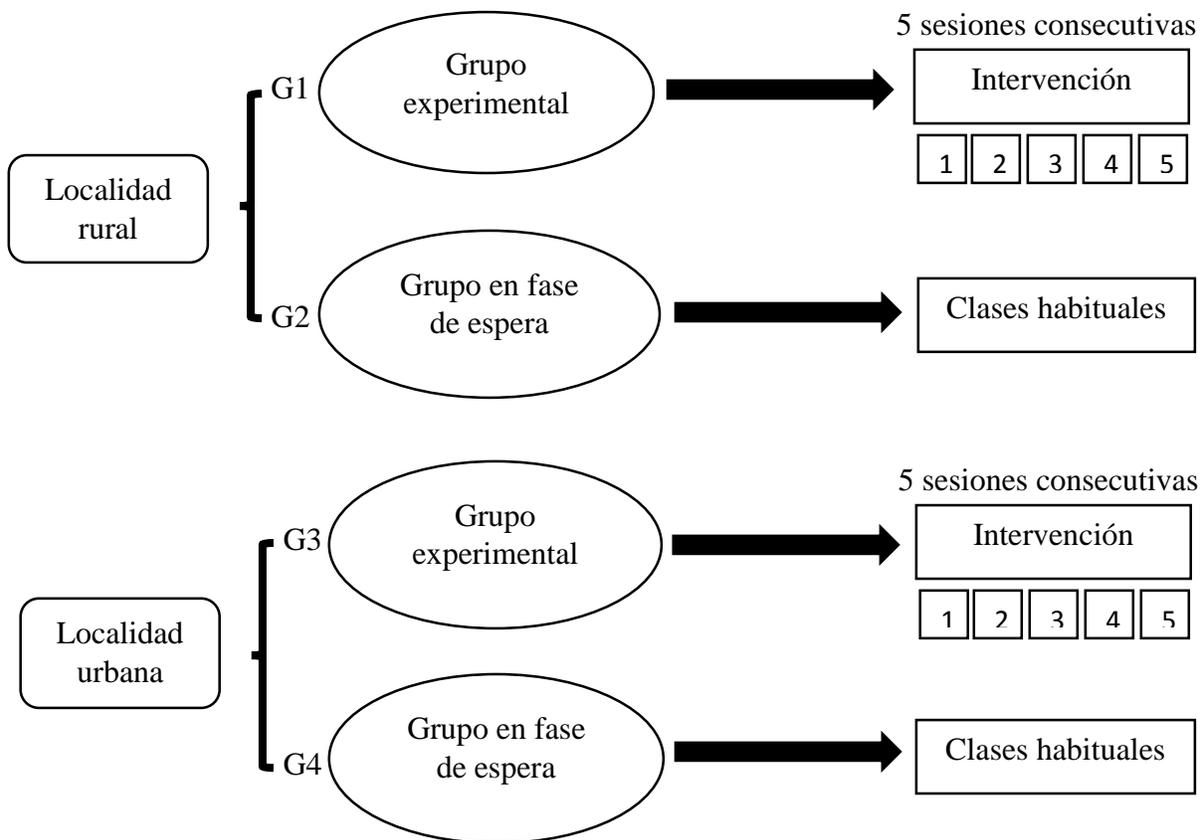
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer (OMS, 2018).	Hombre y Mujer
-------------	---	----------------

3.6 Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño cuasi experimental de cuatro grupos: dos grupos experimentales (uno de zona rural y uno de zona urbana), y dos en fase de espera (uno de zona rural y uno de zona urbana), con medidas pretest y posttest.

Figura 3

Diseño de Investigación



3.7 Contexto de la Investigación

En el contexto urbano, la administración de las pruebas y la intervención se llevaron a cabo en las instalaciones de una escuela preparatoria pública del municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo, durante el ciclo escolar agosto-diciembre 2019. Por su parte, en el contexto rural, la investigación se realizó en las instalaciones de una escuela Preparatoria pública del municipio de Omitlán de Juárez, Hidalgo, durante el ciclo escolar enero-junio 2020.

3.8 Tamaño de la Muestra y Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se eligieron intencionalmente las escuelas que participaron en el estudio. Se eligieron cuatro grupos de primer año de nivel medio superior: dos grupos de la escuela ubicada en Omitlán de Juárez (65 participantes) y dos grupos de la escuela ubicada en Pachuca de Soto (62 participantes), bajo los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión

- Hombre o mujer.
- Cursar primer grado de preparatoria en las instituciones seleccionadas.
- Haber aceptado voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- No contar con el consentimiento informado con la firma del padre o tutor.
- Estar en algún tratamiento de tipo psicológico.

Criterios de eliminación

- No haber contestado más del 10% de los reactivos del instrumento.
- No haber participado en el 100% de las sesiones de intervención.

3.8.1. Datos Generales de la Muestra

Participaron $n=130$ alumnos, de los cuales 62 conformaron la muestra urbana (30 en fase de espera y 32 en el grupo experimental), y 68 conformaron la muestra rural (33 en fase de espera y 35 en el grupo experimental). De la muestra total, 75 (57.7%) son mujeres y 55 (42.3%) son hombres, teniendo un rango de edad de 14 a 18 años, una media de edad de 15 años y una $DE= 0.65$.

La Tabla 6 presenta la descripción de los participantes por tipo de muestra (urbana y rural) así como por condición (experimental y en fase de espera) respecto a su edad y sexo. En la muestra urbana, tanto en el grupo en fase de espera como en el grupo experimental, la mayoría de los participantes son mujeres (66.7% y 56.3% respectivamente). Por su parte, en la muestra rural, en el grupo en fase de espera la mayoría son mujeres (63.6%) y en el grupo experimental son los hombres quienes representan una ligera mayoría (54.3%). En los cuatro grupos conformados la media de edad es de 15 años.

Tabla 6

Descripción de los participantes por tipo de muestra y por grupo

Tipo de muestra	Grupo de estudio	n	Hombres		Mujeres		Edad Media	DE	Rango mínimo	Rango Máximo
			F	%	F	%				

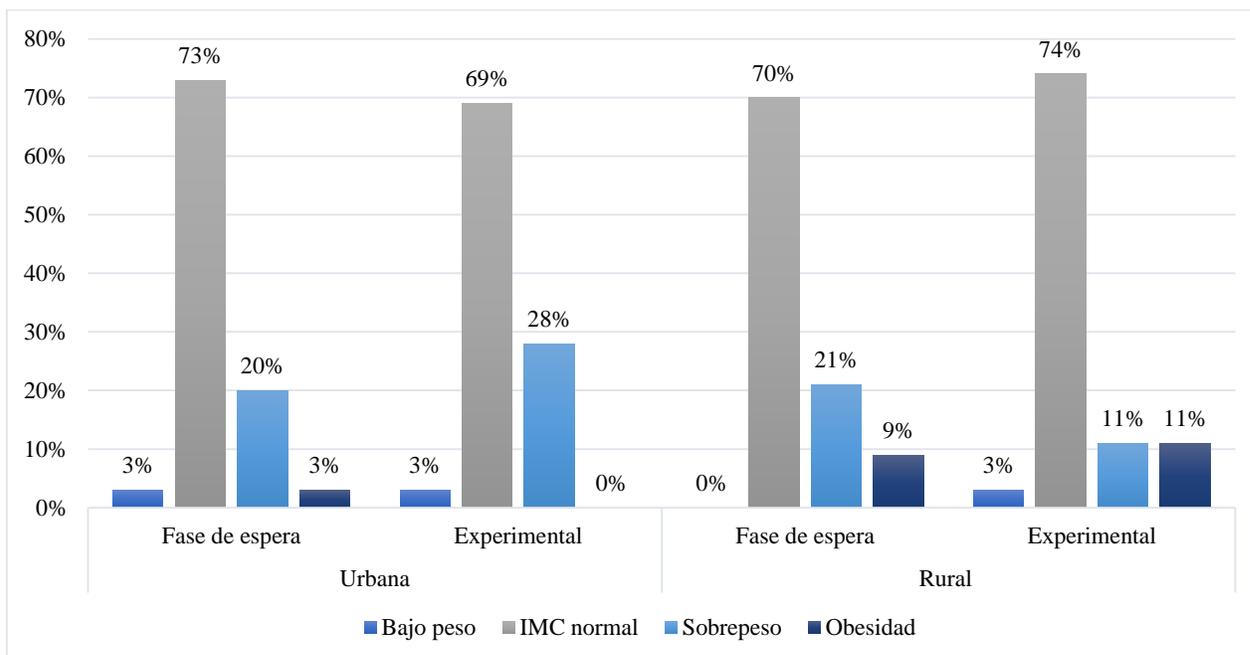
Urbana	En fase de espera	30	10	33.3%	20	66.7%	14.77	0.56	14	16
	Experimental	32	14	43.8%	18	56.3%	14.84	0.57	14	16
Rural	En fase de espera	33	12	36.4%	21	63.6%	15.33	0.73	15	18
	Experimental	35	19	54.3%	16	45.7%	15.23	0.54	15	17

Nota. DE=Desviación Estándar. F=Frecuencia absoluta.

De acuerdo con los parámetros establecidos por los Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2015) para población adolescente, se clasificó el IMC de los participantes en cuatro estados nutricionales: bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad. La Figura 4 muestra la distribución porcentual de estos estados nutricionales, de acuerdo al tipo de muestra (urbana y rural) y a la condición (experimental y en fase de espera). En los cuatro grupos de estudio, el IMC promedio de los participantes, el cual es de 21.9 (DE=4.05), se encuentra dentro de los percentiles de normalidad.

Figura 4

Distribución porcentual del IMC en el total de la muestra



Como parte de las características socioeconómicas de la muestra, se describe a continuación el nivel de estudios y la ocupación de los progenitores de los participantes (n=130).

Las Figuras 5 y 6 muestran un comparativo entre la muestra urbana y rural, considerando el nivel de estudios de cada progenitor: en la muestra urbana, la mayoría de las madres de los participantes tienen título de grado superior (32.3%), mientras que en la muestra rural, el nivel de estudio de la mayoría de las madres es educación básica terminada (70.6%). En el caso de los padres, en la muestra urbana, la mayoría tiene título de grado superior (41.3%), y en el caso de la muestra rural, al igual que las madres, la mayoría de los padres, tiene como nivel de estudios educación básica terminada (59.7%).

Figura 5

Nivel de estudios de la madre, comparativo entre muestra urbana y rural

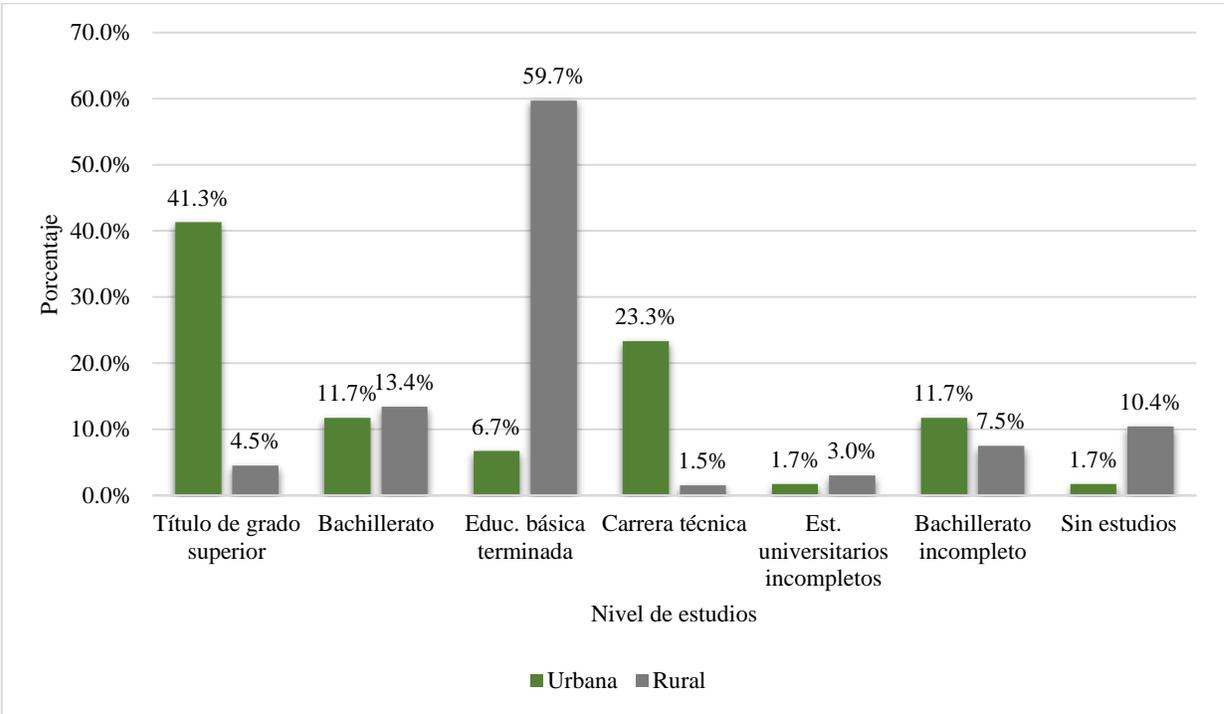
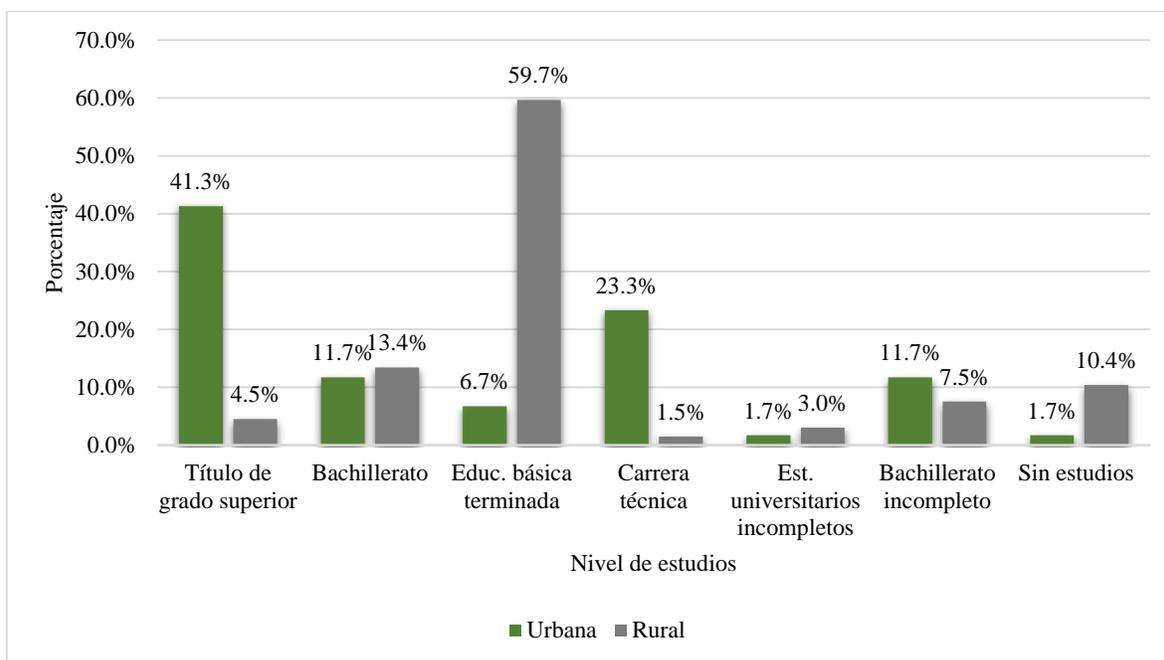


Figura 6

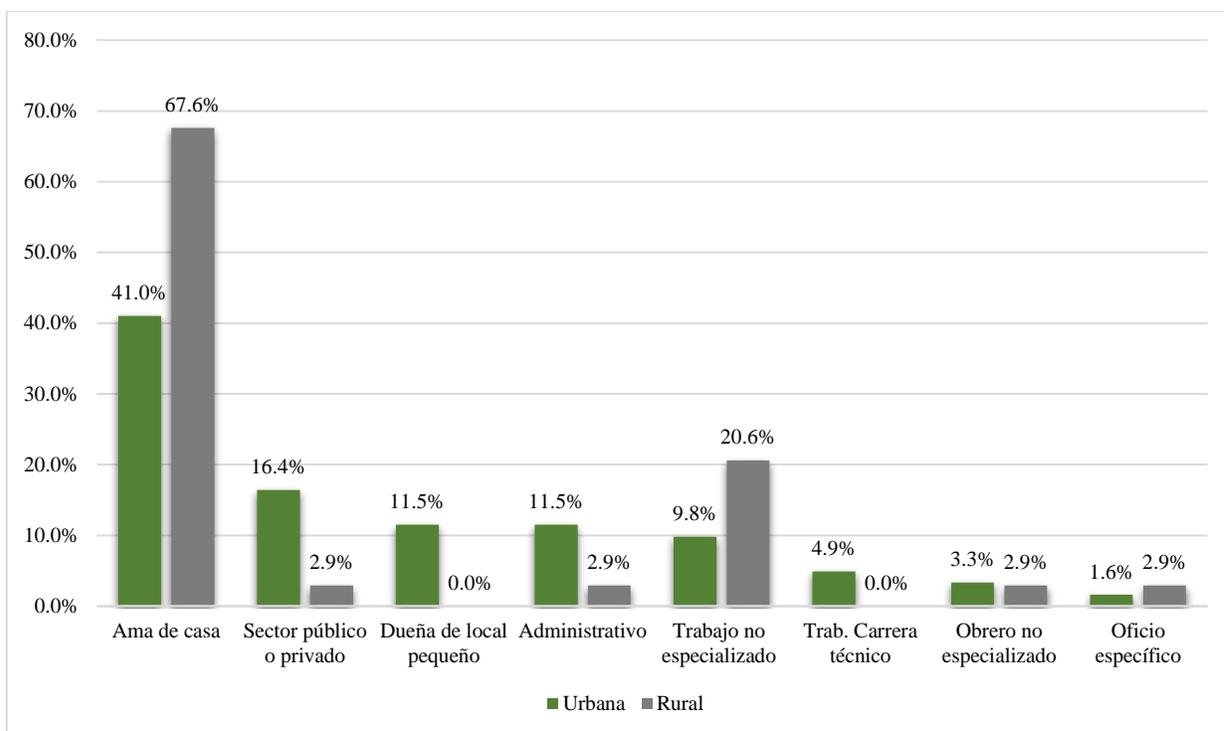
Nivel de estudios del padre, comparativo entre muestra urbana y rural



Respecto a la ocupación de los progenitores, las Figuras 7 y 8 presentan igualmente un comparativo entre las dos muestras de estudio. En la muestra urbana, el porcentaje de las madres que se dedican al hogar es de 41%, el resto desempeña diferentes actividades laborales en el sector público o privado. En el caso de la muestra rural, la mayoría son amas de casa (67.6%), mientras que el resto desempeña algún trabajo remunerado.

Figura 7

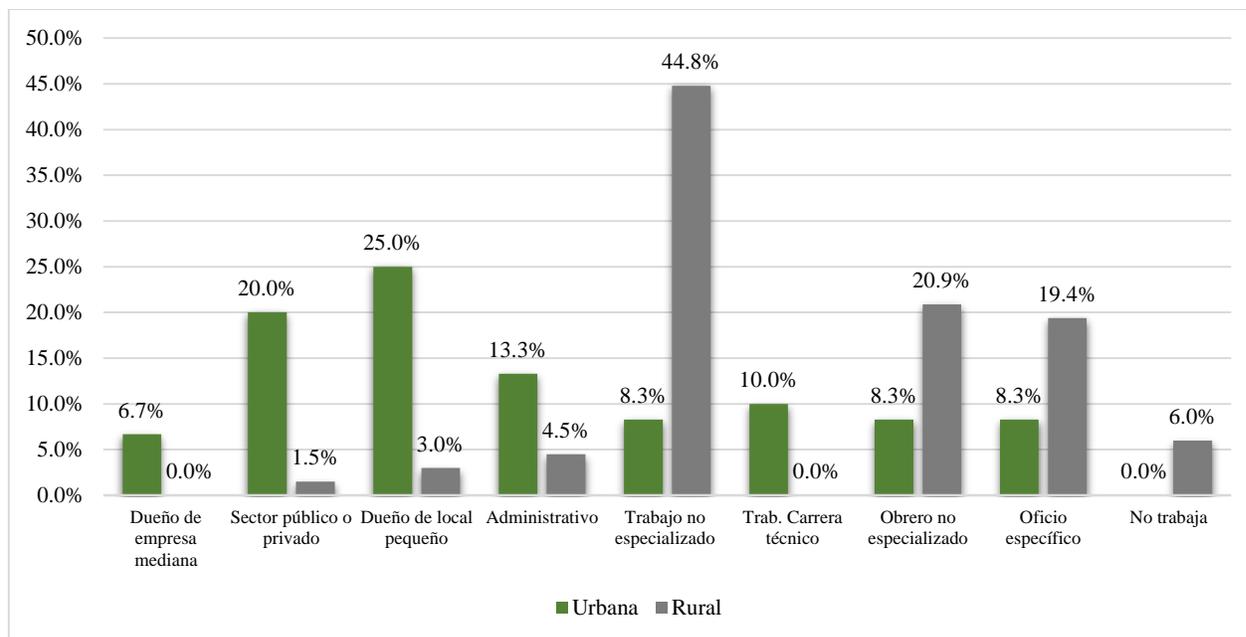
Ocupación de la madre, comparativo entre la muestra urbana y rural



Respecto a los padres, en la muestra urbana, el mayor porcentaje es propietario de un local comercial (25%) o trabaja en el sector público o privado (20%); y en la muestra rural, la mayoría de los padres realiza trabajo no especializado (44.8%) o son obreros no especializados (20.9%).

Figura 8

Ocupación del padre, comparativo entre la muestra urbana y rural



Se obtuvo el nivel socioeconómico de los progenitores a través del índice Hollingshead (1975) el cual, para su cálculo, se basa en el nivel de estudio y ocupación de la persona, clasificando los resultados en cinco grupos: nivel bajo, nivel medio-bajo, nivel medio, nivel medio-alto y nivel alto. En el presente trabajo, en la muestra urbana el nivel socioeconómico de las madres es variable, encontrándose en nivel bajo (27.9%), nivel medio-bajo (26.2%) y nivel alto (21.3%) principalmente. En el caso de los padres, la mayoría se encuentra en un nivel socioeconómico alto (38.3%) y medio-alto (25%). Por su parte, en la muestra rural la mayoría de las madres (82.4%) y de los padres (51.5%) se encuentran en un nivel socioeconómico bajo.

3.9 Instrumentos y Materiales

Cuestionario de datos sociodemográfico diseñado ad hoc: que incluye fecha, escuela, grado y grupo, edad, sexo, lugar de procedencia, con quién vive, ocupación de la madre, ocupación del padre, escolaridad de la madre, escolaridad del padre, peso, talla (ver anexo 3).

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): de Fairburn y Beglin (1994), se trata de un cuestionario de 38 preguntas con formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, el cual mide actitudes, sentimientos y conductas relacionadas con la alimentación. La puntuación total se obtiene con el promedio de los ítems que lo componen. En la adaptación a población mexicana, de las cuatro subescalas originales, se obtuvo un modelo de dos subescalas: restricción y preocupación por la comida, el peso y la figura corporal. La consistencia interna obtenida fue de 0.94 en la adaptación mexicana de Penelo et al. (2013) (ver anexo 4).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC-26): de Toro et al. (1994), es un cuestionario de 26 ítems que evalúa la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato para adelgazar. Está conformado por 4 subescalas: Influencia de la publicidad, Malestar por la imagen corporal y conductas de reducción de peso, Influencia de los modelos estéticos corporales e Influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos. Se responde en una escala de 3 puntos y todos los ítems están redactados de forma directa. La puntuación total se obtiene de la sumatoria de los puntos de todos los ítems, los puntajes altos reflejan una mayor influencia del ideal estético. La consistencia interna obtenida fue de 0.94, en la adaptación mexicana de Vázquez et al. (2000) (ver anexo 5).

Test de Siluetas para Adolescentes (TSA): Instrumento de aplicación individual o colectiva para adolescentes de entre 14 y 18 años. Consta de 8 ítems que evalúan los siguientes aspectos de la imagen corporal: Modelos estético corporal, Insatisfacción con la imagen corporal, Distorsión de la imagen corporal y Riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Presenta 16 siluetas (8 de hombres y 8 de mujeres) que, ordenadas de izquierda a derecha, muestran progresivamente un incremento del tamaño corporal, y de las cuales el sujeto deberá ir seleccionando de acuerdo a las indicaciones señaladas. Los ítems 1 y 2 evalúan el modelo estético corporal vigente, el 3 la percepción del sujeto respecto al tamaño de su propia imagen corporal, el ítem 4 permite conocer la imagen ideal que tiene el sujeto. El ítem 5 evalúa la imagen ideal del sexo contrario y, por último, los ítems 6, 7 y 8 exploran las atribuciones sociales sobre la imagen corporal. La Satisfacción/Insatisfacción se mide con el índice TSA-1, el cual se refiere a la diferencia entre la figura actual y la figura ideal. Una

diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción, diferencias negativas o positivas se interpretan como insatisfacción. Cabe señalar, que los valores positivos (+) se consideran como Insatisfacción por *querer ser más delgados*, y los valores negativos (-) se entienden como Insatisfacción por *querer ser más robustos*. El alfa de Cronbach del instrumento fue de 0.80 (Maganto & Cruz, 2008) (ver anexo 6).

Escala Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E): de Gratz y Roemer (2004); se trata de un instrumento de 36 reactivos que mide dificultades en la regulación emocional. De acuerdo con la adaptación mexicana en población adolescente, los reactivos se agruparon en cuatro subescalas o factores: No aceptación de respuestas emocionales (9 reactivos), Dificultades para dirigir el comportamiento hacia metas (6 reactivos), Falta de conciencia emocional (5 reactivos) y Falta de claridad emocional (4 reactivos). La adaptación de la escala obtuvo una consistencia interna de 0.54 (Hervás & Jódar, 2008) (ver anexo 7).

Como parte de los materiales se utilizó una báscula electrónica de piso portátil marca SECA, con capacidad mínima 2kg-máxima 200kg, para medir peso corporal. Así como un estadímetro modelo 206 marca SECA, para medir estatura.

Los materiales de referencia del programa utilizado en la presente investigación se enlistan a continuación:

- © Raich, R.M., Sánchez -Carracedo. D. y López Guimerá, G. (2008). Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria (2nd ed.) Barcelona: Graó.
- Documento no publicado: Raich, R.M., L. González M. y Rosés M. (2011). Modelo estético masculino. Evolución y crítica.
- Tesis doctoral: "Intervención preventiva universal en problemas relacionados con el peso y la alimentación: Estudio comparativo entre México y España en un programa de alfabetización de medios. Estudio piloto." Munguía, L. (2016).
- Programa psicoeducativo para pacientes con bulimia nerviosa. Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona (UB). Director: Dr. Fernando Fernández Aranda.

3.10 Procedimiento

En primer lugar, se presentó el protocolo al Comité de Ética de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo a fin de ser aprobado para su realización (ver anexo 9). Una vez aprobado el protocolo, se contactó a las instituciones educativas seleccionadas bajo los criterios de urbanidad-ruralidad, de acuerdo con los criterios establecidos por INEGI (2012), y se expuso a los directivos el trabajo de investigación (ver anexo 10), proporcionando información detallada sobre el contenido del programa de intervención, se les entregó una carta descriptiva incluyendo objetivos, número de sesiones y duración. En esta entrevista se aclararon dudas al respecto y se solicitó su apoyo para la aplicación.

Una vez obtenida la aprobación por parte de las instituciones que decidieron participar, se estableció, en colaboración con los docentes encargados, la selección de los grupos que se incluirían en cada muestra y en cada condición (experimental o en fase de espera), así como los horarios disponibles. Se ubicaron los grupos y se entregaron, a través de una plática previa, los consentimientos (ver anexo 11) para dar a conocer el proyecto a los padres y, en caso de aceptar la participación de sus hijos, otorgar su firma.

Como parte de la intervención se realizó la evaluación pre-test correspondiente: se entregaron los cuestionarios elegidos, otorgando una hora para el llenado de los mismos. De igual manera, y antes de la aplicación del programa, en la sesión de evaluación pre test, se llevó a cabo la medición de peso y talla de los participantes a fin de obtener IMC.

Posteriormente, se procedió a la aplicación del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” en las muestras seleccionadas, tanto de Omitlán de Juárez como de Pachuca de Soto, Hidalgo. Tras la aplicación del programa se llevó a cabo la evaluación post-test, otorgando una hora para el llenado de los cuestionarios, tanto a los grupos en fase de espera como aquellos bajo la condición experimental.

Finalmente se realizó la captura de datos y los análisis estadísticos correspondientes.

3.11 Análisis estadístico

Para el análisis de los datos, se empleó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 24.0 para Windows). En primer lugar, con la finalidad de establecer la equivalencia inicial entre las condiciones del grupo experimental y el grupo en fase de espera,

se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney para muestras independientes. Posteriormente se realizaron comparaciones intra e inter grupos de los dos momentos de medición, utilizando las siguientes pruebas: Rangos con Signo de Wilcoxon y ANOVA de Medidas Repetidas (ANOVA MR). Finalmente, se obtuvo el Tamaño del Efecto (TE) de la intervención.

3.12 Implicaciones Bioéticas

El presente trabajo de investigación fue aprobado para su realización por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo el día 1 de octubre del 2019; código asignado: CEEI-036-2019 (ver anexo 9).

El estudio consideró las recomendaciones de la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para las investigaciones en seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2019), así como lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014), específicamente lo señalado en los artículos 13, 14, 16, 17 y 20, como se enuncia a continuación:

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: **V.** Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables. **VII.** Contó con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17.- II. Refiere a investigaciones con riesgo mínimo, se describe que cuando se aplican exámenes físicos comunes como: peso y talla del sujeto, así como pruebas

psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, se considera una investigación de riesgo mínimo.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

La carta de consentimiento informado, aprobado igualmente por el Comité de Ética citado previamente, presenta información puntual acerca del trabajo de investigación, describiendo el objetivo del mismo, las actividades a realizar, así como información de contacto de la persona responsable del proyecto. En este documento se deja en claro que, atendiendo a los códigos de ética en materia de investigación, la información recabada es de manejo estrictamente confidencial, y que la participación es voluntaria (ver anexo 11).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

En este capítulo se describen los resultados de la aplicación del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” a dos muestras diferentes, una urbana y una rural, cada una con dos grupos (experimental y en fase de espera), analizando en primera instancia la equivalencia de tales grupos.

A fin de conocer la normalidad de las puntuaciones de la muestra de estudio, se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S), obteniendo que la distribución de frecuencias no fue consistente con la distribución teórica ($p=0.00$), por lo que se procedió a utilizar pruebas estadísticas no paramétricas.

4.1 Equivalencia inicial

Para demostrar la equivalencia inicial entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera, se realizó una comparación entre las puntuaciones obtenidas en los instrumentos que fueron aplicados durante la pre-evaluación; la cual se llevó a cabo mediante la prueba estadística *U de Mann Whitney* para muestras independientes. En las puntuaciones obtenidas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las variables dependientes, ni en la variable interviniente índice de masa corporal (IMC). Por lo tanto, se estableció que existe equivalencia entre las condiciones antes de la intervención (ver Tabla 7 y 8).

Tabla 1

Equivalencia inicial entre grupo experimental y en fase de espera, en la muestra urbana

	Grupo experimental	Grupo en fase de espera		
Escala/ medición	Suma de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	<i>p</i>
TSA-I	929.00	1024.00	401.00	0.24
CIMEC	1034.50	918.50	453.50	0.70
FI. Malestar	1047.00	906.00	441.00	0.58
FII. Publicidad	1032.50	920.50	455.50	0.68
FIII. Mensajes verbales	1008.00	945.00	480.00	1.00
FIV. Modelos sociales	1005.50	947.50	477.50	0.97
FV. Situaciones sociales	965.00	968.00	437.00	0.52
DERS	1018.00	935.00	470.00	0.88
No aceptación	1008.00	945.00	480.00	1.00
Metas	902.50	1050.50	374.50	0.13

Impulsividad	1002.50	950.50	474.50	0.93
Conciencia	968.00	985.00	440.00	0.57
Estrategias	992.00	961.00	464.00	0.82
Claridad	1002.50	950.50	474.50	0.93
EDEQ	1051.00	902.00	437.00	0.54
Restricción	1043.50	909.50	444.50	0.60
Preocupación	1037.50	915.50	450.50	0.67
IMC	1074.00	879.00	414.00	0.35

Nota. * $p \leq 0.05$

Tabla 8

Equivalencia inicial entre grupo experimental y en fase de espera, en la muestra rural

Escala/ medición	Grupo experimental	Grupo en fase de espera	U de Mann-Whitney	<i>p</i>
	Suma de Rangos	Suma de Rangos		
TSA-I	1264.00	1082.00	521.00	0.47
CIMEC	1307.50	1038.50	477.50	0.21
FI. Malestar	1308.50	1037.50	476.50	0.21
FII. Publicidad	1320.50	1025.50	464.50	0.14
FIII. Mensajes verbales	1341.00	1005.00	444.00	0.08
FIV. Modelos sociales	1210.00	1136.00	575.00	0.97
FV. Situaciones sociales	1231.00	1115.00	554.00	0.76
DERS	1130.50	1147.50	535.50	0.74
No aceptación	1133.50	1212.50	503.50	0.36
Metas	1013.50	1332.50	383.50	0.10
Impulsividad	1161.00	1185.00	531.00	0.56
Conciencia	1046.50	1299.50	416.50	0.40
Estrategias	1147.00	1199.00	517.00	0.45
Claridad	1145.50	1200.50	515.50	0.44
EDEQ	1195.00	1151.00	565.00	0.87
Restricción	1284.50	1061.50	500.50	0.33
Preocupación	1180.00	1166.00	550.00	0.73
IMC	1198.00	1148.00	568.00	0.90

Nota. * $p \leq 0.05$

4.2 Comparación intra e intergrupos

Se llevaron a cabo análisis intra e intergrupo de acuerdo a los instrumentos utilizados para la medición de las variables de estudio (TSA, DERS-E, CIMEC-26 y EDE-Q). Para dichos

análisis se utilizaron las siguientes pruebas: Rangos con Signo de Wilcoxon y ANOVA de Medidas Repetidas (ANOVA MR). Posterior a esto se calculó el Tamaño del Efecto (TE).

4.2.1 Comparación intragrupos

El siguiente apartado muestra los análisis intragrupos, donde el interés se centró en averiguar si existían diferencias en las variables de estudio a través de los dos tiempos de medición (pre evaluación y post evaluación). Para este análisis se utilizó la prueba de Rangos con Signo de Wilcoxon.

A continuación se describen los resultados de acuerdo con los datos obtenidos por cada escala de evaluación.

Influencia de los Medios de Comunicación sobre el Ideal Estético

Para la medición de esta variable se utilizó el cuestionario CIMEC-26, en el cual a mayor puntaje mayor nivel de influencia de los medios de comunicación. Se encontró que, en la muestra urbana, en el grupo en fase de espera 21.9% de los participantes presenta mayor influencia de los medios de comunicación, en la pre evaluación y 15.6% en la post evaluación. En el caso del grupo experimental, 23.3% de los participantes presenta mayor influencia de los medios de comunicación, en la pre evaluación, y 10% en la post evaluación.

Al realizar los análisis para evaluar si existían diferencias entre los dos momentos de medición, se encontró que en esta muestra (urbana), en el grupo experimental, el puntaje total del instrumento cambió significativamente entre las dos mediciones ($p=0.02$), disminuyendo después de la implementación del programa con relación a la medición efectuada antes de iniciar el mismo; lo mismo sucedió con el Factor II. Influencia de la publicidad ($p=0.03$) y el Factor V. Situaciones sociales ($p=0.00$). En el grupo en fase de espera no se observaron cambios estadísticamente significativos en los dos momentos de medición considerando el puntaje total del instrumento (ver Tabla 9).

Tabla 9

Comparación entre pre y post evaluación el CIMEC-26, por condición, en la muestra urbana

Condición	Escala/Medición	Pre evaluación		Post evaluación		p
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Experimental	CIMEC-26 Total	11.46	10.13	9.34	8.63	0.02*

	FI. Malestar por la imagen corporal	5.06	4.42	4.34	4.05	0.15
	FII. Publicidad	1.63	2.82	0.66	1.53	0.03*
	FIII. Mensajes verbales	1.16	1.54	0.84	1.24	0.16
	FIV. Modelos sociales	2.16	1.66	2.13	1.71	0.83
	FV. Situaciones Sociales	1.47	1.45	7.75	1.76	0.00*
En fase de espera	CIMEC-26 Total	10.20	8.53	9.13	8.06	0.15
	FI. Malestar por la imagen corporal	4.50	4.15	4.00	3.84	0.16
	FII. Publicidad	0.93	2.14	0.87	2.25	0.58
	FIII. Mensajes verbales	1.07	1.33	0.67	1.09	0.04
	FIV. Modelos sociales	2.13	1.52	2.20	1.60	0.70
	FV. Situaciones Sociales	1.57	1.25	8.10	2.20	0.00*

Nota. * $p \leq 0.05$

Por su parte, en la muestra rural, en el grupo en fase de espera, 15.2% presenta mayor influencia de los medios de comunicación sobre el ideal estético, en la pre evaluación y 13.6% en la post evaluación. En el grupo experimental, 42.9% de los participantes presenta mayor influencia de los medios de comunicación, en la pre evaluación, y 11.4% en la post evaluación.

Después de aplicar la prueba de Wilcoxon en esta muestra (rural), en el grupo experimental, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total del instrumento entre las dos mediciones ($p=0.00$), disminuyendo después de la implementación del programa con relación a la medición efectuada antes de iniciar el mismo. En el grupo en fase de espera no se observaron cambios estadísticamente significativos en los dos momentos de medición considerando el puntaje total del instrumento (ver Tabla 10).

Tabla 10

Comparación entre pre y post evaluación del CIMEC-26, por condición, en la muestra rural

Condición	Escala/Medición	Pre evaluación		Post evaluación		<i>p</i>
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Experimental	CIMEC-26 Total	13.80	11.15	7.48	7.13	0.00*
	FI. Malestar por la imagen corporal	5.46	4.25	2.74	2.59	0.00*
	FII. Publicidad	3.14	3.63	1.57	2.11	0.02*

	FIII. Mensajes verbales	1.49	1.38	0.77	1.28	0.04*
	FIV. Modelos sociales	2.11	1.77	1.51	1.24	0.01*
	FV. Situaciones Sociales	1.60	1.53	6.63	2.52	0.00*
En fase de espera	CIMEC-26 Total	10.51	9.95	9.96	10.36	0.10
	FI. Malestar por la imagen corporal	4.15	3.61	3.70	3.77	0.04*
	FII. Publicidad	1.85	3.36	2.15	3.40	0.07
	FIII. Mensajes verbales	0.97	1.40	0.82	1.31	0.19
	FIV. Modelos sociales	2.09	1.68	1.91	1.72	0.61
	FV. Situaciones Sociales	1.45	1.39	8.85	2.19	0.00*

Nota. * $p \leq 0.05$

Dificultades en la Regulación Emocional

De acuerdo con el DERS-E, en la muestra urbana, en el grupo en fase de espera el puntaje promedio fue de 76.43 (DE=23.89) en la pre evaluación y de 89.23 (DE=26.99) en la post evaluación. Respecto al nivel de desregulación emocional, en la pre evaluación 13.3% de los participantes presenta los mayores niveles, con puntajes arriba de la puntuación media del instrumento; en la post evaluación, 20% de los participantes presenta los niveles más altos. En el grupo experimental, el puntaje promedio fue de 78.63 (DE=23.51) en la pre evaluación y de 81.16 (DE=26.53) en la post evaluación. En este sentido, en la pre evaluación, 12.5% de los participantes presenta los mayores niveles desregulación emocional, y 21.9% en la post evaluación.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dos mediciones de tiempo (pre y post seguimiento) en el grupo experimental ni en el grupo en fase de espera.

Tabla 11

Comparación entre pre y post evaluación del DERS-E, por condición, en la muestra urbana

Condición	Escala/Medición	Pre evaluación		Post evaluación		p
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Experimental	DERS-E Total	78.63	23.51	81.16	26.53	0.37
	F1. No aceptación	12.28	5.49	11.25	5.27	0.19
	F2. Metas	10.91	3.64	11.25	3.98	0.53

	F3. Impulsividad	12.91	4.00	13.06	4.62	0.88
	F4. Conciencia	17.56	5.04	19.63	6.40	0.10
	F5. Estrategias	17.06	7.08	16.81	6.78	0.72
	F6. Claridad	13.31	2.32	13.47	2.62	0.67
En fase de espera	DERS-E Total	76.43	23.89	89.23	26.99	0.76
	F1. No aceptación	12.70	6.09	13.37	6.36	0.37
	F2. Metas	12.43	3.82	11.93	4.65	0.49
	F3. Impulsividad	13.00	3.53	13.80	4.43	0.32
	F4. Conciencia	18.20	4.73	16.87	4.36	0.10
	F5. Estrategias	16.50	5.21	17.63	6.90	0.37
	F6. Claridad	13.37	2.25	13.43	2.09	0.49

Nota. * $p \leq 0.05$

Por su parte, en la muestra rural, en el grupo en fase de espera el puntaje promedio fue de 91.64 (DE=21.61) en la pre evaluación y de 103.33 (DE=27.75) en la post evaluación. Respecto a los niveles de desregulación emocional, 30.3% de los participantes presenta los mayores niveles en la pre evaluación, y 45.5% en la post evaluación. En el grupo experimental, el puntaje promedio fue de 90.26 (DE=21.29) en la pre evaluación: 23.5% de los participantes presenta los mayores niveles desregulación emocional; en la post evaluación el promedio fue de 98.86 (DE=27.25): 14.3% de los participantes presenta los niveles más altos.

Tabla 12

Comparación entre pre y post evaluación del DERS-E, por condición, en la muestra rural

Condición	Escala/Medición	Pre evaluación		Post evaluación		<i>p</i>
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Experimental	DERS-E Total	90.26	21.29	98.86	27.25	0.23
	F1. No aceptación	14.51	5.78	15.71	16.71	0.41
	F2. Metas	12.00	4.77	10.51	3.89	0.05
	F3. Impulsividad	14.23	5.48	15.09	17.80	0.09
	F4. Conciencia	18.11	18.38	13.51	4.47	0.05
	F5. Estrategias	19.23	7.92	16.69	5.82	0.07
	F6. Claridad	13.09	3.95	11.63	3.32	0.08
En fase de espera	DERS-E Total	91.64	21.61	103.33	27.75	0.73
	F1. No aceptación	15.88	5.08	15.48	4.90	0.66

F2. Metas	14.79	4.55	14.42	5.08	0.28
F3. Impulsividad	14.91	5.21	15.67	4.47	0.16
F4. Conciencia	18.42	4.80	17.76	4.81	0.32
F5. Estrategias	20.61	7.59	23.39	20.19	0.74
F6. Claridad	13.67	3.34	14.06	3.27	0.88

Nota. * $p \leq 0.05$

Insatisfacción con la Imagen Corporal

De acuerdo con el Índice de Insatisfacción con la Imagen Corporal en el Test de Siluetas para Adolescentes (TSA-I), se encontró que, en la muestra urbana, en el grupo en fase de espera, 76.6% de los participantes presenta insatisfacción con su imagen corporal, ya sea con deseo de una figura más delgada o una más robusta, en la pre evaluación. En la post evaluación, 73.3% presenta insatisfacción. Por su parte, en el grupo experimental, 78.2% de los participantes en la pre evaluación presentan insatisfacción con su imagen corporal; en la post evaluación este porcentaje desciende a 62.5%. En relación a la muestra rural, en el grupo en fase de espera, 75.8% presenta insatisfacción con su imagen corporal, en la pre evaluación y 72.7% en la post evaluación. En el grupo experimental, el porcentaje de participantes con insatisfacción corporal es de 57.2%, en la pre evaluación y de 45.7% en la post evaluación.

De acuerdo con el análisis estadístico realizado, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la pre evaluación y la post evaluación en el grupo experimental ($p=0.58$), ni en el grupo en fase de espera ($p=0.73$), en la muestra urbana. Estos mismos resultados se observaron en la muestra rural.

Tabla 13

Comparación entre pre y post evaluación del TSA-I, por condición y tipo de muestra

Muestra	Condición	Pre evaluación		Post evaluación		<i>p</i>
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Urbana	Experimental	-0.44	0.94	-0.38	0.87	0.58
	En fase de espera	-0.17	1.51	-0.13	1.59	0.73
Rural	Experimental	-0.06	1.30	-0.20	0.83	0.41
	En fase de espera	-0.21	0.96	-0.30	0.91	0.31

Nota. * $p \leq 0.05$

Conductas Alimentarias de Riesgo

De acuerdo al cuestionario EDE-Q, el cual indaga acerca de la realización de las principales CAR, se obtuvo que, en la muestra urbana, en el grupo en fase de espera las principales CAR encontradas en la pre evaluación fueron sobre-ingesta de alimentos (47%) y realización de ejercicio excesivo (30%); en la post evaluación la frecuencia de sobre-ingesta disminuyó (47% a 30%) y la realización de ejercicio excesivo tuvo un aumento (23% a 30%). En el grupo experimental, estas mismas CAR obtuvieron la mayor frecuencia en la pre evaluación, sobre-ingesta de alimentos (56%) y la realización de ejercicio excesivo (38%), mismas que mostraron una reducción después de la aplicación del programa (41% y 22%, respectivamente).

Tabla 14

Distribución de frecuencias de CAR en la muestra urbana

CAR	Grupo experimental				Grupo en fase de espera			
	Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sobre ingesta	14	56%	13	41%	14	47%	9	30%
Vómito autoprovocado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Uso de laxantes	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%
Uso de diuréticos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Ejercicio excesivo	12	38%	7	22%	7	23%	9	30%

Nota. CAR=Conductas Alimentarias de Riesgo.

En la muestra rural, en el grupo en fase de espera, las principales CAR encontradas en la pre evaluación fueron sobre-ingesta de alimentos (42%) y la realización de ejercicio excesivo (33%), en la post evaluación éste último disminuyó (18%) mientras que la sobre-ingesta aumentó (67%). En el grupo experimental, estas mismas CAR obtuvieron la mayor frecuencia en la pre evaluación, sobre-ingesta de alimentos (46%) y la realización de ejercicio excesivo (49%) mismas que mostraron una reducción después de la aplicación del programa (6% y 17% respectivamente).

Tabla 15*Distribución de frecuencias de CAR, en la muestra rural*

CAR	Grupo experimental				Grupo en fase de espera			
	Pre		Post		Pre		Post	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%
Sobre ingesta	16	46%	2	6%	14	42%	11	67%
Vómito auto provocado	3	9%	1	3%	0	0%	0	0%
Uso de laxantes	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
Uso de diuréticos	1	3%	1	3%	1	3%	1	3%
Ejercicio excesivo	17	49%	6	17%	11	33%	6	18%

Nota. CAR=Conductas Alimentarias de Riesgo.

Al realizar los análisis estadísticos correspondientes para evaluar las diferencias en esta variable tras la aplicación del programa, en la muestra urbana no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tanto en el grupo experimental como en el grupo en fase de espera, considerando el puntaje total del instrumento.

Tabla 16*Comparación entre pre y post evaluación del EDE-Q, por condición, en la muestra urbana*

Condición	Escala/Medición	Pre evaluación		Post evaluación		<i>p</i>
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Experimental	EDE-Q Total	27.38	24.96	25.00	29.33	0.46
	Restricción	4.25	5.18	3.88	5.96	0.50
	Preocupación	23.13	21.25	21.13	24.51	0.47
En fase de espera	EDE-Q Total	24.60	27.69	20.83	26.22	0.10
	Restricción	3.40	4.99	2.63	4.87	0.02*
	Preocupación	21.20	23.23	18.20	21.67	0.97

Nota. * $p \leq 0.05$

Por su parte, en la muestra rural, en el grupo experimental se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambas sub-escalas del instrumento y en el puntaje total ($p=0.00$), tras la aplicación del programa.

Tabla 17*Comparación entre pre y post evaluación del EDE-Q, por condición, en la muestra rural*

Condición	Escala/ Medición	Pre evaluación		Post evaluación		<i>p</i>
		Media	(DE)	Media	(DE)	
Experimental	EDE-Q Total	26.97	28.45	15.60	18.23	0.00*
	Restricción	5.66	7.18	3.20	4.25	0.00*
	Preocupación	21.31	22.44	12.4	14.80	0.00*
En fase de espera	EDE-Q Total	25.03	23.24	25.09	30.56	0.10
	Restricción	3.30	5.00	2.58	4.18	0.17
	Preocupación	21.73	20.57	22.52	28.74	0.03*

Nota. * $p \leq 0.05$

4.2.2 Comparación intergrupos

Se realizaron comparaciones utilizando ANOVA de Medidas Repetidas, con un diseño 2X2X2 (Tiempo x Condición x Muestra). En la Tabla 18 se describen los resultados de acuerdo con los datos obtenidos por cada instrumento utilizado.

Tabla 18*ANOVA de medidas repetidas 2X2X2 (Tiempo x Condición x Muestra)*

Escala	Factor	F	<i>p</i>	Eta Cuadrada
CIMEC	Tiempo	21.229	0.000*	0.144
	Tiempo*Condición	9.794	0.002*	0.072
	Tiempo*Muestra	2.827	0.095	0.022
	Tiempo*Condición*Muestra	4.662	0.033*	0.036
TSA-1	Tiempo	0.304	0.582	0.002
	Tiempo*Condición	0.008	0.928	0.000
	Tiempo*Muestra	1.736	0.190	0.014
	Tiempo*Condición*Muestra	0.105	0.746	0.001
DERS-E	Tiempo	17.631	0.000*	0.124
	Tiempo*Condición	2.548	0.113	0.020
	Tiempo*Muestra	0.327	0.568	0.003
	Tiempo*Condición*Muestra	0.694	0.406	0.006
EDE-Q	Tiempo	8.219	0.005*	0.061
	Tiempo*Condición	2.720	0.102	0.021

Tiempo*Muestra	0.721	0.397	0.006
Tiempo*Condición*Muestra	4.437	0.037*	0.034

Nota. * $p \leq 0.05$

En el cuestionario CIMEC, existieron cambios estadísticamente significativos respecto al tiempo (pre evaluación-post evaluación) ($p=0.00$) y en la interacción entre los tres factores a la vez (tiempo-condición-muestra) ($p=0.03$). De igual manera, en el EDE-Q existieron cambios estadísticamente significativos respecto al tiempo y en interacción entre tiempo-condición-muestra, es decir, la evolución de las puntuaciones de los participantes entre la pre evaluación y la post evaluación difiere entre los participantes de la muestra rural y los participantes de la muestra urbana además de que está en función de si pertenecen al grupo experimental o al grupo en fase de espera.

En el caso del cuestionario DERS-E sólo se encontró significancia estadística en el factor tiempo ($p=0.00$). En el TSA-1 no se encontró significancia estadística.

4.3 Tamaño del Efecto (TE)

El TE se ha planteado como un complemento necesario a las pruebas de hipótesis, debido a que permite una apreciación más directa de la magnitud de los fenómenos en estudio y ofrece una interpretación más adecuada de los resultados. Se refiere a la diferencia entre un tratamiento nuevo A y otro clásico B. Si A es realmente mejor que B, interesa saber en qué medida se espera este fenómeno en la población. No basta saber que la mejoría media lograda con A es mayor que la mejoría media lograda con B, se necesita saber, además, hasta dónde se puede generalizar este hallazgo cuando se tienen en cuenta las limitaciones del experimento; asimismo se requiere determinar su magnitud o tamaño. En este sentido, un valor de 0.20 indica un efecto pequeño, 0.50 expresa un efecto mediano y 0.80 o más un efecto grande (Cohen, 1992).

Se presentan a continuación los resultados TE intragrupal, considerando la g de Hedges para pruebas no paramétricas.

Tabla 19*Tamaño del efecto intragrupal en ambas muestras*

Muestra	Condición		Pre evaluación		Post evaluación		p	TE
			Media	(DE)	Media	(DE)		
Urbana	Experimental	CIMEC-26 Total	11.46	10.13	9.34	8.63	0.02*	0.21
	Experimental	FII. Publicidad	1.63	2.82	0.66	1.53	0.03*	0.40
	Experimental	FV. Situaciones Sociales	1.47	1.45	7.75	1.76	0.00*	0.60
Rural	Experimental	CIMEC-26 Total	13.8	11.15	7.48	7.13	0.00*	0.63
	Experimental	FI. Malestar por la imagen corporal	5.46	4.25	2.74	2.59	0.00*	0.72
	Experimental	FII. Publicidad	3.14	3.63	1.57	2.11	0.02*	0.49
	Experimental	FIII. Mensajes verbales	1.49	1.38	0.77	1.28	0.04*	0.51
	Experimental	FIV. Modelos sociales	2.11	1.77	1.51	1.24	0.01*	0.37
	Experimental	FV. Situaciones Sociales	1.6	1.53	6.63	2.52	0.00*	2.20
Rural	Experimental	EDE-Q Total	26.97	28.45	15.6	18.23	0.00*	0.44
	Experimental	Restricción	5.66	7.18	3.2	4.25	0.00*	0.39
	Experimental	Preocupación	21.31	22.44	12.4	14.8	0.00*	0.44

Nota. DE=Desviación Estándar, TE=Tamaño del Efecto.

En la post evaluación, la intervención presentó un efecto grande en el *FV. Situaciones sociales*, del cuestionario CIMEC-26, tanto en la muestra urbana como en la rural. Para el resto de los Factores de esta misma escala, se encontró el mayor efecto en la muestra rural, de medio a efecto grande. Respecto al EDE-Q, en el cual se obtuvieron también diferencias significativas, específicamente en la muestra rural, la aplicación del programa presentó un efecto de pequeño a mediano en las dos subescalas que lo componen y en el puntaje total del cuestionario.

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

Se analizan a continuación los resultados obtenidos, con base en los objetivos planteados y las variables consideradas en la presente investigación.

En primer lugar, es posible mencionar que el objetivo general de la investigación se cumplió, ya que se evaluó el impacto del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” en una población rural comparándola con el impacto en una población urbana de adolescentes del Estado de Hidalgo, obteniendo que, si bien no se encontró evidencia estadísticamente significativa en todas las variables de estudio consideradas, se obtuvo un impacto positivo en la post evaluación tanto en el grupo perteneciente a zona urbana como en el grupo de zona rural, en relación a la reducción del nivel de influencia sobre el ideal estético ejercido por los medios de comunicación, siendo este uno de los principales factores de riesgo sobre el cual se centra el programa. Cabe mencionar que, en relación a esta variable en específico, el impacto de la intervención fue mayor en la población rural, en un rango de efecto que va de medio a grande, este hecho señala la importancia de implementar este tipo de programas en grupos de adolescentes que pertenecen a zonas rurales a fin de disminuir la influencia mediática sobre el ideal estético, obteniendo resultados favorables.

La alfabetización de medios, como estrategia enfocada a desmitificar el ideal estético, ha mostrado su efectividad en diferentes estudios ya que promueve la identificación y crítica del modelo hegemónico, desarrollando habilidades de pensamiento crítico en relación a la idealización por la delgadez en las mujeres y el aspecto musculoso en los hombres (González et al., 2012). Ejemplo de ello es el estudio realizado por Wilksch (2010) en donde se evaluó el impacto de un programa de ocho sesiones basado en alfabetización de medios, en el cual participaron n=540 estudiantes australianos con promedio de edad de 14 años. Como parte de los resultados se encontró que el programa fue efectivo en grupos considerados de alto y bajo riesgo de desarrollo de TAIA, tanto en hombres como en mujeres.

Por su parte, Rutzstein et al. (2019), llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención basada en alfabetización de medios y disonancia cognoscitiva para prevenir problemas alimentarios en adolescentes argentinas. La muestra estuvo conformada por n=88 mujeres de entre 12 y 17 años quienes, tras participar

en el programa de tres sesiones, disminuyeron significativamente la internalización del ideal de delgadez y el nivel de influencia mediática.

En la presente investigación se encontró igualmente disminución en el nivel de influencia mediática; estos resultados coinciden con aquellos obtenidos previamente tras la aplicación de este mismo programa, en los cuales hubo una disminución en las puntuaciones relacionadas con el nivel de influencia del modelo estético en el grupo experimental respecto al grupo en fase de espera (González et al., 2011; Mora et al., 2015; Munguía, 2016; Raich et al., 2008; Raich et al., 2009), lo cual permite aportar evidencia a favor del programa en este sentido.

Un aspecto importante, considerando el objetivo general de la investigación, es que los resultados obtenidos fueron similares tanto en la muestra rural como en la muestra urbana, lo cual permite, por un lado, visualizar la penetración que ha tenido la publicidad y los mensajes mediáticos en los jóvenes de diferentes contextos: los medios masivos de comunicación se han convertido en uno de los principales ejes sociales y económicos en cualquier sector, dando como resultado que valores, modelos, estilos de vida e ideales de belleza se promuevan indiscriminadamente influyendo de igual manera en la medida en que las personas se mueven de una cultura a otra; hoy en día no es necesario el traspaso de fronteras para que se produzca un proceso de aculturación (Guzmán-Saldaña et al., 2017; Rodríguez & Saborío; 2008; Sanz, 2007).

Y por otro lado, estos resultados permiten señalar la importancia de considerar sectores rurales para la aplicación de programas preventivos como el que aquí se utilizó, ya que resulta ser igualmente efectivo para este tipo de población. De hecho, en el caso del presente trabajo, el programa resultó tener un mayor impacto en la población rural. Al respecto, en un estudio comparativo realizado en mujeres universitarias de Estados Unidos, en el cual se evaluó la efectividad de dos programas de prevención de trastornos alimentarios a través de Internet (uno con estrategias cognitivo-conductuales), se encontró que ambos programas condujeron a una reducción en la insatisfacción corporal, la internalización del ideal de delgadez y depresión en los grupos expuestos, a comparación de la muestra que no recibió intervención. A través de los análisis realizados se encontró, además, que las intervenciones resultaron más efectivas para los grupos minoritarios que para el grupo de

mujeres blancas. La posible explicación que brindan los autores es que, debido a que la muestra de minoría étnica estuvo conformada principalmente por mujeres asiáticas y considerando que es una cultura que se encuentra muy expuesta a la presión por una figura delgada, la intervención pudo haber resultado más efectiva en esta muestra debido a ello (Taona & Stanley, 2017).

Ahora bien, como parte de los objetivos específicos, se obtuvo el IMC de la muestra, encontrando que la mayoría tiene normopeso, tanto hombres como mujeres, sin embargo subyace un porcentaje significativo de participantes con sobrepeso u obesidad y, en menor medida, con desnutrición. Los resultados obtenidos permiten aportar evidencia sobre el problema que presenta actualmente México: la doble carga nutricional (bajo peso-sobrepeso), reportada principalmente en niños, pero que poco a poco se va visualizando también en la población adolescente (Shamah-Levy et al., 2015). De acuerdo con la ENSANUT 2018, en los adolescentes a nivel nacional, hubo un incremento en los porcentajes de obesidad y sobrepeso respecto a la encuesta anterior, pasando de 34.9% en 2012 a 38.4% en 2018. Considerando los datos de 2018, y analizando los porcentajes por tipo de localidad, si bien existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en la zona urbana (39.7%), la zona rural no muestra grandes diferencias (34.6%) (INEGI-INSP-SSA, 2019). Esto mismo se observa en los resultados obtenidos en el presente trabajo, en donde los porcentajes de sobrepeso y obesidad son similares en un contexto y otro (25.8% en la muestra urbana y 26.4% en la muestra rural).

Respecto a la variable CAR, se encontró que las principales conductas de riesgo reportadas, tanto en la muestra urbana como en la rural, fueron la sobre ingesta de alimentos y la realización de ejercicio excesivo. Estos resultados coinciden de manera parcial con aquellos que se presentan en la ENSANUT 2018 en donde el ejercicio excesivo y la realización de dietas para perder peso fueron las conductas de riesgo más frecuentes entre la población adolescente encuestada (INEGI-INSP-SSA, 2019).

Sobre la realización de ejercicio físico excesivo, en el caso de los hombres tiende a realizarse con el objetivo de ganar peso y aumentar la masa muscular, y en el caso de las mujeres el principal motivo es la reducción de peso, resultando por ello en una conducta de riesgo importante a considerar (Anderson & Bulik, 2004). Al respecto, la categoría

denominada *fitness* ha tenido un auge importante en los últimos años, identificándose principalmente como un estilo de vida que implica, entre otros aspectos, el entrenamiento físico (Sassatelli, 2010), dando lugar al surgimiento de *modelos fitness*, con cuerpos musculosos y magros, los cuales son visualizados y seguidos a través de redes sociales, generando un fuerte impacto e influencia en el público joven que los sigue (Recordá-Fouces, 2018). En este sentido, se ha alertado sobre las consecuencias que pudiera traer la realización excesiva de ejercicios físicos, intentando alcanzar la figura que promueven los *modelos fitness*, sumado a la utilización de una técnica deficiente al momento de llevarlos a cabo, generando, además de problemas en el estado mental del individuo, importantes lesiones físicas (Antolín et al., 2010).

Los resultados obtenidos con el cálculo de TE indican que el programa aplicado en el presente trabajo tuvo un efecto pequeño en la población rural respecto a las CAR, lo cual sugiere que el contenido del programa permite un acercamiento efectivo a este tipo de población. En el caso de la población urbana, no se encontraron cambios estadísticamente significativos tras la aplicación del programa. De manera similar, en un estudio realizado en la entidad, en donde se aplicó un Programa de Realidad Virtual e Imagen Corporal en hombres adolescentes para prevenir TAIA, respecto a las CAR no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres mediciones de tiempo (pre, post y seguimiento) en ninguno de los dos grupos de estudio (experimental y en lista de espera), ante lo cual los autores señalan la necesidad de continuar con el estudio de esta variable en relación a los contenidos del programa (Guzmán-Saldaña et al., 2018).

Una explicación tentativa de la diferencia en cuanto a la efectividad del programa entre un contexto y otro puede encontrarse en la posible existencia de una menor percepción de riesgo en la muestra urbana, evitando así captar con mayor interés el contenido del programa (Stice et al., 2007). En este sentido, en un trabajo realizado en n=55 adolescentes de entre 12 y 16 años pertenecientes a una zona rural y una urbana de Colombia, se encontró que los adolescentes de zona urbana se percibían mejor en cuanto a su bienestar social, físico y psicológico, en comparación con los adolescentes de zona rural (Osorio, 2015).

Ahora bien, respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, es de mencionar primero que se trata de una variable que está estrechamente vinculada a los TAIA ya que

puede predecir, mantener o regular dichos trastornos (Vázquez et al., 2015; Thompson, 2017). En el presente estudio la mayoría de los participantes, tanto en la muestra urbana como en la rural, reportaron insatisfacción con su imagen corporal, principalmente con tendencia a la delgadez. Estos resultados coinciden con aquellos obtenidos en investigaciones previas en donde se ha evaluado la presencia de insatisfacción corporal en jóvenes, encontrando principalmente el deseo por tener una figura más delgada, y en menor porcentaje el deseo de una figura más robusta. En la mayoría de los trabajos revisados, así como en el que aquí se presenta, el porcentaje de la muestra de estudio que reportó insatisfacción con la imagen corporal oscilaba entre el 50% y el 85% de los participantes (Guadarrama et al., 2014; Pérez & Estrella, 2014; Pérez-Izquierdo et al., 2016; Romero-Juárez et al., 2017).

La insatisfacción con la imagen corporal ha sido estudiada principalmente regiones más urbanizadas, debido a que es en estos contextos donde se ha reportado mayor prevalencia de TAI (Morandé-Lavín, 2005), sin embargo, la tendencia muestra su expansión hacia otros sectores, como las regiones rurales. Por ejemplo, en una investigación realizada en 564 mujeres de 13 comunidades rurales, el 58.7% de las mujeres menores de 19 años mostraron un mayor anhelo por una figura esbelta y delgada, sin que esto coincidiera con su figura actual. Al respecto, los investigadores señalan que “el desagrado hacia el cuerpo”, manifestado por las entrevistadas y relacionado más con un motivo estético que de salud, está aumentando cada vez más en las comunidades rurales, por lo que invitan a reflexionar en cómo los discursos médicos, familiares, comunitarios y de medios de comunicación han influido en sus representaciones sociales sobre el cuerpo (Pérez-Gil & Romero, 2018).

Cuando se comparan los resultados, en relación al nivel de insatisfacción con la imagen corporal, con aquellos obtenidos en poblaciones pertenecientes a áreas urbanas, puede observarse que no existe variación importante y que la tendencia a la delgadez es compartida por ambos contextos. En un estudio realizado en tres comunidades chinas, una de ellas rural, se encontró que las participantes de las tres comunidades presentaron deseos por una figura más delgada, además de compartir la preocupación por el consumo de grasas, ante lo cual, los investigadores refieren que se trata de fenómenos más relacionados con la modernidad que con la etnicidad (Lee & Lee, 2000).

Si bien, en el presente trabajo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la post evaluación, los porcentajes disminuyeron de forma considerable tras la aplicación del programa en el grupo experimental, tanto en la muestra urbana como en la muestra rural, sobretodo en esta última. Además de que, al considerar el TE, el programa obtuvo un efecto importante respecto a la disminución de la influencia de ideales estéticos. Al respecto, Neumark-Sztainer et al. (2000) evaluaron el impacto de un programa preventivo de trastornos alimentarios basado en alfabetización de medios, en n=226 mujeres adolescentes, encontrando que aunque el programa no tuvo un efecto en la satisfacción con la imagen corporal, si tuvo una notable influencia positiva en las actitudes y comportamientos relacionados con los medios masivos, incluida la internalización de los ideales culturales.

Los resultados coinciden con otras investigaciones realizadas, por ejemplo, en el trabajo de Figueroa (2016), realizado en Pachuca Hidalgo, en el cual se implementó un programa de prevención universal de TAIA, analizando su impacto en variables socioculturales como la influencia de la publicidad, se encontró que la intervención tuvo un efecto mediano en el Factor Malestar con la Imagen Corporal y un efecto bajo en el Factor Influencia de los Medios.

Otra de las variables consideradas como parte del estudio fue la Dificultad en la Regulación Emocional que, en la presente investigación, no mostró cambio estadísticamente significativo tras la aplicación del programa tanto en la muestra urbana como en la rural. En este sentido, en una revisión realizada por Levine (2019) acerca de la prevención de los desórdenes alimentarios, menciona que, para el factor de desregulación emocional, es necesario realizar estudios longitudinales en donde se pueda ver el impacto real de la intervención.

De igual manera, es importante considerar que los niveles de desregulación emocional están asociados con diferentes factores como la situación familiar o escolar, por ejemplo en el estudio de Cerniglia et al., (2017), aquellos participantes con riesgo de TAIA que percibieron mayor conflicto familiar también demostraron una mayor desregulación emocional. En este sentido, Neumark-Sztainer et al. (2003) mencionan que los programas preventivos deben también considerar la esfera socio ambiental, incluyendo principalmente a la familia. Además, Levine (2019) señala igualmente la importancia de distinguir entre la

eficacia de un programa bajo condiciones ideales y altamente controladas, y su efectividad bajo condiciones con menos control y bajo más variedad de exposición a determinadas condiciones reales.

Respecto a la hipótesis planteada, debido a que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en todas las variables de estudio, se acepta la hipótesis nula en su sentido general. Y considerando los resultados obtenidos con la variable Influencia de los medios sobre el ideal estético, se acepta la hipótesis de investigación en la cual se establece que sí existen diferencias estadísticamente significativas, en la pre y post evaluación, en los estudiantes de zona rural y de zona urbana que participan en el programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

Esta investigación presenta evidencia a favor del programa “Intervención Integral de Prevención en Salud” para la disminución de la Influencia de los medios de comunicación sobre el ideal estético, siendo efectivo tanto para población rural como población urbana de adolescentes.

El hecho de que el programa, en la variable mencionada, haya tenido un mayor impacto en la población rural, permite dar cuenta de la necesidad de centrar la atención en este tipo de contextos, dirigiendo las estrategias de prevención también a grupos de población pertenecientes a zonas rurales.

Como parte de los resultados, se presentó una disminución de puntaje en la post evaluación en lo referente a la realización de CAR y la presencia de insatisfacción con la imagen corporal, resultando esta última variable de especial interés ya que la mayoría de los participantes reportaron no estar satisfechos con su imagen corporal al inicio de la intervención.

Aunque se han reportado mayores beneficios de las intervenciones selectivas o indicadas en la prevención de CAR, en el presente trabajo, en donde se utilizó un programa de prevención universal, se pudo observar que, si bien los participantes no se encontraban en situación de alto riesgo, sus puntuaciones tendían a disminuir en la post evaluación, lo cual puede fungir como un factor protector en etapas subsecuentes.

6.1 Limitaciones

Entre las principales limitaciones del presente estudio está, en primera instancia, el tamaño muestral, ya que se trata de una muestra pequeña y que, además, fue elegida a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual no permite la generalización de los resultados obtenidos al resto de la población adolescente.

Otra limitación se encuentra en la posible interacción entre el grupo experimental y el grupo en fase de espera, ya que éste último también presentó cambios favorables en la post evaluación. En aplicaciones futuras podría considerarse que el grupo experimental y el grupo en fase de espera se encuentren en escuelas diferentes a fin de evitar la contaminación entre los grupos.

6.2 Sugerencias

Es importante que el programa utilizado en el presente estudio se siga replicando en trabajos posteriores, considerando atenuar las limitaciones que aquí se reportaron. Dicha replicación deberá considerar la evaluación de la muestra a largo plazo, de esta manera podrían observarse, en mayor medida, los efectos que dicho programa pudiera tener en diferentes contextos (por ejemplo, el rural), tal como se ha demostrado en estudios previos.

Respecto a la insatisfacción con la imagen corporal, se sugiere reforzar la parte del activismo que ya se considera en el programa, incluyendo además aspectos de empoderamiento y trabajo en comunidad, lo cual pudiera brindar a los participantes mayores herramientas para hacer frente a una cultura obsesionada por el peso y la delgadez.

El programa ha demostrado que la estrategia de alfabetización de medios resulta efectiva en población adolescente, sin embargo es importante considerar su aplicación hacia otros grupos etarios que pudieran estar siendo influidos igualmente por los estereotipos mediáticos.

De igual manera, se sugiere la sensibilización de los padres de familia y maestros, a fin de ayudar en la prevención de las CAR y factores de riesgo asociados en los adolescentes. Para ello es importante la figura del psicólogo dentro de las instituciones educativas, colaborando de manera interdisciplinaria dentro de la comunidad escolar.

Considerando esto último, es importante que las autoridades educativas consideren la necesidad de incluir este tipo de programas como parte del mapa curricular de los alumnos de bachillerato, ya que se trata de contenidos que contribuyen de forma significativa al desarrollo de diversas Competencias Genéricas como el cuidado de sí mismo y el desarrollo del pensamiento crítico.

REFERENCIAS

- Acosta-García, M.A., & Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 9-21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=325700>
- Adithyan, G.S., Shroff, H., Sivakami, M., & Jacob, J. (2018). Body Image Dissatisfaction in Adolescents from Rural Tamil Nadu, India. *The Indian Journal of Social Work*, 79(1), 309-326. <https://doi.org/10.32.444/IJSW.2018.79.3.309-326>
- Aguado, J.C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. Universidad Autónoma de México (UNAM).
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 2017-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Álvarez-Malé, M.L., Bautista, I., & Serra, Ll. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- Álvaro, D. (2010). Los conceptos de “comunidad” y “sociedad” de Ferdinand Tönnies. *Papeles del CEIC*, 52, 1-23. <https://identidadcolectiva.es/pdf/52.pdf>
- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Amaya, A., Álvarez, G.L., & Mancilla, J.M. (2010). Insatisfacción corporal en interacción con autoestima, influencia de pares y dieta restrictiva: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 76-89. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2010.1.8>
- Anderson, C.B., & Bulik, C.M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2003.07.001>
- Antolín, V., De la Gándara, J.J., & García, I. (2010). Adicción al deporte: el peligro de la sobredosis de ejercicio. *Revista Española de Drogodependencia*, 35(1), 220-226. <https://core.ac.uk/download/pdf/71004867.pdf>
- Aparicio, E. (2015). Los medios de comunicación en la violencia contra las mujeres: el paradigma de la delgadez. *Historia y Comunicación Social*, 20, 107-119. https://doi.org/10.5209/rev_HICS.2015.v20.n1.49550
- Asociación Médica Mundial (2019). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.

<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

- Ávila, H. (2005). *Lo urbano-rural. ¿Nuevas expresiones territoriales?* CRIM.
- Ávila, M.J., & Jáuregui, J.A. (2015). Dietary risk behaviors among adolescents and young people of Nuevo Leon. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.002>
- Awad, G.H., Norwood, C., Taylor, D.S., Martinez, M., McClain, S., Jones, B., Holman, A., & Chapman-Hilliard, C. (2015). Beauty and Body Image Concerns Among African American College Women. *Journal of Black Psychology*, 6, 540-564. <https://doi.org/10.1177/0095798414550864>
- Ayela, M.R. (2010). *Adolescentes: Trastornos de alimentación*. Editorial Club Universitario.
- Baile, J.I. (2014). Trastorno por atracón: reconocido oficialmente como el nuevo trastorno del comportamiento alimentario. *Revista Médica de Chile*, 142, 128-129. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000100022>
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Ediciones Martínez Roca.
- Barocio, R. (2008). *Disciplina con amor para adolescentes. Guía para llevarte bien con tu adolescente*. PAX México.
- Bartolomé, M., Cabrera, F., Espín, J.V., Del Campo, J., Marín, M.A., Rodríguez, M. Sandín, M.P., & Sabariego, M. (2000). *La construcción de la identidad en contextos multiculturales*. Secretaría General Técnica. <https://redined.mecd.gob.es>
- Behar, R., & Figueroa, G. (2010). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Editorial Mediterráneo.
- Behar, R., & Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Médica de Chile*, 138(11), 1386-1394. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010001200007>
- Behar, R., Vargas, C., & Cabrera, E. (2011). Insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria: un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49, 26-36. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000100004>
- Berengüí, R., Castejón, M.A., & Torregrosa, M.S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Berger, K. (2007). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. Medica Panamericana.

- Berger, U., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartz, D., & Strauss, B. (2011). Primary prevention of eating-related problems in the real world. *Journal of Public Health, 19*(4), 357-365. <https://doi.org/10.1007/s10389-011-0402-x>
- Bergsma, L.J., & Carney, M.E. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. *Health Education Research, 23*(3), 522-542. <https://doi.org/10.1093/her/cym084>.
- Bertilsson, E., & Gillberg E. (2017). The Communicated Beauty Ideal on Social Media. (Tesis de Maestría, Jonkoping University International Business School). Recuperada de <https://www.divaportal.org/smash/get/diva2:1107740/FULLTEXT01.pdf>
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors, 17*, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>
- Brumberg, J.J. (2000). *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa* [Niñas en Ayuno: La Historia de la Anorexia Nerviosa]. Vintage Books.
- Calcedo, G. (2016). *Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria* [Tesis Doctoral, Universidad de Cantabria]. Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria.
- Caldera, I.A., Martín del Campo, P., Caldera, J.F., Reynoso, O.U., & Zamora, M.R. (2019). Predictors of risk eating behaviors in high school students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 10*, 22-31. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.519>
- Castillo, I., Solano, S., & Sepúlveda, A.R. (2016). Programa de prevención de alteraciones alimentarias y obesidad en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología Conductual, 24*(1), 5-28. <https://repositorio.uam.es>
- Casullo, G. (2012). *Ser adolescente en el Siglo XXI. Aportes a la evaluación psicológica del autocontrol percibido frente al riesgo*. EUDEBA
- Cattarin, J.A., & Thompson, J.K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbances, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 2*(2), 114-125. <https://doi.org/10.1080/10640269408249107>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva [CNEGSR] (2004). *Guía de Trastornos Alimenticios*. <https://www.salud.gob.mx>

- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2015). *Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes*. https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_in_dice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
- Ceña, F. (1993). El desarrollo rural en sentido amplio. En Junta de Andalucía (Ed.). *El desarrollo rural andaluz a las puertas del siglo XXI* (pp. 25-40). Consejería de Agricultura y Pesca, D.L.
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafa, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management, 10* (1), 305-312. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Coelho, J.S., Lee, T., Karnabi, P., Burns, A., Marshall, S., Geller, J., & Lam, P. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders, 6*(40), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0226-y>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull, 112*(1):155-9. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coleman, J.C., & Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata, S.L.
- Colomina, B., & García, P. (2014). *La adolescencia: 7 claves para prevenir los problemas de conducta*. Amat.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2016). *Hidalgo: pobreza estatal 2016*. <https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Hidalgo/Paginas/Pobreza-2016.aspx>
- Contreras, M.L., Morán, J., Frez, S., Lagos, C., Marín, M.P., Pinto, M., & Suzarte E. (2015). Conductas de control de peso en mujeres adolescentes dietantes y su relación con la insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez. *Revista Chilena de Pediatría, 86*(2), 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.020>
- Cruz-Bojórquez, R.M., Ávila, M.L., Cortés, M.C., Vázquez, R. & Mancilla, J.M. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud, 18*(2), 189-198. <https://doi.org/10.25009/pys.v18i2.661>
- Dakanalis, A., Carrà, G., Calogero, R., Fida, R., Clerici, M., Zanetti, M., & Riva G. (2015). The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification

- processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 997-1010. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1>
- Dakanalis, A., Pla-Sanjuanelo, J., Caslini, M., Volpato, C., Riva, G., Clerici, M., & Carrá, G. (2016). Predicting onset and maintenance of men's eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16 (3), 247-255. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.05.002>
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good-focus family on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 35, 136-144. <https://doi.org/10.1002/eat.10250>
- Delval, J. (2008). *El desarrollo humano*. Siglo XXI Editores.
- Devlin, M.J., & Zhu, A.J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286(17), 2159-2161. <https://doi.org/10.1001/jama.286.17.2159-JMS1107-3-1>
- Diario Oficial de la Federación (2014). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. <http://www.dof.gob.mx>
- Díaz, M.C., Bilbao, G.M., Unikel, C., Muñoz, A., Escalante, E.I., & Parra, A. (2019). Relationship between nutritional status, body dissatisfaction and risky eating behaviors in Nutrition students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10, 53-65. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.490>
- Díaz de León-Vázquez, C., Rivera-Márquez, J.A., Bojorquez-Chapela, I, & Unikel-Santoncini, C. (2017). Variables asociadas con conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 53(3), 258-365. <https://doi.org/10.21149/8000>
- Díaz de León, C., & Unikel, C. (2019). Parental negative weight/shape comments and their association with disordered eating behaviors: A systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10, 134-147. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.572>
- Doménech-Llberia, E. (Ed.) (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Universitat Autònoma de Barcelona. Sevei de Publicacions. <https://books.google.com.mx>

- Dove, Self-Esteem Project. (2017). *Girls and Beauty Confidence: The Global Report*. <http://www.selfesteem.dove.com/>
- Ehring, T. (2013). Emotion Regulation and Psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 448-450. <https://doi.org/10.1177/204380871300400501>
- Erikson, E. H. (2004). *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI Editores.
- Escolar-Llamazares, M.C., Martínez, M.A., González, M.Y., Medina, M.B., Mercado, E., & Lara, F. (2017). Risk factors of eating disorders in university students: Estimation of vulnerability by sex and age. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 18(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.003>
- Escoto, M. C., Mancilla, J. M., & Camacho, E. J. (2008). A pilot study of clinical and statistical significance of a program to reduce eating disorder risk factors in children. *Eating and Weight Disorders*, 13, 111-118. <https://doi.org/10.1007/BF03327611>
- Esnaola, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y juventud. *Análisis y modificación de conducta*, 31(135), 5-22. <https://doi.org/10.33776/amc.v31i135.2218>
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Masson.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7866415/>
- Fairburn, C., & Brownell, K. (2002). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* [Trastornos alimentarios y obesidad: un manual completo]. Guilford Press.
- Fanjul, C. (2007). *La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios: códigos no verbales de la realidad en el discurso publicitario como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina* [Tesis doctoral, Univeritat Jaume I]. Tesis Doctorals en Xarxa.
- Fernández-Bustos, J.G., González-Martí, I., Contreras, O., & Cuevas, R. (2015). Relación ente la imagen corporal y autoconcepto físico en mujeres adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47, 25-33. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(15\)30003-0](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(15)30003-0)
- Fernández, F., & Turón, V. (1999). *Trastornos de Alimentación*. Masson.
- Fernández-Ruiz, M., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el Modelo Circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 153-162. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000200005

- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Row, Peterson & Company.
www.book.s.google.com.mx
- Figuroa-Hernández, J.A. (2016). *Implementación de un Programa de Prevención Universal de Factores de Riesgo para Trastornos de la Conducta Alimentaria, en Estudiantes de Educación Básica* [Tesis de Maestría Inédita]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Florenzano-Urzuá, R. (1998). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Universidad Católica de Chile.
- Foye, U., Hazlett, D.E., & Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 299-306.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0629-4>
- Funes, J. (2005). *Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes. O de cómo mirarlos sin convertirlos en un problema*. FDA.
- Gacel-Ávila, J., & Orellana, N. (2013). *Educación superior: Gestión, innovación e internalización*. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.
- Garner, D. M. (2008). Women and dieting. En K. Keller. (Ed.), *Encyclopedia of obesity* [Enciclopedia de Obesidad]. Sage Publications.
- Gaspar-Pérez, A. (2019). *Psicoeducación en Autoeficacia, Afecto Positivo, y Autoatribución para promover Conductas Alimentarias Saludables en Estudiantes de Secundaria* [Tesis de Maestría Inédita]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Gaviria, M., Delgado, A., & Fandos, J.C. (1976). La cultura rural: de la dependencia urbana a la extinción. *Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, 25, 23-32.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6408569>
- Goffman, E. (2009). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Goldberg, D., Kendler, K.S., Sirovatka, P.J., & Regier, D.A. (2011). *Temas de investigación: DSM-V: Depresión y trastornos de ansiedad generalizada*. Médica Panamericana.
- Gómez-Peresmitré, G., León-Hernández, R., Platas-Acevedo, S., Lechuga, M., Cruz, D., & Hernández, A. (2013). Realidad Virtual y Psicoeducación. Formatos de Prevención Selectiva en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 23-30. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2013.1.245>
- Gómez-Peresmitré, G., Acosta, V., Gorischnik, R., Cuevas, C., Pineda, G., Platas-Acevedo, S.R., Guzmán-Saldaña, R., & León-Hernández, R. (2013). Un estudio preliminar de los factores predictores de la conducta de atracón en tres culturas: México, Argentina y España. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 68-78.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232013000200001

- 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. <https://doi.org/10.1002/erv.1102>
- González, M., Penelo, E., Romero, M., Gutiérrez, T., Mora, M., & Raich, R.M. (2012). Preocupación corporal y problemas relacionados con el peso en población masculina: un programa integrativo preventivo. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 101(1), 43-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3922664>
- Gracia, M. (2012). *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinarios*. Publicacions URV.
- Graig, G.J., & Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Pearson.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Griffiths, S., Murray, S.B., Krug, I., & McLean, S.A. (2018). The Contribution of Social Media to Body Dissatisfaction, Eating Disorders Symptoms, and Anabolic Steroid Use among Sexual Minority Men. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21, 149-156. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0375>
- Grogan, S. (2010). Promoting Positive Body Image in Males and Females: Contemporary Issues and Future Directions. *Sex Roles*, 63(9), 757-765. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9894-z>
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Guadarrama-Guadarrama, R., Hernández-Navor, J.C., & Veytia-López, M. (2018). “Cómo me percibo y cómo me gustaría ser”. Un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *RPCNA*, 5, 37-43. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.1.5>
- Guadarrama, R., Carrillo, S.S., Márquez, O., Hernández, J.C., Veytia, M. (2014). Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 98-106. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200004

- Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Nutrición 2012. Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx>
- Guzmán-Saldaña, R., Saucedo-Molina, T.J., García, M., Galván, M., & Del Castillo, A. (2017). Body image and body mass index of indigenous women from Hidalgo state, Mexico. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.002>
- Guzmán-Saldaña, R., Solano-Solano, G., Romero-Palencia, A., Vargas-Lemus, W., Reyes-Jarquín, K., Bosques-Brugada, L.E., & Lerma-Talamantes, I. (2018). Implementación y evaluación de un programa de realidad virtual para prevenir conductas alimentarias de riesgo relacionadas con insatisfacción corporal en hombres adolescentes. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*, 6(3), 2-7. https://salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/gaceta/Gaceta18_3_Realidad%20virtual.pdf
- Halliwel, E., & Diedrichs, P. C. (2014). Testing a dissonance body image intervention among young girls. *Health Psychology*, 33(2), 201-204. <https://doi.org/10.1037/a0032585>
- Harper, K., & Choma, B.L. (2018). Internalized White Ideal, skin tone surveillance and hair surveillance predict skin and hair dissatisfaction and skin bleaching among African American and Indian Women. *Sex Roles*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0966-9>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180613875001.pdf>
- Hollingshead, A.A. (1975). *Four-factor index of social status*. Yale University. https://sociology.yale.edu/sites/default/files/files/yjs_fall_2011.pdf#page=21
- Hunot, C., Vizmanos, B., Vázquez, G.E.M., & Celis, A.J. (2008). Definición conceptual de las alteraciones de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(1), 1-21. <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/208>
- Hotta, M., Horikawa, R., Mabe, H., Yokoyama, S., Sugiyama, E., Yonekawa, T., Nakazato, M., Okamoto, Y., Ohara, C., & Ogawa, Y. (2015). Epidemiology of anorexia nervosa in Japanese Adolescents. *BioPsychosocial Medicine*, 9(17), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13030-015-0044-2>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Cuéntame INEGI. Información por entidad*. INEGI.
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=13>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). *Síntesis metodológica y conceptual de la infraestructura y características socioeconómicas de las localidades con menos de 5 mil habitantes del Censo de Población y Vivienda 2010*. INEGI.
<https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825002386>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *Síntesis metodológica y conceptual de la infraestructura y características del entorno urbano del Censo de Población y Vivienda 2010*. INEGI.
<https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825003851>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. INEGI.
<https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- INEGI-INSP-SSA (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados*. INEGI
- Kärkkäinen, U., Mustelin, L., Raevuori, A., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2018). Do disordered eating behaviours have long-term health-related consequences? *European Eating Disorders Review*, 26, 22-28. <https://doi.org/10.1002/erv.2568>.
- Kar, S. (1983). A psychosocial model of health behavior: implications for nutrition education, research and policy. *Health Values*, 7, 29-37.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10260841/>
- Keel, P.K., Heatherton, T.F., Harnden, J.L., & Hornig, C.D. (1997). Mothers, Fathers, and Daughters: Dieting and disordered eating. *Eating Disorders*, 5(3), 216-228.
<https://doi.org/10.1080/10640269708249227>
- 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.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kolodny, N.J. (2000). *Cuando la comida es tu enemiga: cómo enfrentarse y vencer a los trastornos alimentarios*. GRANICA.
- Kubey, R. (2017). *Media Literacy around the world [Alfabetización mediática en todo el mundo]*. Routledge.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia

- nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111-122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>.
- Lee, S., & Lee, A. M. (2000). Disordered eating in three communities of China: a comparative study of female high school students in hong kong, Shenzhen, and rural hunan. *The International journal of eating disorders*, 27(3), 317–327. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(200004\)27:3<317::aid-eat9>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(200004)27:3<317::aid-eat9>3.0.co;2-2)
- Leit, R.A., Gray, J.J., & Pope, H.G. (2002). The media’s representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 334-338. <https://doi.org/10.1002/eat.10019>
- León-Hernández, R.C., & Aizpuru de la Portilla, A. (2010). Antecedentes familiares y sintomatología en mujeres con Trastorno de la Conducta Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000200004
- León-Rubio, J.M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., & Herrera, I.M. (2014). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Editorial UOC.
- Lerma, F. (2006). *La cultura y sus procesos. Antropología Cultural: Guía para su estudio*. Ediciones Laborum.
- Leung, F., Schwartzman, A., & Steigner, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 367-375. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199612\)20:4<367::AID-EAT4>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<367::AID-EAT4>3.0.CO;2-L)
- Levenson, R.W. (1999). The Intrapersonal Functions of Emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481-504. <https://doi.org/10.1080/026999399379159>
- Levine, M.P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00006-8](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00006-8)
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders*, 24, 39-46. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113826>
- Levine, M.P. (2019). Prevention of eating disorders: 2018 in review. *Eating Disorders*, 27(1), 18-33. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1568773>
- López-Espinosa, A., Martínez, A.G., & Aguilera-Cervantes, V.G. (2018). *Investigaciones en comportamiento alimentario: reflexiones, alcances y retos*. RIICAN

- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(2), 125-147. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200008
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., & Raich, R. M. (2011). Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls: General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(01), 293–303. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2011.v14.n1.26
- Macedo Uchoa, F.N., Macedo Uchoa, N., Medeiros da Costa Daniele, T., Pinheiro Lustosa, R., Domingos Garrido, N., Figueiredo Deana, N., Marques Aranha, A.C., & Alves, N. (2019). Influence of the mass media and body dissatisfaction on the risk in adolescents of developing eating disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091508>.
- Maganto, C., & Cruz, S. (2008). TSA. Test de Siluetas para Adolescentes. Madrid: TEA Ediciones.
- Marcia, J.E. (2009). A Commentary on Seth Schwartz's Review of Identity Theory and Research. *Identity*, 1(1), 59-65. <https://doi.org/10.1207/S1532706XMARCIA>
- Maughan, R. J., Fallah, S., & Coyle, E. F. (2010). The effect of fasting on metabolism and performance. *The British Journal of Sports Medicine*, 44, 490-494. <https://doi.org/10.1136/bjism.2010.072181>
- McLean, S.A., Wertheim, E.H., Masters, J., & Paxton, S.J. (2017). A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 847-851. <https://doi.org/10.1002/eat.22708>
- Mejía, A., Castillo, O., Vera, R., & Arroyo, V. (2016). *Agua potable y saneamiento en la nueva ruralidad de América Latina*. Corporación Andina de Fomento.
- Migonte, C., & Requena, M. (2013). *El malestar de los jóvenes*. Ediciones Díaz de Santos.
- Míguez, M., Montaña, J. De la., González, J., & González, M. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479. <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4604>

- Minuchin, S. (2013). *Familias y terapia familiar*. Gedisa. www.books.google.es
- Mora, M., Penelo, E., Gutiérrez, T., Espinoza, P., González, M., & Raich, R.M. (2015). Assessment of Two School-Based Programs to prevent universal eating disorders: Media Literacy and Theatre-based methodology in Spanish adolescent boys and girls. *The Scientific World Journal*, 1:328753. <https://doi.org/10.1155/2015/328753>
- Moral, J.E., Martínez, E.J., & Grao, A. (2014). *Sedentarismo, salud e imagen corporal en los adolescentes*. WANCEULEN EDITORIAL DEPORTIVA, S.L.
- Morandé-Lavín, G. (2005). Aspectos socioeconómicos y trastornos alimentarios. De la desnutrición a la opulencia. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 1, 30-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1376067>
- Moore, S.W. (2011). *Griffith's instructions for patients E-Book: Expert Consult* [Instrucciones de Griffith para pacientes E-book: Consulta de expertos]. ELSEVIER
- Moreno, A. (2015). *La adolescencia*. UOC Editorial.
- Morris, C.G., & Maisto, A.A. (2005). *Introducción a la psicología*. Pearson Educación.
- Munguía, J.L. (2016). *Intervención preventiva universal en problemas relacionados con el peso y la alimentación: Estudio comparativo entre México y España en un programa de alfabetización de medios. Estudio piloto* [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. Tesis Doctorals en Xarxa.
- Murolo, L. (2009). Sobre los estereotipos de belleza creados por el sistema, impuestos por los medios de comunicación y sostenidos por la sociedad. *Question*, 1(22), 1-4. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/32305>
- Murray, S.B., Nagata, J.M., Griffiths, S., Calzo, J.P., Brown, T.A., Mitchison, D., Blashill, A.J., & Mond, J.M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 57(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.001>
- Nardone, G., & Valteroni, E. (2018). *La anorexia juvenil: una terapia eficaz y eficiente para los trastornos alimentarios*. Herder.
- National Institute of Mental Health [NIMH] (2017). *Statistics: Eating Disorders*. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/eating-disorders.shtml#part_155062
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N.H., Beuhring, T., & Resnick, M. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss

- and weight/muscle gain behaviors: who is doing what? *Preventive Medicine*, 28, 40-50. <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0373>
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N.E., Collier, T., & Hannan, P.J. (2000). Primary Prevention of Disordered Eating Among Preadolescent Girls: Feasibility and Short-Term Effect of a Community-Based Intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), 1466-73. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00410-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00410-7)
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M.M., Story, M., & Perry, C.L. (2003). Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: implications for prevention programs. *Health Psychology*, 22(1):88–98. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.22.1.88>.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., Story, M., & Perry, C.L. (2004). Weight-control behaviours among adolescent girls and boys: implications for dietary intake. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 104(6), 913-920. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.03.021>
- Oliva-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín-Cárdenas, A.D., Andueza, G., & Gómez, I.A. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica*, 27 (2), 49-69. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v27i2.24>
- Oliveira, V., & Parra, J. (2014). Imagen corporal y percepción de la influencia de los medios de comunicación: diferencias de género en una muestra de adolescentes. *Revista Inter Ação*, 39(3), 468-478. <https://doi.org/10.5216/ia.v39i3.27535>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud: glosario*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud (2019a). *Factores de riesgo*. World Health Organization. https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019b). *IMC para la edad*. https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/
- Ortega-Luyando, M., Alvarez-Rayón, G., Garner, D., Amaya-Hernández, A., Bautista-Díaz, M. L., & Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Systematic review of disordered eating behaviors: Methodological considerations for epidemiological research. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 51-63. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.06.001>

- Ortiz, L.M., Aguiar, C., Samudio, G.C., & Troche, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una patología en auge? *Pediatría (Asunción)*, *44*, 37-42. <https://doi.org/10.18004/ped.2017.abril.37-42>
- Osorio, K. (2015). *Comparación de la calidad de vida de los adolescentes de zonas urbana y rural de la Provincia de García, Rovira, Santander* [Tesis de Pregrado, Universidad Santo Tomás]. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/293>
- Parolari, F. (2005). *Psicología de la adolescencia. Despertar para la vida*. SAN PABLO.
- Penelo, E., Negrete, A., Portell, M., & Raich, R.M. (2013). Psychometric properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and norms for rural and urban adolescent males and females in Mexico. *PLoS One*, *8*(12), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083245>.
- Pérez, E. (2001). *Hacia una nueva visión de lo rural*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Pérez, O., & Estrella, D. (2014). Percepción de la imagen corporal y prácticas alimentarias entre indígenas mayas de Yucatán, México. *Revista Chilena de Nutrición*, *41*, 383-390. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182014000400006>.
- Pérez-Gil, S.E., & Romero, G. (2018). Imagen corporal y representaciones alimentarias en trece comunidades rurales mexicanas. *Población y Salud en Mesoamérica*, *15*(2), 1-28. <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.31634>
- Pérez-Izquierdo, O., Pérez-Gil, S.E., Chimas, A.E. (2016). Índice de masa corporal y percepción de mujeres mayas obesas de Quintana Roo, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, *14*, 1-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5578093>
- Pérez-Lugo, A.L., Gabino-Campos, M., & Baile, J.I. (2016). Análisis de los estereotipos estéticos sobre la mujer en nueve revistas de moda y belleza mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, *7*(1), 40-45. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2016.1.387>
- Prieto-Castaño, B., Fernández-Méndez, J.C., Salamea-Nieto, M., & González-Fernández, M.A. (2015). Eficacia de los programas preventivos de trastornos alimentarios en adolescentes: análisis bibliográfico. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, *25*(14), 42-46. <https://doi.org/10.17979/reipe.2015.0.14.331>
- Radilla, C.C., Vega y León, S., Gutiérrez, R., Barquera, S., Barriguete, J.A., & Coronel, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, *21*, 15-21. <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.1.5037>

- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27. <https://dialnet.unirioja.es>
- Raich, R.M., Sánchez-Carracedo, D., & López Guimerá, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación. Cómo formar alumnos críticos en educación secundaria* (2nd ed.). Graó
- Raich, R. M., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Portell, M., Moncada, A., & Fauquet, J. (2008). A Controlled Assessment of School-Based Preventive Programs for Reducing Eating Disorder Risk Factors in Adolescent Spanish Girls. *Eating Disorders*, 16(3), 255–272. <https://doi.org/10.1080/10640260802016852>
- Raich, R.M., Portell, M., & Peláez-Fernández, M.A. (2009). Evaluation of a school-based programme of universal eating disorders prevention: it is more effective in girls at risk? *European Eating Disorders Review*, 17, 1-9. <https://doi.org/10.1002/erv.968>
- Raich, R.M., González, M., & Rosés, M. (2011). Modelo estético masculino. Evolución y crítica [Documento no publicado].
- Ramaiah, R.R. (2015). Eating disorders among medical students of a rural teaching hospital: a cross-sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 2, 25-28. <https://doi.org/10.5455/2394-6040.ijcmph20150206>
- Recordá-Fouces, J. (2018). *Cánones de belleza en la publicidad de moda*. [Tesis de Grado, Universidad Autónoma de Barcelona] Deposit digital de documents de la UAB.
- Redfield, R. (1947). The Folk Society. *American Journal of Sociology*, 52(4), 293-308. <https://doi.org/doi.org/10.1086/220015>
- Redondo, C. G., Galdó, G., & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. PubliCan-Universidad de Cantabria.
- Reyes, M.A., & Tena, E.A. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. Manual Moderno.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización*. Grupo Editorial Norma.
- Rivarola, M.F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 149-161. <https://www.redalyc.org/pdf/184/18400808.pdf>
- Rodarte, R., Gutiérrez, M.L., & Galindo, E. (2011). *Hidalgo, desarrollo y regionalización. Dos estudios para el desarrollo*. UAEH.
- Rodríguez, A., & Saborío, M. (2008). *Lo rural es diverso: evidencia para el caso de Costa Rica*. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA).

- Rodríguez, M., Gempeler, J., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., & Pérez, V. (2017). Disregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.01.001>
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusions of innovations* [Difusiones de innovaciones]. Free Press.
- Rohde, P., Auslander, B.A., Shaw, H., Raineri, K.M., Gau, J.M., & Stice, E. (2014). Dissonance-based prevention of eating disorder risk factors in middle school girls: results from two pilots trials. *International Journal of Eating Disorder*, 47(5), 483-94. <https://doi.org/10.1002/eat.22253>.
- Romero-Juárez, A.G., Pérez-Gil, S.A., De la Rosa, S.A. (2017). Cuerpo y percepción en una zona rural de México: ¿una preocupación sólo de mujeres o también de hombres? *Demetra*, 12(1), 21-40. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/22559>
- Rosas, M., Delgado, P., Cea, F., Alarcón, M., Álvarez, R., & Quezada, K. (2015). Comparación de los riesgos en el trastorno de la conducta alimentaria y en la imagen corporal entre estudiantes y no mapuches. *Nutrición Hospitalaria*, 32(6), 2926-2931. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9800>
- Rosenvinge, J.H., & Børresen, R. (1999). Preventing eating disorders—time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review*, 7(1), 5-16. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199903\)7:1<5::AID-ERV281>3.0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199903)7:1<5::AID-ERV281>3.0).
- Rossi, P. (2008). *Las drogas y los adolescentes: lo que los padres deben saber sobre las adicciones*. TÉBAR.
- Ruíz, A.O., Vázquez, R., Mancilla, J.M., Viladrich, C., & Halley, M.E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 45-57. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71992-X](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71992-X)
- Rutzstein, G., Elizathe, L., Murawski, B., Scappatura, M.L., Lievendag, L., & Custodio, J. (2019). Prevention of eating disorders in argentine adolescents. *Eating Disorders*, 27(2), 183-204. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1591837>
- Sánchez, C., & Jiménez, E.O. (2010). La vivienda rural. Su complejidad y estudio desde diversas disciplinas. *Revista Luna Azul*, 30, 174-196. <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n30/n30a10.pdf>
- Sanz, M.A. (2007). *El consumo de la cultura rural*. Prensas Universitarias de Zaragoza.

- Sarría, A., & Villar, F. (2014). *Promoción de la salud en la comunidad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sassatelli, R. (2010). *Fitness culture. Gyms and the commercialization of discipline* [Cultura Fitness. Gimnasios y comercialización de la disciplina]. Palgrave Macmillan.
- Saucedo-Molina, T. J., & Unikel Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud mental*, 33, 11-19. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002
- Saucedo-Molina, T.J., Zaragoza, J., Villalón, L., Peña, A., & León, R. (2015). Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en estudiantes universitarios hidalguenses. *Psicología y Salud*, 25(2), 243-251. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i2.1824>
- Serrano, A. (2015). *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 control* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM.
- Seidel, A., Presnell, K., & Rosenfield, D. (2009). Mediators in the dissonance eating disorder prevention program. *Behavior and Research Therapy*, 47(8), 645-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.007>
- Shamah-Levy, T., Amaya-Castellanos, M.A., & Cuevas-Nasu, L. (2015). Desnutrición y obesidad: doble carga en México. *Revista Digital Universitaria*, 16(5), 1-17. <http://www.revista.unam.mx/vol.16/num5/art34/>
- Shaw, H., Stice, E., & Black, C. (2009). Preventing Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 199-207. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.012>
- Shiltz, T.J. (1997). *Eating concerns support group curriculum grades 7-12* [Inquietudes alimenticias apoyan el currículum grupal de los grados 7-12]. Community Recovery Press.
- Silva, I. (2010). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Instituto de la Juventud.
- Smink, F., Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2001). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight reduction. *Eating Disorders: The*

- Journal of Treatment and Prevention*, 9, 313-325.
<https://doi.org/10.1080/106402601753454886>
- Solá-Morales, S. (2013). El cuerpo y la corporeidad simbólica como forma de mediación. *Mediaciones Sociales*, 12, 42-62.
https://doi.org/10.5209/rev_MESO.2013.n12.45262
- Sorokin, P.A., & Zimmerman, C.C. (1929). *Principles of rural-urban Sociology* [Principios de la Sociología rural-urbana]. Holt.
- Stice, E., Butryn, M.L., Rohde, P., Shaw, H., & Marti, C.N. (2013). An Effectiveness Trial of a New Enhanced Dissonance Eating Disorder Prevention Program among Female College Students. *Behavior Research and Therapy*, 51(12), 862–71.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.10.003>
- Stice, E., Rohde, P., Durant, S., Shaw, H., & Wade, E. (2013). Effectiveness of peer-led dissonance-based eating disorder prevention groups: results from two randomized pilot trials. *Behaviour research and therapy*, 51(4-5), 197–206.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.01.004>
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231. <https://doi.org/0.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447>
- Stice, E., Marti, C.N., Shaw, H., & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant and facilitator features that predict larger effects. *Clinical Psychology Review*, 70, 91-107.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S.C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355.
<https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Stunkard, A.J., & Albaum, J.M. (1981). The Accuracy of Self-Reported Weights. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 34(8), 1593-1599.
<https://doi.org/10.1093/ajcn/34.8.1593>
- Taona, P.C., & Stanley, J.H. (2017). Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 50(10), 1-10.
<https://doi.org/10.1002/eat.22762>
- Tarrío, J.M. (2016). *Filosofía 4to. ESO*. Editex.

- Thompson, D. (2017). Boys and men get eating disorders too. *Trends in Urology & Men's Health*, 8(2), 9-12. <https://doi.org/10.1002/tre.568>
- Tirlea, L., Truby, H., & Haines, T.P. (2016). Pragmatic, Randomized Controlled Trials of the Girls on the Go! Program to Improve Self-Esteem in Girls. *American Journal of Health Promotion*, 30(4), 231-241. <https://doi.org/10.1177/0890117116639572>
- Torregrosa, J.R. (1983). Sobre la identidad personal como identidad social. En J.R. Torregrosa, & B. Sarabia (Eds.). *Perspectivas y contextos de la Psicología Social* (pp. 217-240). Editorial Hispano Europea.
- Toro, J., Salamero, M., Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 147-151. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb08084.x>.
- Torres, L.L. (2018). *Interiorización de los estereotipos de género en la sociedad argentina y el ideal de belleza en los mensajes publicitarios. Estudio transversal en 4 rangos de edad que abarca de los 18 a los 49 años* [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Recuperada de <https://eprints.ucm.es/47905/1/T39985.pdf>
- Unikel Spector, L. (1975). *El desarrollo urbano de México*. Colegio de México (COLMEX).
- Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T.J., Trujillo, E.M., García-Castro, F., & Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>
- Unikel, C., Díaz de León, C., & Rivera, J.A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana. <http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx>
- Unikel, C., Díaz de León, C., González, C., Wagner, F., & Rivera, J. A. (2015). Conducta alimentaria de riesgo, síntomas depresivos y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso. *Acta Universitaria*, 25, 35-39. <https://doi.org/10.15174/au.2015.84>
- Unikel-Santoncini, C., León-Vázquez, C.D.D., Rivera-Márquez, J.A., Bojorquez-Chapela, I., & Méndez-Ríos, E. (2019). Dissonance-based Program for Eating Disorders Prevention in Mexican University Students. *Psychosocial Intervention*, 28(1), 29-35. <https://doi.org/10.5093/pi2018a17>

- Valadez, I.A., Vargas, V., Fausto, J., & Montes, R. (2015). *Educación para la salud: los modelos de intervención y su fundamentación teórica*. STAUdeG.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Revista Médica de Chile*, 143(3), 320-328. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000300006>
- Valdivia-Sánchez, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22. <https://www.redif.org>
- Valenzuela-Gutiérrez, M., & Meléndez-Torres, J. (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México. *Región Y Sociedad*, 31, e1067. <https://doi.org/10.22198/rys2019/31/1067>
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (2000). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. GRANICA.
- Van Strien, T., & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ (DEBQ-C) for assessment of restrained, emotional and external eating in 7-12 year old children. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 72-81. <https://doi.org/10.1002/eat.20424>
- Vargas-Lemus, W. (2017). *Prevención de Conductas de Riesgo Relacionadas con la Insatisfacción Corporal en Hombres Adolescentes* [Tesis de Maestría Inédita]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Vázquez, R., Álvarez, G., & Mancilla, J.M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*, 23(6), 18-24. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/834
- Vázquez-Arévalo, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G.L., Mancilla, J.M., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100005&lng=es&tlng=es.
- Vázquez, R., López, X., Téllez-Girón, M.T.O., & Mancilla-Díaz, J.M. (2015). Eating disorders diagnostic: from de DSM-IV to DSM-V. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6, 108-120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
- Vélez, A. (2006). *Homo Sapiens*. Villegas Editores.
- Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., & Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28. <https://doi.org/10.1002/erv.615>

- Vila-Galán, C. (2018). *Belleza femenina: consumo e identidad. Memoria y reportaje*. (Trabajo Fin de Grado Inédito, Universidad de Sevilla]. Recuperada de: <https://idus.us.es/handle/11441/79345>
- Villalvazo, P., Corona, J.P., & García, S. (2002). Urbano-rural, constante búsqueda de fronteras conceptuales. *Revista de información y análisis*, 20, 17-24. www.bibliotecadigital.imipens.org
- Villena, J., & Castillo, M. (1999). La prevención primaria de los trastornos alimentarios. *Anuario de Psicología*, 30(2), 131-143. <https://www.revistes.ub.edu>
- Webb, R. (2013). *Conexión y despegue rural*. Universidad San Martín de Porres (USMP) e Instituto del Perú.
- Weigel, A., Gumz, A., Uhlenbusch, N., Wegscheider, K., Romer, G., & Löwe, B. (2015). Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(21), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0405-1>
- Wilksch, S.M. (2010). Universal School-based eating disorder prevention: Benefits to both high and low risk participants on the core cognitive feature of eating disorders. *Clinical Psychologist*, 14(2), 62-69. <https://doi.org/10.1080/13284207.2010.500310>
- Wirth, L. (1938). Urbanism as a Way of Life. *The American Journal of Sociology*, 44(1), 1-24. <https://www.sjsu.edu/people/saul.cohn/courses/city/s0/27681191Wirth.pdf>
- Yopo, B. (1971). *Ciertos aspectos socioculturales del desarrollo rural*. Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas.
- Zamora, C., & Barrios, A. (2018). Instagram y sintomatología de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes entre 13 y 17 años en colegios de Tibás. *PsicoInnova*, 2(1), 34-52. <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/16>

ANEXOS

ANEXO 1. Autores del Programa “Intervención Integral de Prevención en Salud”

Universidad de Barcelona

Universidad Autónoma de Barcelona

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
(UTCA)

Unidad de Evaluación e Intervención en Imagen
Corporal (UAIC)

Hospital Universitario de Bellvitge (HUB)

- **Fernando Fernández Aranda**
 - **Susana Jiménez Murcia**
 - **Isabel Sánchez Díaz**
 - **Zaida Agüera Imbernón**
 - **Nuria Mallorqui-Bague**
 - **Jessica Sánchez González**
 - **Gemma Casalé**
 - **Jazmín Lucero Munguía Godínez**
- **Rosa Ma. Raich**
 - **Marisol Mora Giral**
 - **Paola Espinoza**
 - **Marcela González**
 - **Roció Roses**
 - **Jazmín Lucero Munguía Godínez**
-

ANEXO 2 Carta descriptiva del Programa: “Intervención Integral de Prevención en Salud”

TEMA	OBJETIVO	TÉCNICAS	MATERIAL	TIEMPO
Modelos estético masculino y femenino, a lo largo de la historia y entre culturas <i>(Sesión 1)</i>	Reflexionar acerca de los distintos modelos estéticos que han surgido a lo largo del tiempo y en los distintos contextos.	Lluvia de ideas Discusión guiada Exposición	Cañón Laptop Diapositivas 1-34	60 minutos
Modelo estético masculino y femenino en los medios de comunicación <i>(Sesión 2)</i>	Identificar cómo los medios de comunicación han influido en los modelos estéticos femenino y masculino valorados actualmente.	Lluvia de ideas Discusión guiada Exposición Presentación de material audiovisual Activismo (individual y por grupos).	Cañón Laptop Diapositivas 35-59	60 minutos
Alfabetización en medios: alimentación <i>(Sesión 3)</i>	Cuestionar y reflexionar acerca de los mitos influenciados por la publicidad sobre los métodos para modificar el peso y figura corporal, como las dietas.	Lluvia de ideas Discusión guiada Exposición Trabajo en grupo: elaborar un plan alimenticio	Cañón Laptop Diapositivas 60-77	60 minutos
Regulación emocional y alimentación <i>(Sesión 4 y 5)</i>	Reflexionar acerca del papel de las emociones en relación con la alimentación y los modelos estéticos. Y Brindar herramientas para su identificación y regulación.	Lluvia de ideas Discusión guiada Exposición Ejercicios de relajación y mindfulness	Cañón Laptop Diapositivas 78-104	60 minutos

ANEXO 3. Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Datos personales:

Fecha de evaluación: ____/____/____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

País: _____

Ciudad : _____

En caso de venir de alguna otra ciudad, escribe cuál es y cuánto tiempo llevas viviendo aquí :

Cuestionario n°				
Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm IMC : _____ Kg/m2				

Situación Familiar:

¿Con quién vives?

a) _____

b) _____

	Madre	Padre
Nivel de estudios		
Actividad Laboral		
Trabaja (si o no)		

Nivel de estudios	Actividad Laboral
1. Sin estudios o sin finalizar. 2. Educación básica acabada (Primaria y Secundaria). 3. Bachillerato incompleto. 4. Bachillerato. 5. Estudios Universitarios incompletos. 6. Carrera técnica. 7. Licenciatura o grados superiores (Posgrado, Especialidad, Mestria, doctorado).	1. Sin trabajo, jubilado, ama de casa, labores de casa. 2. Trabajo no especializado. 3. Operarios u obreros no especializados. 4. Obreros especializados / oficios específicos. 5. Trabajos administrativos (como secretaria) / gerentes de ventas / vendedores. 6. Empleos relacionados con carreras técnicas. 7. Propietarios de empresas pequeñas / propietario de negocio pequeño o local / Técnicos semi profesionales (como técnico dental). 8. Gerentes / socio o propietario de empresa mediana. 9. Profesional Superior (trabajando en sector público o privado) / Directivos.

Escribe lo específico posible cual es la actividad laboral actual de:

Padre: _____

Madre: _____

¿Tienes la regla? Sí No

Si tienes la regla, ¿a qué edad la tuviste por primera vez?

9 años o menos

10 años

11 años

12 años

13 años o más

¿Haces alguna dieta para adelgazar? Sí No

Si es que sí, ¿en qué consiste?

Gracias por colaborar en esta investigación.

ANEXO 4. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Instrucciones: Este cuestionario evalúa los hábitos y estilos de alimentación. Las siguientes preguntas se refieren al ÚLTIMO MES. Lee cada pregunta con atención y encierra en un círculo el número que corresponda. Es importante que contestes todas las preguntas. No hay respuestas buenas ni malas.

Cuántos días en las últimas 4 semanas.....	Ningún día	1-5 días	6-12 días	13-15 días	16-22 días	23-27 días	Todos los días
1. ¿Has intentado limitar deliberadamente la cantidad de alimentos que comes para modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has pasado por períodos de 8 o más horas de vigilia sin ingerir alimentos con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has intentado evitar algunos alimentos que te gustan con el fin de modificar tu figura o peso?	0	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has procurado seguir determinadas reglas de alimentación con el fin de modificar tu figura o peso; por ejemplo, limitar el consumo de calorías o la cantidad total de ingesta, o seguir normas acerca de cuánto o cuándo comer?	0	1	2	3	4	5	6
5. ¿Has deseado que tu estómago esté vacío?	0	1	2	3	4	5	6
6. ¿Pensar en alimentos o su contenido calórico ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado como, por ejemplo, leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
7. ¿Has tenido miedo de perder el control sobre la comida?	0	1	2	3	4	5	6
8. ¿Te has dado atracones de comida?	0	1	2	3	4	5	6

9. ¿Has comido en secreto (exceptuando los episodios de atracones)?	0	1	2	3	4	5	6
10. ¿Has experimentado un claro deseo de tener el vientre plano?	0	1	2	3	4	5	6
11. ¿Pensar en la figura o el peso ha interferido en tu capacidad de concentrarte en actividades en las que estás interesado, como por ejemplo leer, ver la televisión o seguir una conversación?	0	1	2	3	4	5	6
12. ¿Has experimentado un claro temor a engordar o convertirte en obeso/a?	0	1	2	3	4	5	6
13. ¿Te has sentido gordo/a?	0	1	2	3	4	5	6
14. ¿Has experimentado un fuerte deseo de perder peso?	0	1	2	3	4	5	6
15. ¿Cuántas veces en el último mes te has sentido culpable después de comer por el efecto que esto pueda tener en tu figura o peso (exceptuando los episodios de atracones)?	0 – Ninguna vez	1 – Alguna vez	2 – Menos de la mitad de las veces	3 – La mitad de las veces	4 – Más de la mitad de las veces	5 – La mayoría de las veces	6 – Siempre
16. ¿Alguna vez has sentido que has comido lo que para otras personas sería una cantidad anormalmente excesiva de comida en las mismas circunstancias?	0 – No	1 – Sí					

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

17. ¿En promedio, cuántas veces a la semana han tenido lugar estos episodios de sobreingesta (en el último mes)? _____

18. ¿Durante cuántos de estos episodios de sobreingesta has experimentado la sensación de perder el control sobre lo que comías? _____

19. ¿Ha habido otros episodios en los que hayas experimentado la sensación de perder el control y comer demasiado, sin que haya sido una cantidad anormalmente excesiva de comida dada las circunstancias?
0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

20. ¿Cuántas veces a la semana han tenido lugar estos episodios como promedio (en el último mes)? _____

21. En el último mes: ¿te has provocado el vómito con el fin de controlar tu figura o peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

22. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

23. ¿Has tomado laxantes con el fin de controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

24. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

25. ¿Has tomado diuréticos con el fin de controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

26. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

27. ¿Has realizado ejercicio intenso con el fin de controlar tu figura o tu peso? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo (en caso negativo, indica 0):

28. ¿Cuántas veces a la semana lo has hecho como promedio (en el último mes)? _____

En el último mes.....	Nada en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente			
29. ¿Ha tenido tu peso una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
30. ¿Ha tenido tu figura una influencia importante al valorarte a ti mismo/a como persona?	0	1	2	3	4	5	6
31. ¿En qué medida te molestaría si tuvieras que pesarte una vez por semana durante los próximos tres meses?	0	1	2	3	4	5	6
32. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu peso?	0	1	2	3	4	5	6
33. ¿En qué medida te has sentido insatisfecho/a con tu figura?	0	1	2	3	4	5	6
34. ¿En qué medida te ha preocupado que otras personas te vean comer?	0	1	2	3	4	5	6
35. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a al ver tu cuerpo, por ejemplo, reflejado en un escaparate, en el espejo o cuando te desvistes o duchas?	0	1	2	3	4	5	6
36. ¿En qué grado te has sentido incómodo/a cuando otros ven tu cuerpo, por ejemplo, en los vestuarios, nadando o llevando ropas ajustadas?	0	1	2	3	4	5	6

CONTESTAR SÓLO SI ERES MUJER:

37. ¿Has tenido alteraciones en la menstruación en los últimos 3 meses? 0 – No 1 – Sí

En caso afirmativo:

38. ¿Cuántos meses consecutivos te ha faltado la menstruación?

1 mes

2 meses

3 meses

Más de 3 meses

39. Edad de la primera menstruación: _____ años

40. ¿En la actualidad tomas anticonceptivos? 0 – No 1 – Sí

ANEXO 5. Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC)

Versión femenina

Instrucciones: Marca con una equis (x) la respuesta que consideres más adecuada de acuerdo a tu experiencia.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
2. ¿Tienes alguna amiga que haya seguido alguna dieta adelgazante?
 Sí, muchas Sí, algunas No, ninguna
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
7. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
8. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
9. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
10. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gordita) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
11. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
12. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?
 Sí, más de 2 veces Sí, 1 o 2 veces No, nunca
13. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca

14. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
15. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
16. ¿Te angustia que te digan que estas «llenita», «gordita», «redondita» o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
17. ¿Crees que tus amigas y compañeras estás preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
18. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
19. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
20. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
21. ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
22. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
23. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
24. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?
 Sí, más de 2 Sí, 1 o 2 No, ninguna
25. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
26. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?
 Sí, más de 2 Sí, 1 o 2 No, ninguna
28. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada

29. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
30. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
31. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
32. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?
 Sí, seguro Sí, probablemente No, no lo creo
33. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
34. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
35. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada

Versión masculina

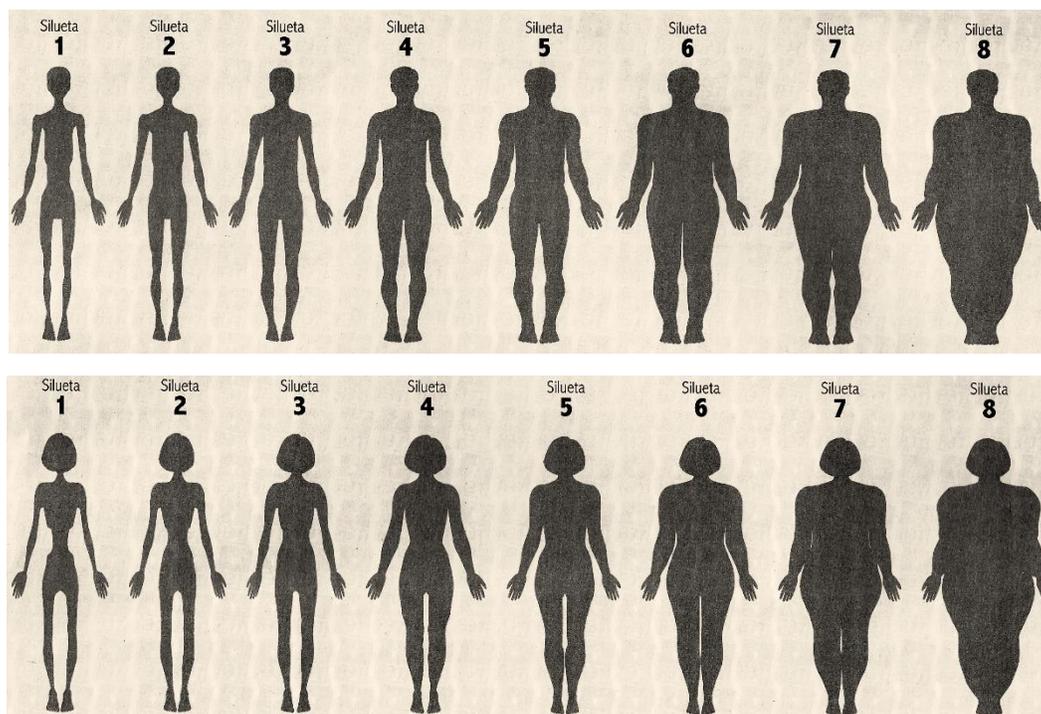
Instrucciones: Marca con una equis (x) la respuesta que consideres más adecuada de acuerdo a tu experiencia.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a los actores fijándote especialmente en si son gordos o delgados?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
2. ¿Tienes algún amigo que haya seguido alguna dieta adelgazante?
 Sí, muchas Sí, algunas No, ninguna
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
4. ¿Envidias el cuerpo de los gimnastas, nadadores y otros deportistas?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
5. ¿Te angustia ver pantalones u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
7. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
8. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?

- Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
9. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
10. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gordito) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
11. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
12. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?
 Sí, más de 2 veces Sí, 1 o 2 veces No, nunca
13. ¿Comentan tus amigos y compañeros los anuncios y productos destinados a adelgazar?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
14. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
15. ¿Envidias la musculatura de algunos actores?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
16. ¿Te angustia que te digan que estas «llenito», «gordito», «redondito» o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
17. ¿Crees que tus amigos y compañeros estás preocupadas por volumen de sus músculos?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
18. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
19. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
20. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar alguna temporada?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
21. ¿Te interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
22. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligero de ropa o tener que usar traje de baño?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
23. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de obesidad?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
24. ¿Tienes algún amigo o compañero angustiado o muy preocupado por su peso o por la forma de su cuerpo?
 Sí, más de 2 Sí, 1 o 2 No, ninguna

25. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?
- Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
26. ¿Te preocupa el pequeño tamaño de tus músculos?
- Sí, mucho Sí, algo No, nada
27. ¿Tienes algún amigo o compañero que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?
- Sí, más de 2 • Sí, 1 o 2 • No, ninguna
28. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?
- Sí, mucho Sí, algo No, nada
29. ¿Hablas con tus amigos y compañeros acerca de productos o actividades adelgazantes?
- Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
30. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?
- Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
31. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?
- Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
32. ¿Crees que tus amigos y compañeros están preocupados por el tamaño de su musculatura?
- Sí, seguro Sí, probablemente No, no lo creo
33. Ante las imágenes de chicos jóvenes, ¿te fijas en ellos para ver si son fuertes y musculosos?
- Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
34. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?
- Sí, mucho Sí, algo No, nada
35. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
- Sí, mucho Sí, algo No, nada

ANEXO 6. Test de Siluetas para Adolescentes (TSA)



Observa con atención las siluetas y responde a la pregunta 1 y 2

1. En cada una de las SILUETAS MASCULINAS indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.

Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7	Silueta 8
<input type="radio"/> Gorda							
<input type="radio"/> Normal							
<input type="radio"/> Delgada							

2. En cada una de las SILUETAS FEMENINAS indica si te parece delgada, normal o gorda. Pon una marca (x) en la casilla elegida sin olvidarte de ninguna silueta.

Silueta 1	Silueta 2	Silueta 3	Silueta 4	Silueta 5	Silueta 6	Silueta 7	Silueta 8
<input type="radio"/> Gorda							
<input type="radio"/> Normal							
<input type="radio"/> Delgada							

Ahora contesta a las preguntas 3 a 8 marcando sólo una silueta en cada cuestión.

3. ¿Qué silueta representa tu peso actual? ____
4. ¿Qué silueta representa tu peso ideal? ____
5. ¿Qué silueta elegirías como pareja? ____
6. ¿Qué silueta crees que elegiría una persona del sexo contrario como pareja? ____
7. ¿Qué silueta le gustaría a tu madre que tuvieras? ____
8. ¿Qué silueta le gustaría a tu padre que tuvieras? ____

ANEXO 7. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E)

Instrucciones: Por favor, indica cuántas veces te suceden las siguientes afirmaciones. Marca con una equis (x) cada frase el número correspondiente, según la escala que aparece a continuación:

1-----	2-----	3-----	4-----	5
Casi nunca 0-10%	Algunas veces 11-35%	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre 91-100%

	1	2	3	4	5
1. Percibo con claridad mis sentimientos.					
2. Pongo atención a cómo me siento.					
3. Mis emociones me sobrepasan y están fuera de control.					
4. No tengo ni idea de cómo me siento.					
5. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento.					
6. Le hago caso a mis sentimientos.					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo.					
8. Estoy confundido/a por cómo me siento.					
9. Cuando me siento mal, puedo reconocer cómo me siento.					
10. Cuando me siento mal, me enoja conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.					
11. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo hacer mis deberes.					
12. Cuando me siento mal, creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
13. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas.					
14. Cuando me siento mal, siento que soy débil.					
15. Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.					
16. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo concentrarme					
17. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo controlar lo que hago.					
18. Cuando me siento mal, creo que no hay nada que hacer para sentirme mejor.					
19. Cuando me siento mal, me molesto conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.					
20. Cuando me siento mal, me empiezo a sentir mal conmigo mismo/a.					
21. Cuando me siento mal, creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por cómo me siento.					
22. Cuando me siento mal, pierdo el control de cómo me porto.					
23. Cuando me siento mal, se me dificulta pensar en algo más.					
24. Cuando me siento mal, me toma mucho tiempo sentirme mejor.					

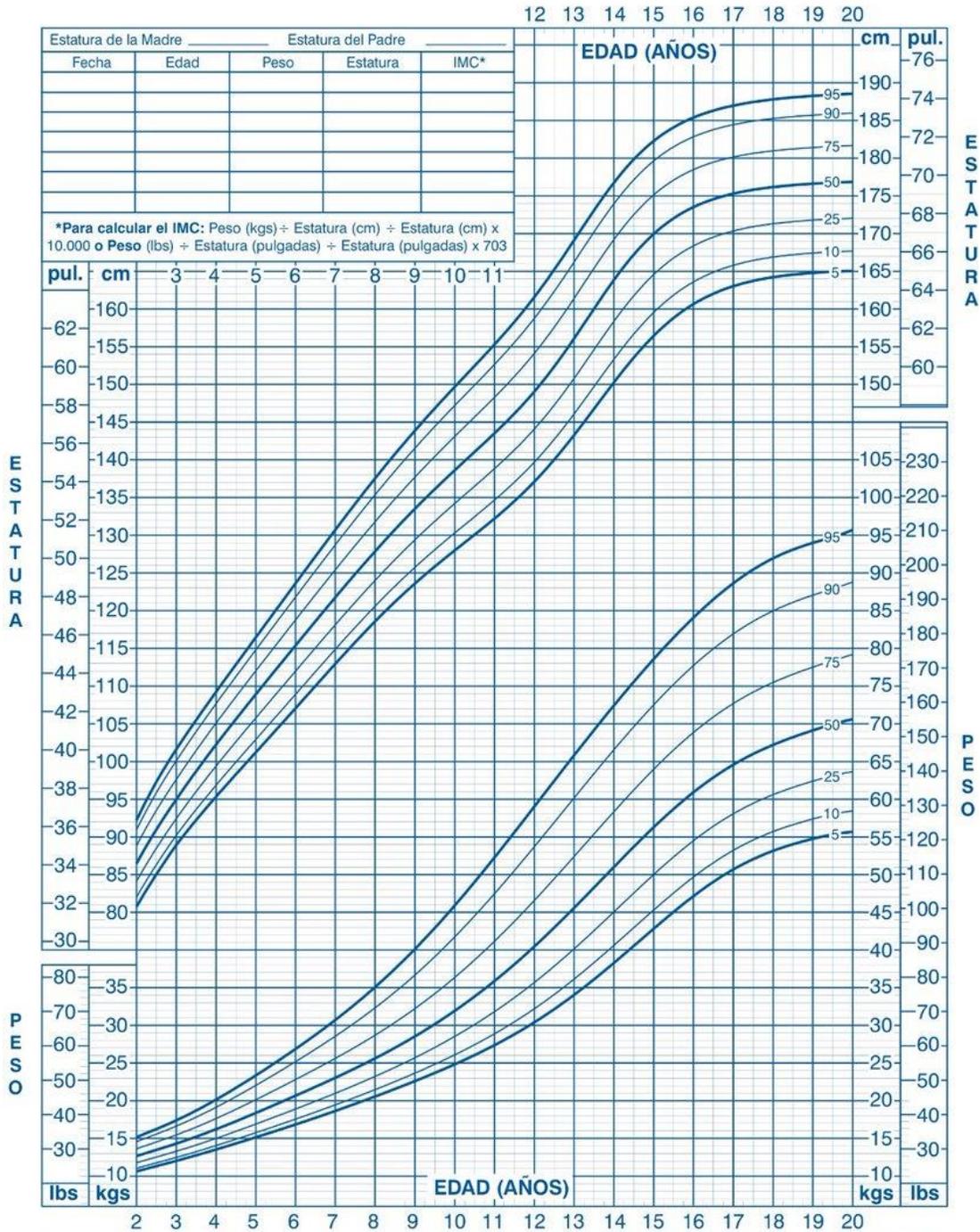
ANEXO 8. Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad (CDC)

2 a 20 años: Niños

Nombre _____

Percentiles de Estatura por edad y Peso por edad

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 21 de noviembre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

ANEXO 9. Dictamen de Aprobación Del Comité de Ética e Investigación



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
Instituto de Ciencias de la Salud



Pachuca de Soto, Hidalgo a 1 de octubre del 2019

DR. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
INVESTIGADORA ADSCRITA
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD/ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBACIÓN

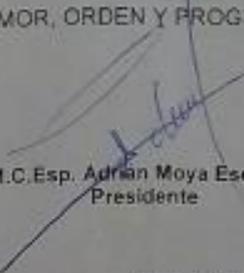
Título del Proyecto:
"INTERVENCIÓN INTEGRAL DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO:
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE POBLACION RURAL Y URBANA"
Código asignado por el Comité: CEEI-036-2019

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	No. y/o Fecha Versión	Decisión
Protocolo	Primero	Aprobado
Consentimiento Informado	Primero	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de octubre del 2019 a enero del 2020.
En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte del progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"


M.C. Esp. Adrián Moya Escalera
Presidente

Ciudad de México La Concepción sin Carrera
Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo
México, C.P. 42100
Teléfono: 52 (771) 1-1 720-041 ext. 4301 - 4304
direccion: iia4@uaeh.edu.mx



ANEXO 10. Oficio de Presentación del Programa para las Autoridades Escolares

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología



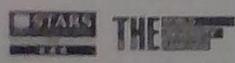
Pachuca de Soto, Hgo., 23 de septiembre 2019
Asunto: solicitud de apoyo para apertura de institución educativa

L.C.P. y A.P. DANIEL ALBERTO SÁNCHEZ CABRERA
DIRECTOR DE LA ESCUELA PREPARATORIA
NÚMERO UNO DE LA UAEH
PRESENTE

Por medio del presente me permito, en primera instancia presentarme y presentar, a su vez, el proyecto de investigación que me encuentro realizando actualmente. Mi nombre es Francelia García Mendoza, soy licenciada en Psicología y actualmente alumna de tercer semestre de la Maestría en Salud Pública, del Área Académica de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Como parte de las actividades de la maestría, me encuentro realizando un proyecto de tesis que se titula: “Intervención integral de prevención de conductas alimentarias de riesgo: estudio comparativo entre población rural y urbana”, el cual es dirigido por la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña, Jefa del Área Académica de Psicología-ICSA (UAEH).

Las conductas alimentarias de riesgo como la realización de ayunos prolongados o dietas malsanas, el uso de laxantes, vómito autoinducido, etc., entre adolescentes, son factores de riesgo clave para el desarrollo de trastornos alimentarios como la bulimia o la anorexia, problemas importantes de salud pública que afectan cada vez más tanto a hombres como a mujeres, y que ya no son exclusivos de contextos específicos; actualmente es posible encontrar este tipo de conductas de riesgo en población joven de cualquier lugar de procedencia. Diversos son los motivos que han propiciado este auge, por ejemplo, la presencia en los medios de comunicación de figuras corporales que promueven una delgadez extrema en las mujeres o cuerpos musculosos en los hombres, generando en los jóvenes el deseo por ajustarse a dichos modelos. Otro motivo está relacionado con la falta de regulación emocional de algunos adolescentes, lo que los lleva, además de otros problemas sociales, al desarrollo de conductas que ponen en riesgo su salud.

Para hacer frente a los actuales problemas de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace énfasis en la prevención, acción que sirve de base para el proyecto que aquí se presenta. Esta investigación tiene como objetivo la aplicación del programa “*Intervención Integral de Prevención en Salud*”, el cual fue desarrollado por el grupo de investigadores de la Unidad de Evaluación e Intervención e Imagen Corporal (UAIC) y de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), de la Universidad de Barcelona (UB), liderado por la Dra. Lucero Munguía Godínez, el cual pretende la mejora de hábitos alimenticios, autoestima y favorecer el desarrollo de habilidades para la vida en adolescentes de nivel medio superior. Cabe señalar que este programa ya ha sido aplicado a grupos de adolescentes de diferentes contextos, mostrando ser efectivo en la reducción de problemas relacionados con el peso y la figura corporal.

Centro de Estudios La Compañía en Terapias
Pachuca, Hidalgo, San Agustín, Tlaxcala, México
México, C.P. 42100
Teléfono: 42 2711 31 100 ext. 600
psicologia@uaeh.edu.mx
www.uaeh.edu.mx



Se trata de un programa que hace uso de estrategias psicoeducativas como la educación en medios y la regulación de emociones, se aplica una vez por semana, siendo en total 5 sesiones de 1 hora cada una. Los temas que se abordan en el programa, así como el cronograma de actividades, se especifican en los anexos adjuntos al presente documento.

Dentro de los objetivos de la investigación está el comparar los resultados del programa antes y después de realizarlo, así como el hecho de evaluar su efectividad, es por ello que se requiere la participación de dos grupos de segundo semestre (uno como grupo que recibirá la intervención y otro como grupo que fungirá como comparativo respecto a los datos obtenidos). Como parte de la investigación se llevará a cabo la aplicación de cuestionarios validados, a fin de recoger información relacionada con: autoestima, personalidad, imagen corporal y hábitos alimenticios. Esta evaluación se realizará a los dos grupos participantes, en tres momentos diferentes: antes de iniciar el programa, al finalizar la intervención, y seis meses posteriores a la aplicación del programa.

Sobra mencionar que el presente proyecto se apega estrictamente a los códigos de ética en materia de investigación, por lo que no presenta ningún riesgo para los participantes, además de que la información recabada será estrictamente confidencial, manteniendo el anonimato de la persona. En este sentido, el padre de familia y/o la institución podrán solicitar, si así lo desean, los resultados finales de la investigación.

Con base en lo expuesto anteriormente, me permito solicitar su apoyo para llevar a cabo en la Preparatoria Número 1 de esta casa de estudios, el proyecto mencionado.

Agradeciendo su amable atención, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

LIC. FRANCELIA GARCÍA MENDOZA
RESPONSABLE DEL PROYECTO

DRA. REBECKA GUZMÁN SALDAÑA
DIRECTORA DE PROYECTO TERMINAL



Instituto de Investigación y Desarrollo Científico
Carretera Antigua San Agustín, San Agustín, Hidalgo
Código Postal 42100
Teléfono: 52 52 2 2 22222222
psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

ANEXO 11. Carta de Consentimiento Informado para Padres de Familia

TÍTULO DEL PROYECTO: “Intervención integral de prevención de conductas alimentarias de riesgo: estudio comparativo entre población rural y urbana”.

Estimado padre/madre de familia,

El estudio que continuación se describe se enmarca en un proyecto de tesis, dirigido por la Dra. Rebeca Guzmán Saldaña (Área Académica de Psicología-ICSA-UAEH), y que forma parte de la maestría en Salud Pública del Área Académica de Medicina, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Como parte del proyecto se realizará la aplicación del programa “*Intervención Integral de Prevención en Salud*”, desarrollado por el grupo de investigadores de la Unidad de Evaluación e Intervención e Imagen Corporal (UAIC) y de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), de la Universidad de Barcelona (UB), y liderado por la Dra. Lucero Munguía Godínez, el cual tiene como objetivo la mejora de hábitos alimenticios, autoestima y favorecer el desarrollo de habilidades para la vida en los adolescentes. El programa consta de cinco sesiones con una hora de duración cada una.

Por este motivo, y en acuerdo con la dirección de esta institución, llevaremos a cabo la aplicación de dicho programa en el grupo de su hijo/a. Como parte de la investigación se recogerá información relacionada con: autoestima, personalidad, imagen corporal y hábitos, entre otros, mediante respuestas a cuestionarios. Esta evaluación se realizará en tres momentos diferentes: antes de iniciar el programa, al finalizar la intervención, y tres meses posteriores a la aplicación del programa.

Atendiendo a los códigos de ética en materia de investigación, es importante mencionarle que la información que su hijo/a nos proporcione será estrictamente confidencial por lo que se mantendrá el anonimato de la persona. Además de que el padre de familia y/o la institución podrán solicitar, si así lo desean, los resultados finales de la investigación.

Por tanto, y teniendo en cuenta que la colaboración es voluntaria y que los participantes pueden abandonar la investigación en cualquier momento, le solicitamos su consentimiento informado. Cabe señalar que este consentimiento está basado en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en concordancia con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, por lo que el individuo que participe en este estudio no queda expuesto a riesgo alguno.

Atentamente

Lic. en Psic. Francelia García Mendoza

Responsable del Proyecto

Datos de contacto

e-mail: psicfrancelia@hotmail.com

Cel. 7731316322

TÍTULO DEL PROYECTO: “Intervención integral de prevención de conductas alimentarias de riesgo: estudio comparativo entre población rural y urbana”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra. _____ Como Padre / Madre
o Tutor legal del Alumno _____
Del curso _____

Les comunico que he leído la información que se me ha hecho llegar y que, habiendo recibido suficiente información sobre el estudio y habiendo podido hacer las preguntas que quisiera del mismo, le AUTORIZO a participar en la evaluación e intervención vinculada a la actividad mencionada que se hará en esta institución educativa durante el curso escolar Agosto-Diciembre 2019.

Firma:

Nombre: