



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

**INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA IMAGEN CORPORAL EN
VARONES ADOLESCENTES: ESTUDIO PILOTO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

EDUARDO PEÑAFIEL MÁRQUEZ

ASESORA:

DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA

REVISORES:

DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN

DR. CARLOS SAÚL JUÁREZ LUGO



ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, AGOSTO 2019

Índice

Resumen.....	9
Introducción.....	10
Capítulo I. Imagen corporal.....	12
1.1 Definición de imagen corporal y sus componentes.....	12
1.2 Insatisfacción corporal.....	12
1.3 Trastornos asociados a la imagen corporal.....	15
1.3.1 Trastorno dismórfico muscular.....	15
1.3.1.1 Definición y criterios diagnósticos.....	15
1.3.1.2 Prevalencia.....	19
1.3.1.3 Etiología.....	20
1.3.1.4 Consecuencias de la DM.....	21
1.3.2 Trastornos de la conducta alimentaria.....	22
1.3.2.1 Definición.....	22
1.3.2.2 Clasificación.....	22
1.3.2.3 Prevalencia.....	24
1.3.2.4 Etiología.....	25
1.3.2.5 Consecuencias.....	26
Capítulo II. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	28
2.1 Promoción de la salud.....	28
2.2 Prevención de la enfermedad.....	31
2.3 Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	30
2.5 Enfoques de prevención	34

2.4.1 Teoría de la disonancia cognitiva.....	34
2.4.2 Teoría cognitivo conductual.....	35
2.4.3 Teoría del aprendizaje social.....	36
2.4.4 Teoría del comportamiento planificado.....	36
2.5 Promoción de la imagen corporal saludable en varones.....	37
2.5.1 Estudio de Suecia, Nilsson y colaboradores.....	38
2.5.2 Estudio de Australia, Stanford y McCabe.....	38
2.5.3 Estudio de Australia, McCabe, Ricciardelli y Karantzas.....	39
2.5.4 Estudio de Estados Unidos, Brown y Keel.....	40
2.5.5 Estudio de Australia, Mellor y colaboradores.....	41
2.5.6 Estudio de Gran Bretaña, Jankowski y colaboradores.....	43
2.6 Instrumentos de medición empleados en muestras masculinas.....	50
2.6.1 Insatisfacción corporal.....	50
2.6.1.1 Cuestionario de imagen corporal y cambio corporal.....	50
2.6.1.2 Cuestionario sobre la forma del cuerpo.....	50
2.6.2 Insatisfacción con la grasa corporal.....	51
2.6.2.1 Escala de Actitudes Corporales Masculinas.....	51
2.6.3 Interiorización del ideal corporal.....	51
2.6.3.1 Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia para Varones.....	51
2.6.4 Satisfacción corporal y modificación corporal.....	52
2.6.4.1 Inventario de Satisfacción Corporal y Cambio Corporal.....	52
2.6.4.2 Escala de Satisfacción Corporal.....	53

2.6.4.3 Cuestionario de Imagen Corporal y Conductas de Cambio Corporal.....	53
2.6.5 Apreciación corporal.....	54
2.6.5.1 Escala de Apreciación Corporal.....	54
2.6.6 Comparaciones de la apariencia física.....	54
2.6.6.1 Escala de Comparación de la Apariencia Física.....	54
2.6.7 Auto objetificación y objetificación de la Pareja.....	55
2.6.7.1 Cuestionario de Autoobjetificación.....	55
2.6.8.1 Escala de Estilo de Vida Saludable.....	55
2.6.9 Estrategias de afrontamiento.....	55
2.6.9.1 Escala Breve de Afrontamiento.....	55
2.6.10 Autoeficacia.....	56
2.6.10.1 Escala de Expectativas de Eficacia.....	56
2.6.11 Motivación por adelgazar.....	56
2.6.11.1 Inventario de Trastornos Alimentarios.....	56
2.6.12 Síntomas bulímicos.....	57
2.6.12.1 Cuestionario de Examinación de los Trastornos Alimentarios.....	57
2.6.13 Ejercicio excesivo.....	57
2.5.13.1 Escala de Ejercicio Excesivo.....	57
2.6.14 Autoestima.....	58
2.6.14.1 Cuestionario de Auto descripción de Marsh.....	58
2.6.15 Afecto negativo.....	58
2.6.15.1 Escala de Ansiedad y Depresión.....	58

2.6.16 Estilo de vida saludable.....	58
2.5.16.1 Escala de Estilo de Vida Saludable.....	58
2.5.16.2 Escala de Comportamientos de Estilo de Vida Saludable.....	59
2.6.17 Orientación sexual.....	59
2.6.17.1 Cuestionario de Evaluación de Sell.....	59
Capitulo III Método.....	60
3.1 Planteamiento del problema.....	60
3.2 Objetivo general.....	61
3.3 Objetivos específicos.....	61
3.4 Hipótesis.....	62
3.5 Definición de variables.....	62
3.5.1 Variables independientes.....	62
3.5.2 Variables dependientes.....	64
3.5.2.1 Insatisfacción corporal general.....	64
3.5.2.2 Insatisfacción corporal pro-adelgazamiento.....	64
3.5.2.3 Autoestima.....	64
3.5.2.4 Actitudes y conductas para la disminución de peso...65	
3.5.2.5 Índice de masa corporal.....	65
3.6 Tipo de diseño y estudio.....	65
3.7 Participantes.....	65
3.8 Instrumentos.....	66
3.9 Procedimiento.....	67
3.9.1 Análisis de datos.....	68

Capitulo IV. Resultados.....	69
4.1 Datos descriptivos de los participantes.....	69
4.2 Comparación pretest y posttest de variables en la intervención.....	70
4.3 Retroalimentación de participantes sobre el contenido del programa....	70
Conclusión y discusión.....	72
Limitaciones y sugerencias.....	74
Referencias.....	75
Anexos.....	89

Agradecimientos

A las personas más dedicadas que en la vida conozco, que con gran cariño, esfuerzo y dedicación me han enseñado la forma de alcanzar mis metas, no desistir en aquello que me proponga y que con paso firme logre caminar en mi camino, que, a pesar de los tropiezos, las dificultades el deseo de levantarse esta siempre dentro de uno. Gracias por permanecer allí siempre a mi lado, dedicándome la atención que necesité y siempre requerí para afrontar cada reto. Gracias por enseñarme en cada momento que el esfuerzo traerá consigo la recompensa, que los sueños solo se cumplen si se trabaja por ellos, que las metas solo se alcanzan si se mantiene la constancia, que el éxito solo se obtiene si se cree en que uno lo merece y no depende del lugar en el que anhelas estar, se encuentra en el lugar en que se está, que no importa cuán difícil fue el trayecto, lo más importante es lo que viviste mientras lo cursaste. Gracias a ustedes mamá y papá por estar hasta el día de hoy, a mi lado, viendo materializando mis sueños y mis logros, sabiendo que ustedes son parte de ellos, gracias por su amor y la forma en que me han amado.

A mi hermano, que con su simple existencia le ha traído alegría y felicidad a mi vida, me ha mostrado que el éxito también llega para los que saben esperar y caminar en silencio, trabajando tenaz y perseverante en lo que uno se propone, que no solo importa el resultado, si no las formas de lo que se logra, que los ejemplos en la vida funcionan mejor cuando se saben tomar, que las dificultades también enseñan y que nunca se deja de crecer, aprender y corregir en la vida.

A mi asesora, por su gran comprensión y tolerancia en cada momento que me brindó y me acompañó a lo largo de este proceso, por su gran ejemplo de éxito, esfuerzo y profesionalismo que muestra, por su inspiración ante cada forma de buscar una nueva meta y la disciplina que tiene para lograr lo que se propone, gracias por brindarme los conocimientos necesarios para conseguir el alcance de mis metas, por su interés y la confianza de poder trabajar bajo su tutela, para mí es un privilegio que haya formado parte de este proceso y de este sueño que se alcanza, gracias con gran cariño y afecto, admiro la persona en que se ha convertido y lo que ha logrado, la quiero mucho.

Resumen

Los programas sobre prevención de trastornos de la conducta alimentaria y promoción de imagen corporal saludable han sido desarrollados y evaluados, principalmente, en mujeres. Debido a que los hombres tienen preocupaciones particulares en cuanto su imagen corporal, es importante investigar intervenciones dirigidas a ellos. Por lo tanto, el propósito de la presente investigación fue realizar un estudio piloto para conocer si un programa de promoción de imagen corporal saludable, diseñado *ex-profeso* para hombres adolescentes, incide sobre su insatisfacción corporal pro-adelgazamiento. La muestra estuvo conformada por 20 varones con un rango de edad de entre 12 a 16 años, quienes respondieron una batería de instrumentos antes y después de su participación en un programa de imagen corporal saludable. Asimismo, todos los participantes fueron pesados y medidos para obtener su índice de masa corporal. El análisis de resultados indicó que hubo diferencias significativas, antes y después de la intervención, en cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal general, la insatisfacción corporal pro-adelgazamiento y las actitudes y conductas para reducir el peso, no se identificaron cambios en la autoestima de los participantes. En esta muestra, el programa de promoción de imagen corporal saludable fue eficaz para disminuir la insatisfacción corporal pro-adelgazamiento.

Introducción

La imagen corporal (IC) es la representación mental que hacemos de nuestro propio cuerpo, que se percibe parcial o totalmente e implica el desarrollo de sentimientos, pensamientos y conductas que se derivan de la percepción sobre el propio cuerpo, además de que puede resultar perjudicada por distintos factores individuales, sociales y culturales, que favorecen la inconformidad y el desagrado en diferente medida (López, Solé y Cortés, 2008; Raich, 2004; Vaquero, Macías y Macazanaga, 2014).

De tal modo, la evaluación de la imagen corporal puede dar lugar a la insatisfacción o satisfacción corporal.

Históricamente, se ha creído que la insatisfacción corporal era un asunto de mujeres específicamente por la búsqueda y alcance de un cuerpo delgado; no obstante, existe evidencia de que los varones también son susceptibles de desarrollar insatisfacción con su propio cuerpo, incluso desde la infancia (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y Oliva, 2006). La insatisfacción corporal promueve en los individuos el involucramiento y motivación por realizar diversas conductas para reducir la disconformidad entre el cuerpo que poseen y el ideal corporal, esta preocupación exagerada con respecto al físico puede llegar a ser patológica y ubicarse dentro de algún trastorno dismórfico corporal (American Psychiatric Association [APA], 2013; Vartanian, 2012). Al respecto, la promoción de la salud, es de gran relevancia ya que, puede ser una estrategia favorable para la reducción de conductas de riesgo que originan los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA), los cuales producen importantes alteraciones en las actitudes y comportamientos,

por la percepción inadecuada, así como el miedo que genera el cuerpo que se ostenta, diversos factores intervienen en el desarrollo de estas conductas (Mancilla et al., 2006; Portela et al., 2012). Al respecto, la existe un número mayor de investigaciones centradas en muestras femeninas, así como intervenciones para las mismas, mientras que en muestras masculinas únicamente se tiene conocimiento de un número reducido de investigaciones enfocadas en muestras masculinas (Brown y Keel 2015; Jankowski, 2017; McCabe, Ricciardelli y Karantzas, 2010; Mellor, Connaughton, McCabe y Tatangelo, 2017; Nilsson et al., 2004; Stanford y McCabe, 2005).

Por tanto, el propósito de la presente investigación fue realizar un estudio piloto para conocer si un programa de promoción de imagen corporal saludable, diseñado exprofeso para hombres adolescentes, incide sobre su insatisfacción corporal pro-adelgazamiento. Para ello, en el capítulo I se define la imagen corporal, sus alteraciones, la insatisfacción corporal y la exposición de los trastornos relacionados con la imagen corporal. Posteriormente, en el capítulo II se presenta la definición de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los instrumentos de medición dirigidos a muestras masculinas. En lo referente al capítulo III, éste describe el método, específicamente en cuanto, al planteamiento del problema, los objetivos, el procedimiento y los análisis de datos realizados. Finalmente, en el capítulo IV se reportan los resultados obtenidos, así como la discusión de dichos resultados.

Capítulo I.

Imagen corporal.

1.1 Definición de imagen corporal y sus componentes

La imagen corporal (IC) es la representación mental que hacemos acerca de nuestro propio cuerpo (Schilder como se citó en Vaquero et al., 2014) y constituye un constructo multidimensional conformado por distintos componentes: 1) perceptual, que se refiere a la dimensión con que se perciben los diferentes partes del cuerpo o del cuerpo en su conjunto; 2) el subjetivo, que se refiere a los sentimientos, las cogniciones y las valoraciones hacia el cuerpo; y 3) el conductual, que se relaciona con las conductas que se basan a la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (Thompson como se citó en Raich, 2004). La alteración en uno de estos componentes incide de forma significativa en la felicidad, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida de las personas (Vaquero et al., 2014). Asimismo, se sabe que la interiorización del ideal corporal, determinado culturalmente, es uno de los factores principales que conducen a la insatisfacción con la imagen corporal (Amaya et al., 2013).

1.2 Insatisfacción corporal

La insatisfacción corporal es el malestar producido por la percepción y evaluación de la IC, en donde existe una discrepancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal (Thompson como se citó Šerifović y Sinanović, 2008).

Al respecto, existen diversas teorías que permiten explicar el desarrollo de la insatisfacción corporal, una de ellas es la Teoría del autodiscrepancia propuesta por

Higgins (1987). La teoría del autodiscrepancia propone que existen tres dominios de uno mismo: el actual, el ideal y el deber. El primer dominio (actual) se refiere a la percepción que los individuos tienen sobre sus propios atributos o características físicas. El segundo dominio (ideal) se relaciona con los atributos que las personas desearían tener o poseer. Finalmente, el tercer dominio (deber) se refiere a los atributos que el individuo considera que debe de tener como obligación derivado de lo que se espera de él. Esta teoría es importante en el contexto de la imagen corporal ya que algunas personas perciben de manera errónea su forma o tamaño corporal (dominio actual), lo cual, aunado a la interiorización de un ideal corporal (dominio ideal) y a lo que se piensa que las personas importantes (p.ej., padres, hermanos, pareja, amigos, etc.) esperan de uno mismo, puede desarrollar la insatisfacción con su imagen corporal (Vartanian, 2012), la cual puede motivar a los individuos a involucrarse en conductas orientadas a la disminución de dicha discrepancia.

La insatisfacción corporal puede presentarse a lo largo de un continuo que va de lo normativo a lo patológico., de este modo, la insatisfacción corporal normativa no produce inconvenientes en el estilo de vida del individuo, contrario a ello, la insatisfacción corporal patológica se caracteriza por sentimientos negativos hacia el propio cuerpo, mismos que son una fuente importante de angustia y descontento, en donde el individuo se involucra en conductas que ponen en riesgo su salud (Devlin y Zhu, 2001).

Tiempo atrás, se creía que la insatisfacción corporal era un asunto de mujeres específicamente por su búsqueda de un cuerpo delgado; no obstante, existe evidencia de que los varones también son susceptibles de desarrollar insatisfacción con su propio cuerpo, incluso desde la infancia (Vázquez, López, Álvarez, Mancilla y

Oliva, 2006). Existen estudios que indican que la insatisfacción corporal de los varones es más compleja, ya que algunos manifiestan su deseo de ser más robustos, en tanto que otros prefieren ser más delgados (Saucedo, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón, 2008; Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez, 2010). Por ejemplo se realizó una investigación donde participaron hombres y mujeres ($n = 291$), con un rango de edad de 13 a 16 años, quienes respondieron una batería de instrumentos a fin de identificar la prevalencia de la insatisfacción corporal y la búsqueda de la delgadez. El análisis de resultados indicó que 21,9% de las mujeres y 11% de los hombres presentaron insatisfacción corporal (Soto, Cáceres, Faure, Gásquez y Marengo, 2013).

Como puede observarse, existe evidencia de que los hombres pueden experimentar sentimientos negativos hacia su cuerpo, situación que debe tenerse en cuenta, ya que no afecta sólo la autoestima de los individuos, sino que además, la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos mentales (Ruiz como se citó en García 2004).

1.3. Trastornos asociados a la imagen corporal

1.3.1. Trastorno dismórfico corporal.

1.3.1.1. *Definición y criterios diagnósticos.*

El trastorno dismórfico corporal (TDC), es un trastorno mental que se caracteriza por la preocupación excesiva ante algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), el trastorno dismórfico corporal (TDC) se ubica dentro los trastornos somatomorfos, mismos que a su vez, pertenecen al espectro obsesivo compulsivo (APA, 2013; véase Figura 1).

Como puede apreciarse, de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), se debe especificar si el trastorno dismórfico corporal se manifiesta a través de la dismorfia muscular (DM). La DM, inicialmente llamada anorexia inversa, se caracteriza por la preocupación excesiva por el desarrollo muscular, por el temor a ser demasiado pequeño y por la percepción de ser débil y poco musculoso, aun cuando existe una figura proporcionalmente grande y musculoso (Pope, Katz y Hudson, 1993).

Se ha encontrado además, que a esta preocupación por la figura corporal no solo se inclina por la búsqueda de la delgadez, sino también de la musculatura, en esa distinción debido a los paralelismos que existen de la DM y los TCA, como: la insatisfacción corporal (forma y tamaño), la percepción distorsionada, la discrepancia del ideal corporal y la práctica de conductas alimentarias inadecuadas, se prescriben ciertos criterios de diferenciación entre estos (Alvares, Escoto, Vázquez, Cerero y Mancilla, 2009).

- a) distorsión de la imagen del cuerpo, adquiere una percepción inadecuada del cuerpo, individuos con AN tienden a percibirse más gordos de lo real,

- individuos con TDM se perciben más delgados y débiles aun cuando cuenten con adecuada masa y tamaño muscular, baja grasa corporal, y forma definida;
- b) la autoestima se encuentra influida por la forma y el tamaño corporal;
 - c) búsqueda del alcance de la musculatura ideal (irreal e inadecuado) en individuos con TDM, aquellos con TCA buscan el ideal de delgadez, ambos ideales se encuentran influenciados por esquemas socioculturales;
 - d) conductas de alimentación y ejercicio rígidas y similares entre ambos, inflexibilidad alimenticia en TCA basándose en dietas hipocalóricas como prioridad aun sobre el ejercicio, en el TDM se prioriza la práctica de ejercicio demandante y exhaustivo asentándose en dietas hiperproteicas (Maida., Armstrong, 2005; Olivardia, 2001; Grieve, 2007 y Olivardia, 2007, como se citó en Alvares, et al., 2009)

No obstante, debido al paralelismo entre la DM y los trastornos del comportamiento alimentario, aún existe controversia en cuanto los criterios diagnósticos y ubicación en el DSM (Murray, Rieger, Touys y de la Garza, 2010).

De este modo, Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips (1997) propusieron criterios diagnósticos que han sido utilizados ampliamente:

- 1) Invertir gran parte del tiempo en levantar pesas y realizar dietas estrictas, además de invertir gran parte de tiempo en actividades asociadas al entrenamiento.
- 2) Angustia y evitación de situaciones sociales que impliquen mostrar su cuerpo o ser visto en público.
- 3) La preocupación produce deterioro importante en la realización de actividades sociales, laborales y otras áreas del individuo.

En tanto que los criterios para el TDC en el DSM-5 (APA, 2013) son:

- a) Existe angustia por uno o varios defectos, percibidos en la imagen corporal, los cuales no son perceptibles o carecen de importancia a los demás.
- b) El individuo realiza conductas ritualistas (p. Ej., mirarse al espejo constantemente, ducharse en abundancia, rascarse zonas de la piel, tomar el control de las cosas) o mentalmente (p.ej., hacer comparaciones de su imagen corporal con el de los otros) de forma reiterativa para reducir su angustia y preocupación por su figura.
- c) La angustia produce alteraciones y malestares clínicamente significativos, además interfiere con su funcionamiento en relaciones sociales, laborales y otras áreas produciendo deterioro significativo.
- d) La preocupación por su imagen corporal no se explica mejor “por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario”.

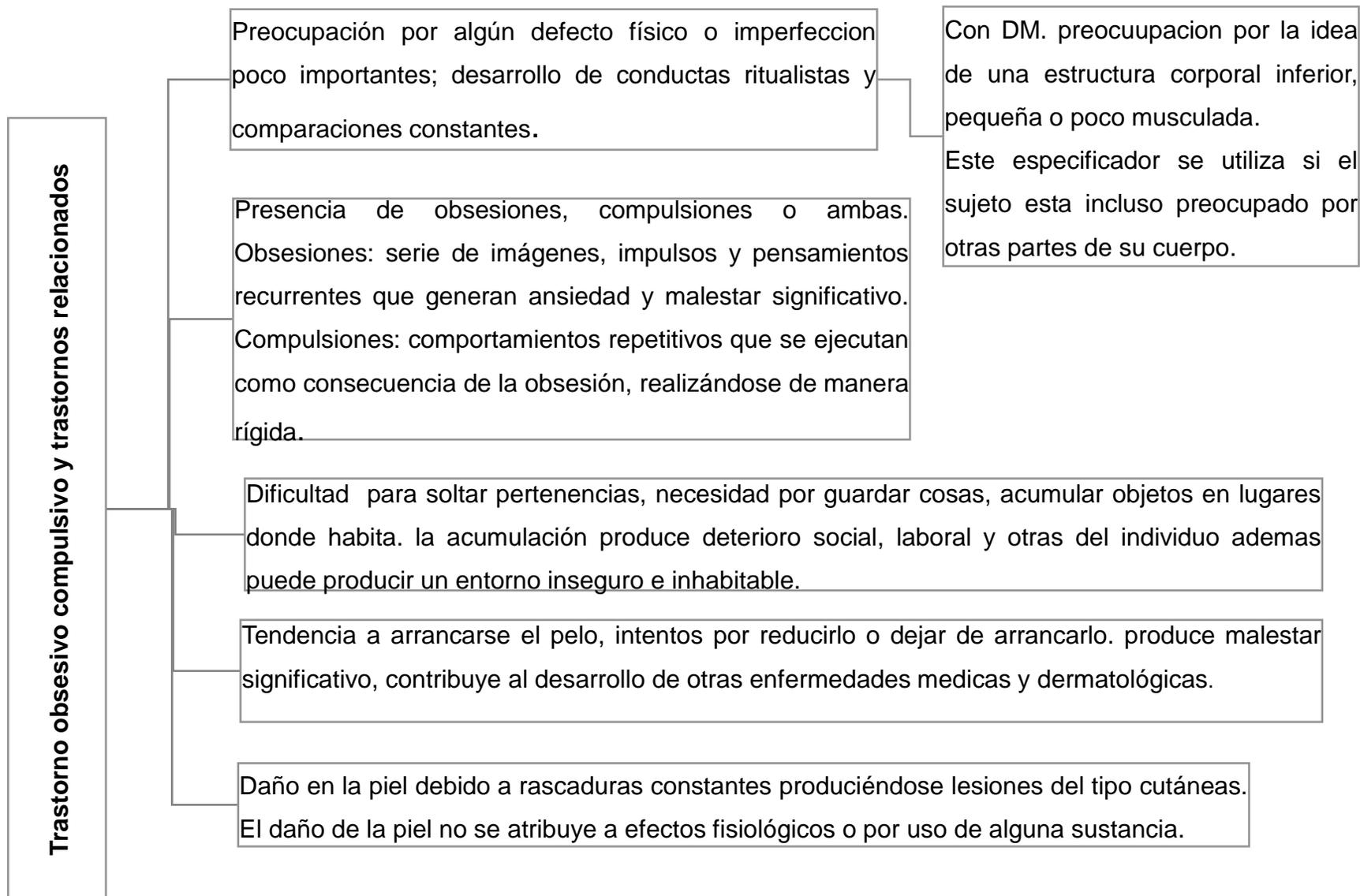


Figura 1. Criterios diagnósticos trastorno obsesivo

1.3.1.2. Prevalencia.

Estudios internacionales estiman una prevalencia 13.6% de casos de DM en varones levantadores de pesas, donde además se encontró que mantenían interés mayor 92% por la forma física en comparación con un grupo de estudiante donde fue de 44% (Behar y Molinari, 2010).

Se ha documentado la existencia de características de la DM en 40% de usuarios de gimnasio, quienes además expresan su preocupación por el tamaño y la simetría del cuerpo, la dieta, el consumo de suplementos y la dependencia al ejercicio (Marfil, Cruz, Vázquez y Baile, 2010). Por otro lado, en México, se ha informado que la prevalencia de síntomas dismorfia muscular es de 43.9% en fisicoculturistas competidores, 7.5% fisicoculturistas no competidores, 10.6% en usuarios de gimnasio (UG) y 1.3% sedentarios (Escoto, Camacho, Álvarez, Díaz y Morales, 2012). Asimismo, a nivel internacional se ha informado que la prevalencia de síntomas de DM, en usuarios de gimnasio es de 22%; además, la tercera parte (29.9%) de quienes presentan síntomas de DM, mantienen una dieta alta en proteínas, grasas (27.5%) y casi la mitad de ellos consumen carbohidratos (42.6%); asimismo incrementaron su asistencia en días y horas para entrenar y la ingesta de sustancias para incrementar masa muscular (Zepeda, Franco y Valdés. 2011). Cabe destacar, que la prevalencia de síntomas de DM observada en México, casi duplica a la observada en España.

1.3.1.3 Etiología.

En cuanto al desarrollo de la DM, Grieve (2007) propuso un modelo biopsicosocial que involucra factores socio-ambientales, emocionales, psicológicos y fisiológicos (ver figura 2).

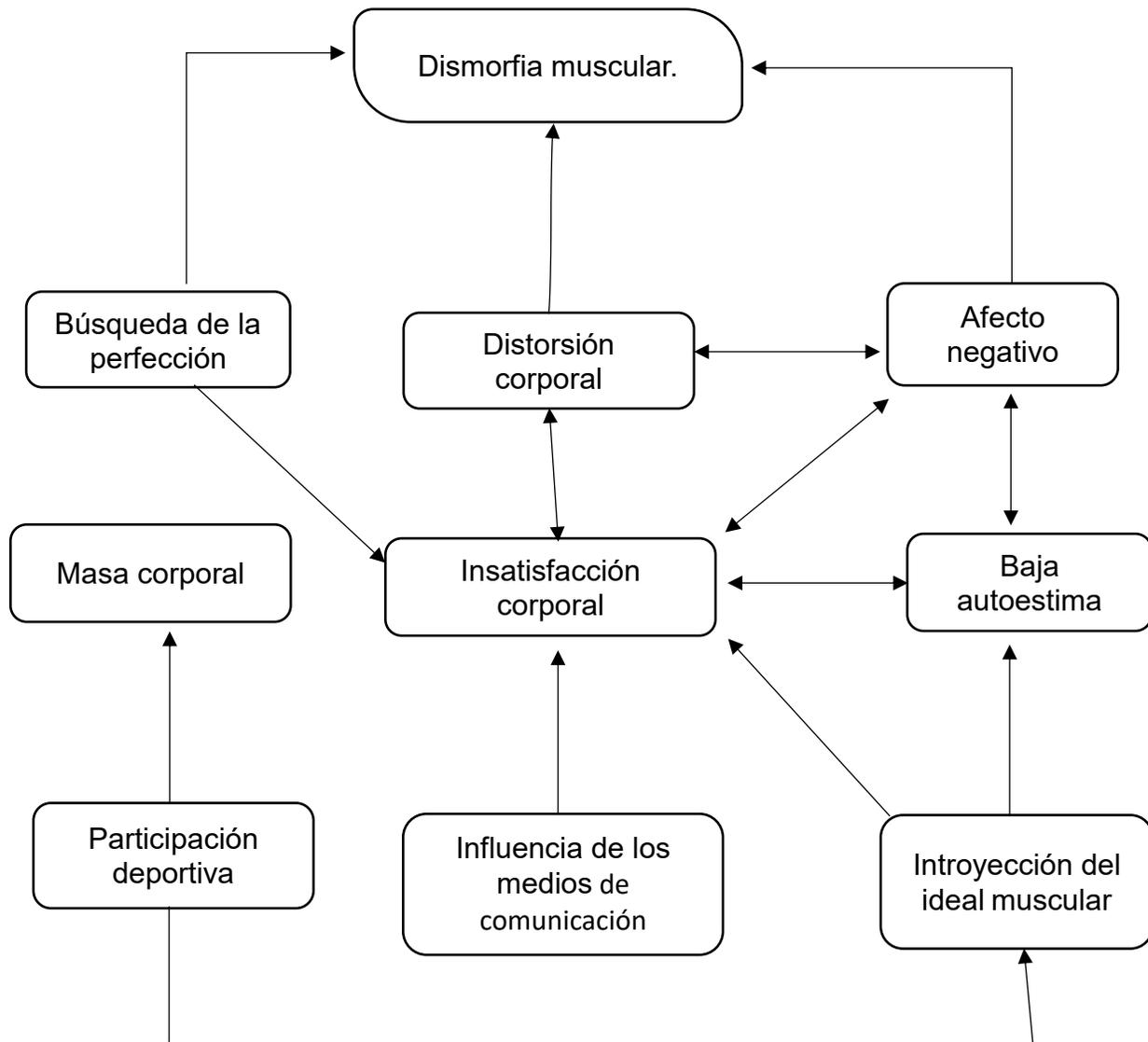


Figura 2. Factores contribuyentes en el desarrollo de la Dismorfia Muscular. Adaptado de: "A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia" por Grieve, F. G. (2007). *Eating disorders*, 15(1), p. 66.

Como puede observarse, los factores socioambientales son aquellos relacionados con la participación del individuo en actividades deportivas y la influencia sociocultural. Los factores emocionales incluyen al afecto negativo, mientras que los factores psicológicos son aquellos relacionados con la insatisfacción con la imagen corporal, la interiorización del ideal corporal, la autoestima, la distorsión corporal y el perfeccionismo. Finalmente, los factores fisiológicos incluyen la masa corporal.

1.3.1.4 Consecuencias de la DM.

Los individuos con DM tienen mayor riesgo de padecer distintos síntomas de ansiedad y depresión. Además, las personas con DM se involucran en el consumo de sustancias para incrementar el desarrollo muscular (p. ej. Esteroides anabolizantes, hormonas, etc.), las cuales pueden producir deterioro metabólico y emocional. Asimismo, los individuos con DM evitan situaciones sociales ya que piensan que quienes les rodean se burlan de ellos (Montoya y Araya, 2003). Además, existen registros de individuos con DM que abandonan sus estudios o evitan entrevistas laborales, optando por empleos que requieren de menor nivel a su capacidad real para desempeñarse (Kaplan et al. como se citó en Montoya y Araya, 2003).

1.3.2. Trastornos de la conducta alimentaria

1.3.2.1. Definición.

Los TCA son “aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anomalías en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingesta de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad” (Mancilla et al., 2006, p. 123).

1.3.2.2 Clasificación de TCA.

De acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2013), los TCA se clasifican en:

- *Pica*: conducta compulsiva y persistente por ingerir alimentos no saludables e inapropiados en el desarrollo del individuo durante mínimo un mes. Si la conducta se desarrolla con otro trastorno mental o enfermedad médica (p. Ej., autismo, discapacidad intelectual, esquizofrenia, embarazo) se considera clínicamente significativo y requiere de atención adicional médica.
- *Rumiación*: vómito inducido y reiterado, que ocurre dentro de un mes o menos el cual no se atribuye a alguna enfermedad clínica (p. Ej., estenosis pilórica, reflujo gastroesofágico).
- *Evitación/restricción*: el individuo mantiene desinterés por la comida y la falta de alimentación debido a la ansiedad que le generan las consecuencias desagradables por la ingesta alimentaria; insistente frustración por satisfacer necesidades de nutrición saludables que se asocian con: a) pérdida de peso; b) déficit nutritivo; c) conductas dependientes de ingerir alimentos de forma

enteral y suplementación de nutrientes de forma oral; d) deterioro en funcionamiento social y psicológico.

- *Anorexia*: se caracteriza por la limitación en el consumo de alimentos que produce un peso corporal por debajo e inferior al esperado en el individuo, con relación a su edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física; angustia y miedo intenso a la ganancia de peso o volumen corporal; alteración en la percepción de la imagen corporal y peso que se posee e incapacidad para reconocer la severidad del peso que se adquiere.

Se requiere especificar si es de tipo restrictivo o tipo con atracones.

- *Bulimia*: deglución de alimentos en cantidades por encima a la requerida que realiza en un periodo igual o menor a dos horas, se realizan en promedio una vez a la semana en un periodo de tres meses. Produce sensaciones como no dejar de comer e incapacidad para controlar lo que se ingiere durante el episodio; el individuo realiza conductas compensatorias inadecuadas para evitar el incremento de peso (p. Ej., vomito auto inducido, laxantes, diuréticos, ayuno y ejercitación excesiva).
- *Trastorno por atracón*: ingesta de una cantidad excesiva de alimentos que produce déficit en controlar las cantidades y lo que se degluta; los episodios de atracón se asocian a: a) comer de forma acelerada; b) comer hasta tener una sensación desagradable de estar saturado; c) comer en cantidades excesivas sin sentir la necesidad de hambre; d) delgutar a solas por la sensación de vergüenza que produce la cantidad que se consume; e) sensación de mortificación o avergüenza consigo mismo.

- *Otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado:* predominio de síntomas que caracterizan un trastorno alimentario o de la ingesta, que producen malestar clínico importante y deterioro en las relaciones sociales, laborales y otras áreas de la actividad del individuo, no cumplen con todos los criterios de alguno de los trastornos anteriores.
- *Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificados:* existe un predominio de síntomas característicos de un tca o de la ingesta que produce deterioro importante en las relaciones sociales, labores y otras áreas de vida del individuo, pero no efectúa todos los criterios de alguno de los tca o de la ingesta.

1.3.2.3 Prevalencia.

A nivel internacional, se sabe que la prevalencia de TCA en varones oscila entre 2.43% y 2.55% (Álvarez, Bautista y Serra, 2015; Villena y Castillo, 2004). Específicamente, en varones escolarizados, existe una prevalencia de 0.05% para BN y 4.65% TCANE de BN (Villena y Castillo, 2004).

En México, se informó una prevalencia de 2.9% para TCA en adolescentes, de los cuales, 0.2% corresponde a varones. Además, 1.5% pertenece a AN y 1.4% a BN (Merida y López, 2013).

Asimismo, en una muestra de estudiantes ($n = 480$), de la localidad de Querétaro, se encontró que 6.2% de los varones atravesaban situación de riesgo de padecer TCA, en la prevalencia con respecto a las preocupación y conductas de riesgo que se asocian a TCA fue de 11.4%. El 37% de los varones expresaban haber desarrollado conductas alimentarias de riesgo como: atracones de comida,

exceso de ejercicio, reducción de peso en poco tiempo, uso de laxantes y medicamentos para controlar el peso y auto inducción del vomito (Gayou y Ribeiro, 2014).

1.3.2.4. Etiología de TCA.

Se sabe que los TCA tienen un origen multicausal, donde intervienen factores psicológicos, biológicos y socioculturales (Portela, Ribeiro, Giral y Raich, 2012).

Respecto a los factores psicológicos, se tiene conocimiento que la internalización de un ideal corporal, la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima pueden conducir a desarrollar conductas alimentarias de riesgo y de TCA.

A nivel biológico y psicosocial, la adolescencia es una etapa donde se presentan cambios importantes, por lo que puede ser considerada una etapa de riesgo para el desarrollo de alteraciones relacionadas con la imagen corporal. Por ejemplo, en una revisión de la literatura se estimó que “durante la adolescencia, las variaciones genéticas son responsables del 50% al 85% de los factores de riesgo de síntomas de TCA” (Portela et al., 2012, p. 324). Asimismo, los cambios hormonales pueden incidir sobre el estado del ánimo y el apetito, lo que puede representar un riesgo para el desarrollo de TCA. Aunado a ello, se sabe que existe un incremento importante de los TCA en familiares que tienen pacientes que atraviesan anorexia, llegándose a comprobar que en gemelos monocigotos existe una proporción por encima al respecto de los gemelos dicigotos (Lambruschini y Leis, 2002). Además, se sabe que el sistema dopaminérgico mantiene relación característica en individuos que padecen anorexia, manifestándose una “reducción

de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo en individuos con dicha enfermedad” (Kaye, Frank y McConaha como se citó en Méndez, Vázquez y García, 2008, p. 582).

Finalmente, en cuanto a los factores socioculturales, se sabe que la imagen corporal se ve influenciada por diversos medios de comunicación que se centralizan y promueven un ideal de belleza que en ocasiones es inaccesible, lo que puede generar una insatisfacción con la imagen corporal. Asimismo, el individuo puede sentirse presionado para alcanzar un ideal corporal promovido por los medios de comunicación, el cual puede ser de delgadez, o bien, de musculatura y sin grasa (Portela et al., 2012).

1.3.2.5. Consecuencias.

Los TCA tienen consecuencias graves a nivel médico, se sabe que pueden desencadenar en: deshidratación, anomalías electrolíticas, alteración en la función cardíaca, problemas gastrointestinales, anomalías endocrinas, osteopenia y dificultades en la fertilidad; además de que trastornos como la AN y la BN comparten manifestaciones físicas similares como: sequedad en piel, uñas agrietadas y problemas de arritmia (DeBate, Tedesco y Kerschbaum, 2004). Las afectaciones gastrointestinales son consecuencias típicas de las conductas purgativas, entre los síntomas que se presentan con mayor frecuencia son: flatulencias, problemas de estreñimiento e hinchazón. Además, las conductas purgativas pueden conducir a graves afectaciones clínicas (p. ej. cáncer de esófago) (Romero, Sayago y Moreno, 2015).

En cuanto a las consecuencias psicológicas destacan la depresión, la irritabilidad, el aislamiento social, los problemas de ansiedad, los pensamientos obsesivos, la preocupación significativa por la comida, la disminución o pérdida de la libido sexual; en individuos con AN se pueden presentar intentos de suicidio, mientras que en aquellos con BN pueden mostrar: impulsividad, autolesiones, abuso de sustancias, robo y conductas promiscuas sexuales (Aguinaga, Fernández y Varo, 2009).

Como puede observarse, los TCA conllevan grandes complicaciones que ponen en riesgo la salud del individuo, lo que amerita, la puesta en marcha de medidas concretas que promuevan una imagen corporal saludable y prevengan el desarrollo de DM y TCA.

Capítulo II

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

2.1. Promoción de la salud

La salud “es un estado de completo bienestar mental, físico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Asamblea mundial de la salud, 2006, p.1).

En la Carta de Ottawa (OMS, 2004), la OMS argumenta que la promoción de la salud consiste en proporcionar, tanto al individuo como a la comunidad, los medios apropiados para mejorar su estado de salud y conseguir un control sobre ésta. De este modo, las personas deben ser capaces de alcanzar un estado de bienestar en físico, mental y social. Además, el individuo debe ser capaz de satisfacer sus necesidades y adaptarse al medio ambiente. La promoción de la salud implica:

Elaboración de una política sana. Busca que la salud sea una parte importante en la elaboración de esquemas políticos, donde se incluyan los distintos niveles sociales, promoviendo la toma de conciencia sobre las diversas consecuencias que pueden presentarse en la salud. Establecer por medio de la coordinación de acciones la promoción de una política sanitaria más equitativa y rentable, asegurando bienes y servicios sanitarios seguros, asimismo un medio ambiente más satisfactorio y limpio.

Creación de ambientes favorables. Implica la práctica de evaluaciones sistemáticas sobre los cambios que se producen en el medio ambiente y sus consecuencias sobre la salud, garantizar que las modificaciones de la salud pública

se realicen de forma positiva, resguardando la subsistencia de los recursos y ambientes naturales, así como artificiales.

Reforzamiento de la acción comunitaria. Radica en que exista una participación activa por parte de la comunidad priorizando acciones y decisiones en para el alcance de un mejor nivel de salud; desarrollo de medios fortalezcan la participación, teniendo un control sobre los asuntos sanitarios que existan.

Desarrollo de las aptitudes personales. La promoción de la salud debe Favorecer el crecimiento personal y social, facilitando a la población de información y educación para mejorar las disposiciones sanitarias e indispensables en su vida.

Reorientación de los servicios sanitarios. Busca que se establezca una responsabilidad compartida entre el individuo, comunidad, profesionales de la salud, instituciones y gobierno; suministrar los servicios médicos y clínicos de forma responsable, cubriendo las necesidades culturales del individuo, además de promover la necesidad de una vida sana que favorezca la relación entre los distintos sectores sociales; centrarse en el desarrollo de investigación sanitaria, las modificaciones en educación y formación de profesionales, promoviendo el desarrollo de actitudes favorables en la organización de los servicios sanitarios que se proporcionan (OMS, 2004).

2.2. Prevención de la enfermedad.

La prevención de trastornos mentales, busca la disminución de la aparición y prevalencia de los síntomas las condiciones de riesgo que producen el desarrollo de una enfermedad mental, previniendo las incidencias y aplazando la aparición de estas enfermedades para disminuir las consecuencias que se producen en el individuo y en su entorno social (Mrazek y Haggerty como se citó en OMS 2004).

La prevención de la enfermedad establece acciones para disminuir los factores de riesgo en que se encuentran expuestas las personas y poblaciones (OMS, 1998). Los factores de riesgo son variables que se atañen al progreso de una enfermedad, por lo se relacionan con distintas conductas que llevan a cabo los individuos y que se consideran riesgosas para su salud (Redondo, 2004).

La prevención de la enfermedad se clasifica en tres tipos: primaria, secundaria y terciaria (Mrazek y Haggerty como se citó en OMS, 2004). En primer lugar, la *prevención primaria* que está conformada por la prevención universal, selectiva e indicada:

- *Prevención universal:* está relacionada con las intervenciones administradas a población general que no forma parte o se clasifican como de mayor riesgo;
- *Prevención selectiva:* está centrada en subgrupos de individuos con un riesgo mayor al del promedio, en desarrollar un trastorno mental a causa de los factores de riesgo del tipo social o psicológico;
- *Prevención indicada:* se enfoca en individuos con un elevado riesgo de padecer un trastorno mental debido a los signos y síntomas que presentan, además, de los indicadores biológicos que a pesar de ser menores dan indicios del desarrollo de un trastorno mental.

En segundo lugar, la *prevención secundaria* que intenta reducir la prevalencia y el número de casos con este trastorno, en la población, detectando y estableciendo un tratamiento anticipado de individuos en riesgo.

Finalmente, la *prevención terciaria*: que se enfoca en la inclusión de diversas intervenciones que reduzcan la discapacidad, mejorando así la recuperación y, previniendo recaídas y recurrencias de enfermedades.

2.3. Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Tanto la promoción de la salud como la prevención de enfermedad son estrategias orientadas a preservar la salud de las personas, sin embargo, se puede identificar algunas diferencias en cuando los objetivos, a quiénes se dirigen las acciones, el modelo teórico en el que se fundamentan, el tipo y propósito de sus intervenciones, así como las estrategias que implementan (ver Tabla 1).

Tabla 1. *Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.*

Promoción de la salud	Prevención de la enfermedad
Objetivos	
Actuar en determinante de la salud y crear opciones saludables para que la población acceda a ellas.	Tres niveles de prevención: en la reducción de factores de riesgo y enfermedades.
A quienes se dirigen las acciones	Primaria: personas y grupos de riesgo.
Población en general (grupos de personas, comunidades y procesos) que influyen sobre la calidad de vida y la salud e la población.	Secundaria: enfermos subclínicos.
Modelos en los que se fundamentan	Primaria: clásicos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo.
Socio-políticos, ecológico y socio-culturales.	Secundaria: de tamizaje o detección temprana en poblaciones a riesgo y de prácticas clínicas preventivas.
Tipos y propósito de las intervenciones	Primaria: diseño de programas amplios e integrales.
Diseño de programas políticos y comunitarios.	Secundaria: prueba de tamizaje y la prevención de complicaciones y muerte.
	Terciaria: procedimientos y manejos clínicos, y la prevención de complicaciones y muerte.

Estrategias

Formulación de políticas saludables

Primaria: información, educación y comunicación para la salud, mercados sociales, participación comunitaria, empoderamiento y formulación de políticas saludables.

Secundaria: aplicar pruebas discriminantes en programas de detección para diferenciar entre los que probablemente tienen una enfermedad con los que no la tienen y el diagnóstico oportuno de la enfermedad

Terciaria: manejo clínico y eficaz con el tratamiento de la enfermedad, la readaptación y la rehabilitación.

Nota: Elaborado por Cervantes (2015, p. 28) con base en lo propuesto por Restrepo (2001).

Como puede observarse, la promoción de la salud se enfoca en la promoción de los factores protectores que favorecen el estado de salud. La promoción de la salud implementa distintas estrategias orientadas a la salud. Por el contrario, la prevención de la enfermedad busca implementar acciones orientadas a la reducción de factores de riesgo.

2.4. Enfoques de prevención.

2.4.1. Teoría de la disonancia cognitiva.

Existen diferentes fundamentos teóricos como base de las intervenciones, donde una de ellas es la teoría de la disonancia cognitiva (TDC), la cual fue desarrollada por Festinger (1957). La TDC se refiere al estado de desagrado que se desarrolla cuando las actitudes y las conductas son incongruentes con las cogniciones que tiene el individuo, la disonancia cognoscitiva se produce cuando dos cogniciones o más se encuentran en desacuerdo entre sí, en relación a una creencia que funciona como referencia en la conducta; el valor de la disonancia depende del valor de importancia de la creencia y la conducta, asimismo influye la dimensión de discrepancias entre la creencia y la acción del individuo; de acuerdo al autor existen tres formas para la racionalización y resolución de la disonancia:

- a) añadir elementos cognitivos consonantes y reduciendo disonantes, ir reduciendo aquellas cogniciones inconsistentes.
- b) restarle valor a las cogniciones disonantes, modificando la forma de percibir el contexto de la acción que se realizó contrastándolas e ir disipando las incongruencias en sus creencias.

c) modificar el valor de los disonantes a través del cambio en las creencias del individuo.

En las diversas culturas es cotidiano que existan incongruencias entre las creencias de los individuos a pesar de ello no producen angustia o preocupación por lo cual no son motivadores de cambio, las contradicciones en conductas que producen consecuencias significativas entre creencias y actitudes privadas si producen este cambio (Páez, 2004).

2.4.2. Teoría cognitivo conductual.

Como base el modelo teórico de la terapia cognitiva, se fundamenta en el supuesto de que el individuo padece, no por la situación que atraviesa si no, por la interpretación que tiene sobre esta (Beck y Freeman, 1990, como se citó en Toro, 2013). Se basa en la premisa acerca de las perturbaciones del individuo las cuales proceden de una distorsión en el pensamiento (cogniciones) influyentes en el estado de ánimo ocasionando una conducta determinada (Beck, 2000). Además se entiende por cognición a aquellos procesos mentales y dinámicos conformados por diversos marcos de referencia, percepciones, pensamientos, memoria e imaginación; la cognición es el resultado de la información almacenada a través de la experiencia, la cual se interpreta y utiliza, por medio de representaciones internas no siempre expresadas, el contenido de las estructuras cognitivas resulta de la información que se representa en determinadas situaciones, por medio de un lenguaje interno en el individuo (Rodríguez, 2007; Batle, 2007).

Asimismo es importante señalar que el enfoque cognitivo conductual, considera que el individuo es un participante activo en medio del entorno, que realiza juicios y

evaluaciones de los estímulos, interpretando los acontecimientos y sensaciones para producir sus propias respuestas (Batle, 2007).

2.4.3. Teoría del aprendizaje social

Se encuentra basada fundamentalmente en la teoría del aprendizaje cognoscitivo social, que establece que la construcción del conocimiento resulta de la interacción constante del individuo en el entorno donde, adquiere reglas, estrategias, actitudes, habilidades y creencias a través de la observación de los otros, aprendiendo la utilidad de las conductas y el preceder de las consecuencias, comportándose acorde a lo que se espera resultara de su conducta (Bandura, 1986).

Asimismo se ha encontrado que otra característica de la teoría es, el funcionamiento de la autorregulación como la forma en que el individuo intenta controlar su conducta a través de la regulación de sus emociones, pensamientos y actos; motivado y regulado igualmente por pautas internas que le permiten valorar la conducta (Bandura, 1986 como se citó en Schunk, 2012)

2.4.4. Teoría del comportamiento planificado

La teoría del comportamiento planificado establece que la conducta del individuo es voluntaria y está determinada por la intención en la conducta misma, dependiendo de tres factores implícitos, que se configuran de las creencias en la experiencia del sujeto (Ajzen, como se citó en Martin, Martínez y Rojas, 2011):

- La actitud social: se refiere a la interacción entre las expectativas y la valoración de la conducta del individuo

- la norma subjetiva: forma de percibir e interpretar la conducta social en base a los juicios de los grupos sociales relevantes y personas específicas para el individuo que prescriben su comportamiento.
- control conductual percibido: creencias del individuo acerca de las capacidades para comportarse determinadamente.

Estos tres factores están relacionados, por lo tanto la influencia entre ellos determinan la intención y por ende la conducta misma del individuo, varían de acuerdo al tipo de conducta y la situación del contexto en que se encuentra el individuo (Regalado, Guerrero y Montalvo, 2017).

2.5. Promoción de la imagen corporal saludable en varones

Cervantes (2015) realizó una revisión de la literatura sobre investigaciones empíricas que evaluaron intervenciones orientadas a la prevención de insatisfacción con la imagen corporal, interiorización de ideales estéticos corporales irreales y la adopción de estrategias anómalas de cambio corporal entre hombres, durante el período de 1993 y 2010. En el análisis se resultados, Cervantes identificó 19 estudios que incorporaron a los hombres en sus muestras, sin embargo, sólo tres intervenciones fueron diseñadas para hombres (McCabe, Ricciardelli y Karantzas, 2010; Nilsson et al., 2004; Stanford y McCabe, 2005). Posteriormente, Alfaro, Cervantes, Escoto y Larios, (2018) actualizaron la revisión de literatura del período de 2010 a 2017, identificando otras dos intervenciones dirigidas a muestras masculinas (Brown y Keel, 2015; Mellor, 2017). A continuación, se presenta una breve descripción de cada estudio:

2.5.1 Estudio de Suecia, Nilsson y colaboradores.

El primer estudio se realizó en Suecia (Nilsson et al., 2004) y consistió en el desarrollo y la evaluación de un programa diseñado, no para informar sobre los anabólicos, sino para discutir sobre las actitudes hacia la apariencia masculina (incluyendo las actitudes del sexo opuesto), y las conductas, con el fin de disminuir el deseo de incrementar la musculatura para impresionar a las mujeres. Participaron hombres y mujeres de entre 16 y 17 ($n = 921$; 49% eran varones) quienes respondieron un cuestionario de diez preguntas de opción múltiple que evaluaban la percepción sobre la intervención. Asimismo, los participantes respondieron un Cuestionario sobre el mal uso de los anabólicos (pretest) y el Cuestionario de 33 ítems construido por el Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN; pretest y postest). La intervención se orientó a la autoestima y al ideal corporal masculino, y tuvo una duración de dos años. Para facilitar la intervención, se seleccionaron 150 trabajadores de la salud con habilidades para trabajar con adolescentes. La intervención consistió en discusiones grupales donde los participantes hablaban de sus conductas y actitudes hacia la apariencia. Además, se realizaron actividades para fortalecer la autoestima. El análisis de resultados indicó una disminución en el uso de inyecciones en los participantes de 16 años de edad.

2.5.2 Estudio de Australia, Stanford y McCabe.

Posteriormente, en Melbourne, Australia (Stanford y McCabe, 2005) se desarrolló, implementó y evaluó un programa de prevención dirigido a jóvenes adolescentes varones. Este programa tuvo como objetivos la prevención de estrategias de modificación corporal y disminuir el impacto negativo de la imagen corporal y las estrategias de modificación corporal, sobre el afecto negativo y la autoestima. El

programa evaluado consistió en dos sesiones, la primera orientada a cuerpos diferentes y la segunda al cuerpo ideal. La muestra estuvo conformada por 121 adolescentes con un rango de edad de 12 a 13 años, quienes fueron divididos en dos grupos: intervención ($n = 52$, $M_{\text{edad}} = 12.52$, $DE = .51$) y control ($n = 69$, $M_{\text{edad}} = 12.16$, $DE = .44$). Los participantes fueron evaluados con cinco instrumentos que evaluaban: 1. Satisfacción corporal y cambio corporal; 2. Ejercicio excesivo; 3. Síntomas de trastornos alimentarios; 4. Depresión y ansiedad; y, 5. Autoestima. Los instrumentos fueron respondidos antes y después de la intervención (un posttest, un seguimiento a un mes y otro a los tres meses). El análisis de resultados indicó un efecto sobre la satisfacción con la musculatura, la autoestima y el afecto negativo.

2.5.3 Estudio de Australia, McCabe, Ricciardelli y Karantzas.

En el tercer estudio, McCabe, Ricciardelli y Karantzas (2010) evaluaron un programa diseñado para prevenir el desarrollo de la preocupación por la imagen corporal en varones adolescentes. Participaron 421 hombres de entre 11 y 15 años, quienes fueron divididos en dos grupos: intervención ($n = 203$, $M_{\text{edad}} = 12.96$, $DE = .78$, $IMC = 22.2$) y control ($n = 218$, $M_{\text{edad}} = 13.18$, $DE = .95$, $IMC = 21.9$). Los participantes fueron medidos en cuanto: datos sociodemográficos, imagen corporal y estrategias de modificación corporal, obsesión por la delgadez, afecto negativo, autoestima, influencia de los medios y popularidad con los pares. La intervención consistió en lo siguiente:

- *Sesión 1*: diferencias individuales entre personas, identificación de atributos físicos y psicológicos únicos y positivos, la importancia de características internas como la personalidad.

- *Sesión 2:* habilidades de comunicación, importancia del lenguaje corporal, la audición y la forma de expresión, se examinó el dar y aceptar comentarios positivos y negativos.
- *Sesión 3:* habilidades sociales, desarrollo de la capacidad de ver las cosas desde la perspectiva de alguien más, la solidaridad y la comunicación asertiva en lugar de la agresión.
- *Sesión 4:* habilidades de afrontamiento en relación con el estrés y los sentimientos negativos, resolución de problemas por miedo de la acción y el apoyo social para afrontar dificultades.
- *Sesión 5:* recapitulación de las cuatro sesiones anteriores y consolidación del entrenamiento de habilidades a través de la revisión de las sesiones.

El análisis de resultados indicó que no hubo diferencias entre los grupos, en ninguna variable, por lo que las autoras concluyen que el programa no fue efectivo. Probablemente, el resultado se debe a que los participantes estaban relativamente sanos.

2.5.4 Estudio de Estado Unidos, Brown y Keel.

Asimismo, Brown y Keel (2015) evaluaron una intervención de dos sesiones, basada en la Teoría de Disonancia Cognitiva (*The PRIDE Body Project*) para reducir factores de riesgo de TCA en varones homosexuales, en un ambiente universitario. Participaron 87 varones gais de entre 18 y 30 años, asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: 1) grupo experimental ($n = 47$) o, 2) grupo en lista de espera ($n = 40$), quienes recibieron la intervención después de completar las medidas de seguimiento. Todos los

participantes fueron evaluados antes, inmediatamente después y cuatro semanas después de la intervención. El análisis de resultados indicó que, del pre-test al post-test, la intervención basada en disonancia cognitiva disminuyó significativamente la insatisfacción corporal, la motivación por la musculatura, la objetificación, la interiorización del ideal corporal, la dieta restrictiva y los síntomas bulímicos. Estos cambios se mantuvieron en la evaluación de seguimiento, excepto en interiorización del ideal corporal. Asimismo, la interiorización del ideal corporal fue un mediador de los efectos del tratamiento en los síntomas bulímicos. De esta manera, los autores concluyen que el *PRIDE Body Project*, es un programa eficaz que proporciona apoyo teórico para los modelos de patología alimentaria en hombres gais.

2.5.5 Estudio de Australia, Mellor y colaboradores (2017).

En otro estudio más reciente (Mellor et al., 2017) se evaluó la efectividad de un programa orientado a incrementar la conciencia de conductas saludables (dieta y ejercicio) y mejorar los mensajes sobre la imagen corporal positiva, autoeficacia y habilidades de afrontamiento. Participaron 76 hombres con un rango de edad de 40 a 65 años, quienes fueron distribuidos en dos grupos: 1) grupo experimental ($n = 43$, $M_{edad} = 51.40$; $DE = 7.52$) y 2) grupo en lista de espera ($n = 33$, $M_{edad} = 54.93$; $DE = 4.81$). Los participantes del grupo experimental recibieron una intervención de cuatro sesiones semanales, de 90 minutos cada una. Las temáticas abordadas incluyeron los cambios en el funcionamiento físico durante la edad media, afectaciones en la salud, pautas dietéticas y de ejercicio, estrés y manejo del estrés, mensajes positivos sobre la imagen corporal, autoeficacia y estrategias de afrontamiento:

Sesión 1: se discutieron los cambios más comunes que suceden en la edad media, sus repercusiones en la salud, así como las cambiantes necesidades de salud durante esa edad y el desarrollo de nuevos hábitos de salud para el envejecimiento saludable.

Sesión 2: elección de un estilo de vida e implicaciones en la modificación de la salud mental y física, imagen corporal de sí mismos, capacidades físicas individuales y salud.

Sesión 3: examinación de las causas comunes que producen estrés repercusiones en la salud física y mental.

Sesión 4: resumen de las sesiones anteriores y creación de objetivos, desarrollo de planes para llevar a cabo la información proporcionada en el programa en sus vidas.

En dicho estudio (Mellor et al., 2017) todos los participantes fueron evaluados antes, inmediatamente después y tres meses después de la intervención. El análisis de resultados indicó que el programa fue efectivo para mejorar las estrategias de afrontamiento y el porcentaje de grasa corporal en el seguimiento. Asimismo, los participantes mejoraron su estilo de vida. Finalmente, no se observaron cambios en la autoeficacia ni en la imagen corporal.

Adicional a las intervenciones descritas anteriormente, en México, se tiene conocimiento de un trabajo realizado exclusivamente con muestras masculinas (Anguiano y Carrillo, 2001), el cual consistió en una investigación cuasi experimental en donde se desarrolló y evaluó la eficacia de un programa de prevención orientado a reducir la insatisfacción corporal, la interiorización del ideal de belleza masculino y mejorar el auto concepto físico, los hábitos alimentarios y la autoestima de varones con alta insatisfacción corporal (Anguiano y Carrillo, 2014). En este estudio participaron ocho estudiantes universitarios ($M_{edad} = 19.6$; $DE = 1.68$) quienes asistieron a un programa de prevención y fueron evaluados antes y después de la intervención. El análisis de

resultados indicó que dos participantes tuvieron un cambio clínico en las variables de hábitos alimentarios e influencias socioculturales.

2.5.6 Estudio de Gran Bretaña, Jankowski y colaboradores.

En el ámbito internacional, se tiene conocimiento de otro estudio que evaluó el programa *Body Project M* en una muestra de hombres universitarios (Jankowski et al., 2017). El *Body Project M* es una adaptación de *The Body Project*, la cual consiste en una intervención basada en la Teoría de Disonancia Cognitiva, misma que tiene amplia evidencia empírica en la mejora de la imagen corporal y en la reducción de síntomas de trastornos alimentarios en mujeres. *Body Project M* es una intervención de dos sesiones, con una duración de 90 minutos cada una (ver Tabla 2).

Tabla 2. *Contenido de Body Project M.*

Sesión	Contenido
1	<ul style="list-style-type: none">• Introducción al programa y ejercicio rompehielos• Definir la apariencia ideal y explorar sus orígenes y costos• Identificar las presiones hacia la apariencia física y quiénes se benefician de la promoción de los ideales corporales• Configuración de ejercicios de tarea (ejercicio de espejo y escribir una carta al yo más joven o pariente masculino que critica la apariencia ideal y un ejercicio de comportamiento de la imagen corporal)
2	<ul style="list-style-type: none">• Revisión de ejercicios de tarea• Cómo resistir a las presiones sobre la apariencia física en el futuro (juego de roles)• Discusión corporal desafiante (por ejemplo, “necesito brazos grandes”).

En el dicho estudio (Jankowski et al., 2017) participó una muestra de 127 hombres universitarios, con un rango de edad de 18 a 45 años ($M = 20.75$, $DE = 4.59$), quienes fueron asignados a un grupo de intervención ($n = 59$) o a un grupo control ($n = 51$). Los participantes fueron evaluados en tres ocasiones diferentes (pretest, post test y seguimiento) en cuanto la satisfacción con la grasa corporal, insatisfacción muscular, apreciación corporal, motivación por la musculatura, patología bulímica, comparación sobre la apariencia y la interiorización de ideales culturales.

El análisis de resultados indicó que, en el postest, los hombres mejoraron la insatisfacción con la grasa corporal, la insatisfacción con la musculatura, el aprecio corporal, las conductas para mejorar la musculatura, la comparación corporal y la interiorización del ideal corporal.

En el seguimiento, se mantuvieron todos los cambios excepto para la insatisfacción con la musculatura y la interiorización de ideales corporales. No se identificaron cambios en cuanto los síntomas de BN.

En la Tabla 3 se presenta una síntesis sobre el diseño metodológico de los estudios que han evaluado intervenciones sobre imagen corporal en muestras masculinas, descritos anteriormente, mientras que en la tabla 4 se presenta una síntesis de los programas, instrumentos utilizados en las investigaciones así como los resultados obtenidos en cada una.

Tabla 3. *Diseño metodológico de los estudios que han evaluado intervenciones sobre imagen corporal en muestras masculinas.*

Primer autor (año)	n	Edad	Diseño						S	
McCabe et al., (2010)	421	11-15 <i>M</i> = 13.1 <i>DE</i> = 0.9	<i>R</i>	<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	3, 6, 12 meses
			<i>R</i>	<i>O</i>	-	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>	
			<i>R</i>	<i>O</i>	-	<i>O</i>	<i>O</i>			
Brown (2015)	87	18-30	<i>R</i>	<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>	<i>O</i>			1 mes
			<i>R</i>	<i>O</i>	-	<i>O</i>	<i>O</i>			
Mellor et al., (2017)	76	<i>M</i> =54.93 <i>DE</i> =4.81	<i>R</i>	<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>	<i>O</i>			3 meses
			<i>R</i>	<i>O</i>	-	<i>O</i>	<i>O</i>			
Nilsson et al. (2004)	921	16-17		<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>				S/S
Stanford y McCabe (2005)	121	12-13	<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>			2,6 meses
			<i>O</i>	-	<i>O</i>	<i>O</i>	<i>O</i>			
Anguiano y Carrillo (2014)	8	<i>M</i> = 19.6 <i>DE</i> =1.68	<i>R</i>	<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>				
Jankowski (2017)	127	18-45	<i>O</i>	<i>X</i> ₁	<i>O</i>	<i>O</i>				3 meses

Tabla 4. *Sumario de los programas de intervención dirigidos a varones.*

Autor	Intervención	Duración	No. sesiones	Instrumentos	Hallazgos
Nilsson et al., (2004)	Disminuir el deseo de incrementar musculatura, favoreciendo el autoestima y el ideal corporal	2 años	El número de sesiones no está especificado.	-Grupos de discusión -Conferencias por expertos -Cuestionario sobre el mal uso de anabólicos -Cuestionario sobre el mal uso de anabólicos -Cuestionario de opción múltiple para evaluar la percepción sobre la intervención	Disminución en la percepción del uso de esteroides del 5.3% al 1.2% además del uso de androgénicos del 11% al 6% el 77% desaprobó el uso de esteroides anabólicos.
Stanford y McCabe (2005)	Prevención de estrategias de modificación corporal, reducción de la preocupación sobre la imagen corporal y las estrategias de cambio corporal.		2 sesiones	-Inventario de Satisfacción Corporal (BS) -Inventario de Cambio Corporal (BCQ) -Escala de Ejercicio Excesivo (EES) -Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI) -Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS) -Cuestionario de auto descripción de Marsh II -Información demográfica	No se encontraron diferencias significativas en la satisfacción corporal. Solo se reportaron diferencias las variables de satisfacción con respecto a la apariencia muscular, autoestima y afecto.

McCabe et al., (2010)	Prevención de la preocupación por la imagen corporal, incremento de la autoestima y favorecer la relación entre compañeros.	5 semanas	5 sesiones de 1 hr. cada una	<ul style="list-style-type: none"> -Escala de Insatisfacción de la Imagen Corporal, estrategias para aumentar musculo y escala de suplementos alimenticios del BS y BCQ -Escala de búsqueda de la delgadez del inventario de trastornos alimentarios (EDI) -Se utilizó la versión corta del DASS para evaluar afecto negativo. -La autoestima se evaluó con el cuestionario de autodescripción de Marsh II -Escala de influencias de los medios del BCQ. -Popularidad entre pares, se evaluó con la escala de relación entre pares del cuestionario de auto descripción de Marsh II 	No se encontraron diferencias significativas entre las variables, únicamente se observaron cambio en la disminución del afecto negativo.
Brown (2015)	Reducir los factores de riesgo de TCA en varones homosexuales	2 horas.	2 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> -Orientación sexual, se evaluó con la adaptación de ítems del Cuestionario de Sell. -auto informes de aceptabilidad del tratamiento -Insatisfacción Corporal con el BSQ 	Disminución de la insatisfacción corporal, búsqueda de la musculatura, interiorización del ideal corporal, dieta y síntomas de bulimia.

					<p>-Escala de Búsqueda de la Musculatura</p> <p>-Dieta alimenticia con el Cuestionario de Examinación de los Trastornos Alimentarios (EDE-Q).</p> <p>-Objetificación propia y de la pareja se evaluó mediante el cuestionario de auto objetificación (SQQ).</p>	
Mellor et al., (2017)	Aumentar la conciencia de conductas saludables (dieta y ejercicio) y mejorar la autopercepción positiva sobre la imagen corporal, autoeficacia y habilidades de afrontamiento.	Cuatro semanas.	4 sesiones de 90 minutos cada una.	<p>-Analizador de composición corporal (IMC y porcentaje de grasa corporal).</p> <p>-Escala de Satisfacción Corporal (BSS)</p> <p>-Escala de Apreciación Corporal (BAS)</p> <p>-Breve Escala de Afrontamiento (BCS)</p> <p>-Escala de Expectativas de Eficacia (EES)</p> <p>-Escala de Estilo de vida Saludable (HLS)</p>	Mejoras en estrategias de afrontamiento y reducción del IMC así como en estilo de vida.	
Jankow ski (2017)	Intervención para favorecer la imagen corporal basada en <i>Body Project M.</i>	3 meses	2 sesiones de 90 minutos cada una.	<p>-Escala de Búsqueda de Musculatura (DMS)</p> <p>-Escala de Apreciación Corporal (BAS).</p>	Se obtuvieron resultados favorables en la insatisfacción con la grasa y la musculatura, apreciación corporal y favorecimiento de la conducta hacia la	

-Cuestionario de Examinación musculatura, además de la de los Trastornos Alimentarios comparación en la (EDEQ) apariencia.

-Escala de Comparación de la Apariencia Física (PACS)

-Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (SATAQ-3M)

2.6. Instrumentos de medición empleados en muestras masculinas

2.6.1. Insatisfacción corporal.

2.6.1.1 Cuestionario de Imagen Corporal y Cambio Corporal

La subescala de *Insatisfacción con la Imagen Corporal* del *Cuestionario de Imagen Corporal y Cambio Corporal* (Body Image and Body Change Questionnaire; McCabe y Ricciardelli, 2004). Es una subescala con 10 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (donde 1 = completamente satisfecho/siempre y 5 = completamente insatisfecho/nunca). La escala tiene adecuada consistencia interna y estabilidad de la medida. No se tienen datos sobre la validación de este instrumento en México.

2.6.1.2 Cuestionario Sobre la Forma del Cuerpo

El *Cuestionario sobre la Forma del Cuerpo* (BSQ, por sus siglas en inglés; Cooper, Taylor y Fairburn, 1987). Es un cuestionario con 34 ítems tipo Likert, con seis opciones de respuesta (donde, 1 = nunca y 6 = siempre), que evalúa el grado de insatisfacción corporal con la apariencia. La escala tiene alta consistencia interna ($\alpha = .96$) y estabilidad de la medida ($r = .75$). En México, el instrumento fue validado por Vázquez-Arévalo et al., (2011) quienes identificaron que el BSQ tiene adecuadas propiedades psicométricas y una estructura de dos factores, que agrupan 20 reactivos: malestar corporal normativos ($\alpha = .95$) y malestar corporal normativo ($\alpha = .94$). Este instrumento tiene un punto de corte de 110. Es importante mencionar que, en nuestro contexto, las preguntas del BSQ fueron adaptadas para medir aspectos de musculatura en hombres (BSQ-V; Mendoza, y Morales, 2010). La versión masculina del BSQ tiene buena consistencia interna tanto para la muestra general ($\alpha = .95$) como para adolescentes

($\alpha = .94$) y adultos ($\alpha = .96$). El BSQ-V tiene una estructura de tres factores: 1: insatisfacción corporal ($\alpha = .88$), 2: pro-adelgazamiento ($\alpha = .89$) y el factor 3: pro-musculatura ($\alpha = .84$).

2.6.2. Insatisfacción con la grasa corporal.

2.6.2.1 Escala de Actitudes Corporales Masculinas

La *Escala de Actitudes Corporales Masculinas* (MBAS-R, por sus siglas en inglés; versión revisada (Ryan, Morrison, Roddy, y McCutcheon, 2011; Tylka, Bergeron, y Schwartz, 2005), comprende 24 reactivos, tipo Likert, con 6 opciones de respuesta que mide las actitudes hacia la grasa corporal y la musculatura de hombres. Fue validada para población Mexicana por Castillo, Solano y Sepúlveda (2016), quienes encontraron alta consistencia interna ($\alpha = .86$) y una estructura de 3 factores: musculación, baja grasa corporal y altura. En los estudios que han evaluado intervenciones con varones (Jankowski et al., 2017) se han utilizado los cinco ítems la segunda subescala (Body Fat Dissatisfaction), puntuaciones altas indican mayor insatisfacción con la grasa corporal, la subescala cuenta con buena consistencia interna ($\alpha = .89$).

2.6.3. Interiorización del ideal corporal.

2.6.3.1 Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia para Varones

El *Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia para Varones*; (SATAQ-3, por sus siglas en inglés; Thompson, van den Berg, Roehrig, Guarda y Heinberg, 2004). Es un cuestionario diseñado en forma de auto informe para evaluar las influencias

socioculturales sobre la imagen corporal, cuenta con 30 ítems en escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (donde, 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo) distribuidos en cuatro subescalas, 1. Información (9 ítems), 2. Presiones (7 ítems) 3. Internalización-general (9 ítems) e 5. Internalización atlética (5 ítems), la escala cuenta con adecuada consistencia interna en cada una de las subescalas, información ($\alpha = .96$), presiones ($\alpha = .92$), internalización general ($\alpha = .96$) e internalización atlética ($\alpha = .95$), en general la escala cuenta con buena consistencia interna ($\alpha = .96$),

2.6.4. Satisfacción corporal y modificación corporal.

2.6.4.1 Inventario de Satisfacción Corporal y Cambio Corporal

El Inventario de Satisfacción Corporal y Cambio Corporal (BSBCI, por sus siglas en inglés; Ricciardelli y McCabe, 2002). Es un cuestionario conformado por cinco subescalas, cada una de ellas ha demostrado altos niveles de confiabilidad ($\alpha > .92$) y estabilidad en la medida de ($r > .75$). La primera escala evalúa la satisfacción con la imagen corporal con diferentes aspectos corporal, ésta está conformada por 10 ítems tipo Likert (donde, 1 = extremadamente insatisfecho y 5 = extremadamente satisfecho). La segunda subescala mide la importancia de la imagen corporal (peso, forma corporal y musculatura en la parte alta, media y baja del cuerpo), incluye las mismas partes corporales consideradas en la primera escala, esta subescala contiene nueve ítems tipo Likert (donde, 1 = no es importante en absoluto y 5 = extremadamente importante). La tercera y cuarta subescalas exploran las estrategias de cambio corporal para perder peso e incrementar tono muscular, respectivamente. Cada subescala se compone de seis ítems tipo Likert (donde, 1 = nunca y 5 = siempre). La quinta subescala evalúa las

actitudes hacia el uso de suplementos alimenticios, y se compone de 10 ítems tipo Likert (donde, 1 = nunca y 5 = siempre).

2.6.4.2 Escala de Satisfacción Corporal

La Escala de Satisfacción Corporal (BSS; por sus siglas en inglés; Reboussin et al. 2000; Slade et al., 1990). Es una escala que evalúa nueve aspectos de la apariencia y función del cuerpo, cada ítem se califica en una escala de 7 puntos (donde, 1 = ligeramente satisfecho y 7 = muy insatisfecho) la escala general cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .80$), la BSS está conformada a su vez por dos subescalas: *Satisfacción con la Función y Satisfacción con la Apariencia*. En la primer subescala los participantes indican, el nivel de satisfacción con (condición física, tono muscular y forma) es está conformada por 6 ítems tipo Likert, cuenta con alta consistencia interna ($\alpha = .95$), la segunda subescala cuenta con 3 ítems tipo Likert, en ella los participantes indican, el nivel de satisfacción con su apariencia física, y cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .96$), ambas subescalas cuentan con siete opciones de respuesta (donde 1 = muy insatisfecho y 7 = muy satisfecho).

2.6.4.3 Cuestionario de Imagen Corporal y Conductas de Cambio Corporal.

La *subescala de Suplementos Alimenticios del Cuestionario de Imagen Corporal y Cambio Corporal* (McCabe y Ricciardelli, 2003). Es una subescala del cuestionario de Imagen Corporal y Cambio Corporal, el cual cuenta con 10 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (donde 1 = completamente satisfecho/siempre y 5 =

completamente insatisfecho/nunca). La subescala tiene adecuada consistencia interna ($\alpha = .92$) y estabilidad de la medida ($r = .75$).

2.6.5. *Apreciación corporal.*

2.6.5.1 *Escala de apreciación Corporal*

Escala de apreciación Corporal (BAS, por sus siglas en inglés; Avalos, Tylka, y Wood-Barcalow, 2005). Es una escala que evalúa la apreciación positiva sobre imagen corporal y apariencia física. Este instrumento evalúa un aspecto específico de la apariencia, que no se refiere a la musculatura o a la grasa corporal. La BAS tiene 13 ítems tipo Likert, con 5 opciones de respuesta (donde, 1 = nunca y 5 = siempre). No se tienen datos sobre la validación de este instrumento en México.

2.6.6. *Comparación de la apariencia física.*

2.6.6.1 *Escala de Comparación de la Apariencia Física*

Escala de Comparación de la Apariencia Física (PACS, por sus siglas en inglés; Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999). Es una escala que evalúa la comparación de la propia apariencia física con la de otros. Dicha escala consta de 40 ítems en escala tipo Likert (donde, 1 = nunca y 5 = siempre), la escala cuenta con una consistencia interna ($\alpha = .97$), altas puntuaciones indican alto nivel de comparación.

2.6.7. Autoobjetificación y objetificación de la pareja.

2.6.7.1 Cuestionario de Autoobjetificación

El *Cuestionario de Autoobjetificación* (SQQ, por sus siglas en inglés; Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn, y Twenge, 1998). Ítems adaptados para evaluar la objetificación de la pareja (Strelan y Hargreaves, 2005). El SOQ es un instrumento que evalúa el grado en que los participantes ven su propio cuerpo como un objeto (objetificación) o no (competencia), es decir, la manera en que se basan en la apariencia *versus* no objetificación, la manera en que se basan en la competencia. está compuesto por 10 ítems tipo Likert con 10 opciones de respuesta (donde, 1 = menos importante y 10 = más importante) cada uno identifica diferentes atributos del cuerpo, cinco se basan en competencia (fuerza, coordinación física, nivel de energía, salud, condición física) y cinco basados en la apariencia (peso, atractivo sexual, atractivo físico, músculos firmes, mediciones), la escala cuenta con una consistencia interna ($\alpha = .87$ a $.91$) y estabilidad en la medida ($r = .56$). Puntuaciones positivas indican mayor nivel en la apariencia y mayor objetificación y puntuaciones negativas indican mayor énfasis basado en la competencia.

2.6.8. Estrategias de Afrontamiento.

2.6.8.1 Escala Breve de Afrontamiento.

La *Escala Breve de Afrontamiento* (BCS, por sus siglas en inglés; Carver, 1997) evalúa el estilo de afrontamiento ante los cambios en la vida y en la salud física, durante las dos últimas semanas. Dicha escala está conformada por 28 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (donde 1 = yo no he estado haciendo todo; 5 = yo he estado

haciendo todo). La escala tiene tres subescalas: Enfoque en la Emoción ($\alpha = .72$), Enfoque al Problema ($\alpha = .84$) y Disfuncionalidad ($\alpha = .75$).

2.6.9. Autoeficacia

2.6.9.1 Escala de Expectativas de Eficacia

La *subescala de Autoeficacia de la Escala de Expectativas de Eficacia* (EES-A, por sus siglas en inglés; Grenbowski et al., 1993). La EES es una escala que permite evaluar la percepción de habilidad y la probabilidad para controlar conductas de salud específicas de peso, alimentación, ejercicio, y consumo de alcohol. La EES contiene preguntas tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = no estoy seguro de todo; 5 = estoy muy seguro). La subescala de Autoeficacia está conformada por cuatro ítems y tiene consistencia interna aceptable ($\alpha = .78$).

2.6.10. Motivación por adelgazar.

La *Subescala de Motivación por Adelgazar* del Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI-DT, por sus siglas en inglés Garner, 1991) comprende siete ítems tipo Likert que evalúan el deseo de ser delgado, con seis opciones de respuesta (1 = nunca; 6 = siempre). La escala cuenta con consistencia interna adecuada ($\alpha = .81$) y estabilidad temporal de la medida ($r = .82$).

2.6.11 Síntomas bulímicos.

2.6.11.1 Cuestionario de Examinación de los Trastornos Alimentarios

El *Cuestionario de Examinación de los Trastornos Alimentarios* (EDE-Q, por sus siglas en inglés; Fairburn y Cooper, 1993) es una medida de autoinforme, que evalúa las actitudes y conductas alimentarias en los últimos 24 días, en cuatro subescalas: Restricción Alimentaria, Preocupación por la Comida, Preocupación por la Forma y Preocupación por el Peso Corporal. El cuestionario comprende 28 ítems en escala tipo Likert, con seis opciones de respuesta (1 = ningún día; 6 = todos los días). La versión original tiene alto nivel de consistencia interna ($\alpha = .92$) y adecuada estabilidad en la medida de una semana ($r = .81$). Puntuaciones altas en el cuestionario indican mayor patología.

2.6.12. Ejercicio excesivo.

2.6.12.1 Escala de Ejercicio Excesivo

La *Escala de Ejercicio Excesivo* (EES, por sus siglas en inglés; McCabe y Vicent, 2002) consta de nueve ítems en escala tipo Likert, y mide las actitudes y los comportamientos relacionados con el ejercicio excesivo. Las primeras seis preguntas comprenden escala tipo Likert de 5 puntos, (1 = siempre; 5 = nunca), la octava pregunta: ¿con que frecuencia hace ejercicio?, comprende una escala distinta (1 = una vez al día o más; 5 = no en absoluto); y en la novena pregunta, las cinco opciones de respuesta corresponden a 1 = una hora o más; 5 = no hago. La escala cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .87$) y estabilidad temporal ($r = .82$).

2.6.13. Autoestima.

2.6.13.1 Cuestionario de Autodescripción de Marsh II

La *subescala General de Autoestima* del *Cuestionario de Autodescripción de Marsh II* (Marsh, 1990) comprende 10 ítems tipo Likert, con seis opciones de respuesta (1 = falso; 6 = verdadero). Puntuaciones altas indican alta autoestima. La subescala cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .84$).

2.6.14. Afecto negativo.

2.6.14.1 Escala de Ansiedad y Depresión

Las *Escala de Ansiedad y Depresión* (DASS, por sus siglas en inglés; Lovibond y Lovibond, 1995) se utiliza para medir los síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés. Es una escala de 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (1 = no aplica a mí; 6 = aplica a mi mucho o la mayor parte del tiempo). Se han encontrado niveles de confiabilidad adecuados para la escala de Depresión ($r = .89$), Ansiedad ($r = .77$) y Estrés ($r = .87$).

2.6.15. Estilo de vida saludable.

2.6.15.1 Escala de Estilo de Vida Saludable

La *subescala de Estilo de Vida Saludable* de la *Escala de Estilo de Vida Saludable* (HLS, por sus siglas en inglés; Gil, Gracia y Sánchez, 2000), consta de cuatro ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (1 = nunca; 5 = siempre) que identifican las conductas saludables; asimismo está conformada por la subescala de dieta la cual está conformada de 8 ítems tipo Likert, con siete opciones de respuesta (1 = muy insatisfecho; 7 = muy

satisfecho), en donde los participantes indican, el nivel de satisfacción con su condición física, la escala en general tiene adecuada consistencia interna ($\alpha = .84 - .89$).

2.6.16.2 Escala de Comportamientos de Estilo de Vida Saludable

La *Escala de Comportamientos de Estilo de Vida Saludable* (HLBS, por sus siglas en inglés; Walker, Sechrist y Pender, 1987), evalúa los comportamientos de estilo de vida saludable, compuesta por 48 ítems en escala tipo Likert (1 = nunca; 4 = regularmente), además de seis subescalas: responsabilidad de la salud, actividad física, dieta, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés. La escala general cuenta con adecuada consistencia interna ($\alpha = .92$), a mayor puntuación mayor incremento en los comportamientos positivos para la salud.

2.6.17. Orientación sexual.

2.6.17.1 Cuestionario de Evaluación de Sell

El *Cuestionario de Evaluación de Sell* (Sell, 1996). Es un cuestionario que evalúa la identidad sexual, comportamiento y atracciones, conformado por cuatro conjuntos para simplificar el análisis de datos (homosexualidad, identidad sexual, heterosexualidad, bisexualidad y asexualidad), cuenta con 12 ítems de las cuales (6) evalúan la atracción sexual, (4) comportamiento sexual y (2) identidad sexual. Los ítems más importantes, evalúan la atracción sexual, reflejan mayormente la orientación sexual. Se califican en una escala de siete puntos, (1 = exclusivamente homosexual; 7 = exclusivamente heterosexual). La validez y confiabilidad del instrumento aún permanece sin ser examinada.

Capítulo III.

Método

3.1. Planteamiento del problema

La prevención de la insatisfacción corporal y la promoción de la imagen corporal saludable han temas de interés para muchos investigadores (Ramos, Rivera y Moreno 2010; Sánchez, Mora, López, Marroquin, Ridaura y Raich, 2004). A nivel mundial, la prevención de insatisfacción corporal y los trastornos relacionados han estado orientados a muestras femeninas. A nuestro conocimiento, aún son insuficientes las investigaciones que se han enfocado a prevenir algún aspecto relacionado a la insatisfacción corporal masculina (Brown y Keel 2015; Jankowski, 2017; McCabe, Ricciardelli y Karantzas, 2010; Mellor, Connaughton, McCabe y Tatangelo, 2017; Nilsson, et al., 2004; Stanford y McCabe, 2005).

Específicamente en México, los trabajos de investigación que existen se han enfocado a prevenir aspectos relacionados a la imagen corporal femenina (Pineda, Gómez-Peresmitré y Méndez, 2010; Rodríguez y Gómez-Peresmitré, 2007). Si bien algunos estudios han considerado a hombres y mujeres (Escoto, Camacho, Rodríguez y Mejía, 2010; Rodríguez y Gómez-Peresmitré, 2007), son pocos los que se han desarrollado para atender aspectos inherentes a la preocupación de los hombres por su apariencia física (Anguiano y Carrillo, 2014). Poco se ha explorado sobre el efecto de los programas de promoción de la salud en hombres. Por lo anterior, el propósito de este estudio, el cual forma parte de una investigación más amplia, fue investigar si una intervención diseñada para varones adolescentes, es eficaz para disminuir la insatisfacción corporal prodelgadez, aumentar la autoestima y reducir los pensamientos

relacionados con el cambio del cuerpo y los comportamientos dirigidos a alterar el peso y la forma del cuerpo.

Pregunta de investigación

¿Una intervención diseñada *expresamente* para varones es eficaz para disminuir la insatisfacción corporal por delgadez, aumentar la autoestima y reducir los pensamientos relacionados con el cambio del cuerpo y los comportamientos dirigidos a alterar el peso y la forma del cuerpo?

3.2. Objetivo general

Investigar si una intervención diseñada para varones adolescentes es eficaz para disminuir la insatisfacción corporal por delgadez, aumentar la autoestima y reducir los pensamientos relacionados con el cambio del cuerpo y los comportamientos dirigidos a alterar su peso y forma del cuerpo.

3.3 Objetivos específicos

- Investigar si hay diferencias en la insatisfacción corporal por adelgazamiento en los hombres, antes y después de su participación en un programa de intervención.
- Investigar si hay diferencias en el nivel de autoestima en los hombres, antes y después de su participación en un programa de intervención sobre imagen corporal.
- Indagar si hay diferencias en las actitudes y conductas dirigidas a alterar la forma y peso del cuerpo, en un grupo de hombres sometidos a intervención (antes y

después de su participación en un programa de intervención sobre imagen corporal).

3.4. Hipótesis

- Si los varones adolescentes participan en la intervención diseñada *exprofeso*, disminuirá su insatisfacción corporal, aumentará su autoestima y se reducirán los pensamientos relacionados con el cambio del cuerpo y los comportamientos dirigidos a alterar el peso y forma del cuerpo.
- Los adolescentes cuyas madres participaron en ambas sesiones del componente adicional, tendrán mejor imagen corporal que los adolescentes cuyos padres participaron sólo en una sesión.

3.5. Definición de variables

3.5.1 Variables independientes.

La variable independiente es el programa “Mi Cuerpo y Yo”, una Intervención dirigida a promover la imagen corporal saludable en adolescentes varones (Cervantes, 2015). “Mi Cuerpo y Yo” tiene una estructura de ocho sesiones, con una duración de 50 minutos cada una. Los temas abordados en cada sesión fueron los siguientes (ver tabla 5):

1. Presentación del programa
2. Cánones estéticos y medios de comunicación
3. Masculinidad: pensar y sentir
4. Adolescencia
5. Autoestima
6. Asertividad

7. Etapas de afrontamiento

8. Recopilación y cierre

Como parte de la estructura del programa “Mi cuerpo y yo”, al inicio de las sesiones se comienza con una revisión del estado de ánimo de los participantes, durante la segunda sesión se revisa la tarea encargada de la sesión anterior, eso determinara el interés por el desarrollo de las actividades.

Tabla 5. *Estructura del programa “Mi cuerpo y yo”.*

sesión	Descripción de actividades
Presentación del programa	Se les proporciona información general sobre el contenido del programa y la finalidad del mismo, aclaración de dudas generales y actividades de rapport, se formaliza la introducción al tema de imagen corporal.
Cánones estéticos y medios de comunicación	Presentación general acerca de los conceptos de estética, atracción masculina e influencia de la publicidad en el individuo. Actividades para favorecer la autoaceptación y la crítica a los medios de publicidad además de propuestas en habilidades de afrontamiento.
Masculinidad: pensar y sentir	Diferenciación entre el pensar y el sentir e identificación de los estereotipos de masculinidad y cómo influyen en el individuo.
Adolescencia	Cambios ocurridos en la etapa de la adolescencia, para favorecer la autoaceptación corporal y la apariencia física.
Autoestima	Reconocimiento de logros y cualidades individuales
Asertividad	Identificación entre la comunicación asertiva, pasiva y agresiva
Estrategias de afrontamiento.	Expresión de situaciones de vida probables a experimentar para favorecer las estrategias de afrontamiento, desarrollo de propuestas para la promoción de conocimientos adquiridos y las habilidades durante el programa
Recapitulación y cierre	Resumen de las sesiones y favorecimiento de la práctica de los conocimientos obtenidos como parte del programa.

3.5.2 Variables dependientes.

3.5.2.1 Insatisfacción corporal general.

La insatisfacción corporal se presenta cuando el individuo interioriza el ideal corporal determinado culturalmente y en comparación social determina que su cuerpo disiente de ese ideal (Acosta y Gómez-Peresmitré, 2003). Esta variable se evaluó con la puntuación total del BSQ-V (Mendoza y Morales, 2010).

3.5.2.2 Insatisfacción corporal pro-adelgazamiento.

La insatisfacción corporal ocurre si un individuo interioriza el cuerpo ideal que es impuesto culturalmente (ideal corporal delgado) y por comparación social, concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal (Acosta y Gómez-Peresmitré, 2003). La insatisfacción corporal pro-adelgazamiento se evaluó con la subescala correspondiente del BSQ-V (Mendoza y Morales, 2010).

3.5.2.3 Autoestima.

Se refiere a la capacidad individual de pensamiento, confianza y habilidad de afrontar los desafíos, el sentimiento respeto hacia uno mismo, dignidad así como la expresión de las necesidades y privaciones individuales, confianza en la capacidades que posee el individuo que a su vez se encuentra conformado por la valía propia y el sentimiento propio (Osorio, Bazán y Hernández, 2015). La autoestima se evaluó con la puntuación total del Inventario de Autoestima para Adolescentes (PAI-A; Caso, 1999).

3.5.2.4 Actitudes y conductas para la disminución de peso.

Se refiere a las actitudes y conductas orientadas a la pérdida de peso corporal. Se midió con la escala de actitudes y conductas dirigidas a perder peso de la BMS.

3.5.2.5 Índice de Masa Corporal.

Es el índice que se utiliza para evaluar el estado nutricional de las personas, es decir, su grado de delgadez o sobrepeso. Para calcularlo se emplea la fórmula

$IMC = \text{peso en kilogramos} / \text{estatura en metros}^2$ (Puche, 2005).

3.6. Tipo de diseño y estudio.

Se realizó un estudio piloto, pre experimental con un diseño pretest-posttest. Es decir:

$G_1 \quad O_1 \quad X_1 \quad O_2$

Donde:

G_1 = grupo de adolescentes

O_1 = pretest

O_2 = posttest

X = variable independiente

3.7. Participantes.

Participó una muestra no probabilística de tipo intencional, conformada por 20 varones adolescentes con un rango de edad de 12 a 16 años ($M = 12.05$; $DE = .21$), residentes en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

3.8. Instrumentos.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ, por sus siglas en inglés), diseñado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Es un instrumento de 34 reactivos tipo Likert que evalúan la insatisfacción corporal con respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se empleará la versión para varones mexicanos (BSQ-V, Mendoza y Morales, 2010), la cual tiene buena consistencia interna tanto para la muestra general ($\alpha = .95$) como para adolescentes ($\alpha = .94$) y adultos ($\alpha = .96$). El BSQ-V tiene una estructura de tres factores: 1: insatisfacción corporal ($\alpha = .88$), 2: pro-adelgazamiento ($\alpha = .89$) y el factor 3: pro-musculatura ($\alpha = .84$). Para fines de este estudio, se utilizará la puntuación del primer y tercer factor.

Inventario de Autoestima para Adolescentes (Caso, 1999). Escala adaptada en adolescente mexicanos, con adecuada consistencia interna de ($\alpha = .88$) que permite evaluar los juicios valorativos sobre si con relación al desempeño, capacidades y los atributos de uno mismo; se encuentra constituida por 20 reactivos, cada uno con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert (siempre, usualmente, algunas veces, rara vez, nunca), se les asigna una calificación de 5 a las respuestas con expresiones de alta autoestima y 1 aquellas relacionadas a una baja autoestima (Caso y Hernández, 2010). Para fines de este estudio, se utilizará la puntuación del total de la escala.

Escala de modificación corporal (BMS, por sus siglas en inglés; McCabe y Vincent, 2002). Evalúa pensamientos y conductas asociados al cambio corporal, específicamente en cuanto a peso y forma del cuerpo. La BMS fue adaptada y validada para población mexicana por Cervantes, et al. (2013) quienes informan que la escala tiene adecuada consistencia interna ($\alpha = .88$) y estabilidad en el tiempo (test-retest = .80). Asimismo, en

población mexicana, se identificó que la BMS tiene una estructura de tres factores: 1. Actitudes y conductas dirigidas a perder peso ($\alpha = .89$), 2. Actitudes y conductas dirigidas a aumentar masa muscular ($\alpha = .86$) y, 3. Actitudes y conductas dirigidas a incrementar peso ($\alpha = .74$). Para fines de este estudio, se utilizará la puntuación del primer factor.

Registro de evaluación piloto. Es un instrumento de 11 ítems, diseñado para este estudio, a fin de obtener realimentación por parte de los participantes con relación a los materiales, las técnicas utilizadas, el tipo de actividades realizadas, los contenidos y el número de sesiones.

3.9. Procedimiento

En primer instancia se estableció contacto con las autoridades pertinentes de un centro escolar, donde se les proporcionará la explicación y objetivo en que consiste la investigación para invitarlos a participar en el estudio. A partir de la aprobación de las autoridades pertinentes escolares se realizó la solicitud de completar un consentimiento informado a los adolescentes participantes al igual que sus padres o tutores responsables, garantizándoles el anonimato sobre los resultados que mostraron las pruebas, solo se tomaron los datos con el objetivo relacionado a la investigación. Posteriormente se realizó la aplicación de los instrumentos de manera grupal, en un primer tiempo (pretest), consecutivamente se impartió el programa de intervención “Mi Cuerpo y Yo”, y finalmente, se realizó la aplicación de los instrumentos (postest) en un tiempo de tres semanas posterior a la evaluación donde se les tomo talla y peso nuevamente.

3.9.1. Análisis de los datos.

Se realizó mediante el paquete estadístico de las ciencias sociales (IBM SPSS, Statistics 25.0 para Windows). Debido al reducido tamaño de muestra, las pruebas utilizadas fueron no paramétricas, y se aplicaron pruebas de Wilcoxon, con el fin de comparar dos muestras relacionadas (antes y después de la intervención). Finalmente, se realizó un análisis descriptivo de la hoja de evaluación piloto.

Capítulo IV

Resultados

4.1 Datos descriptivos de los participantes

Participaron 20 varones adolescentes de entre 12 y 13 años de edad ($M_{\text{edad}} = 12.05$, $DE = 0.22$). La mayoría de los participantes (60%) tenía peso normal, poco más de la tercera parte (35%) sobrepeso u obesidad y el resto (5%) bajo peso. Ninguno de los participantes mencionó estar en algún tipo de tratamiento para reducir o mantener su peso. La Tabla 6 presenta la distribución del IMC en adolescentes.

Tabla 6. *De distribución del IMC de los participantes.*

Percentil	Clasificación	n (%)
< 3	Infra peso	1 (5%)
4-14	Bajo peso	0
15-85	Peso normal	12 (60%)
86-97	Sobrepeso	2 (10%)
> 98	Obesidad	5 (25%)

4.2. Comparación pretest y postest de variables en la intervención.

Los participantes disminuyeron su insatisfacción corporal general, la insatisfacción corporal pro-adelgazamiento y sus actitudes y conductas para la disminución del peso corporal. No se encontraron diferencias en la autoestima (ver Tabla 7).

Tabla 7. Prueba de Wilcoxon para la comparación entre el pretest y el postest ($n = 20$).

		Pretest		Postest			
		M (DE)	MDN (rango)	M (DE)	Mdn (rango)	Z	
Insatisfacción general	corporal	84.90 (41.16)	66.00 (38-153)	58.70 (25.25)	51.50 (34- 113)	-3.475	.001
Insatisfacción pro-adelgazamiento	corporal	21.20 (11.20)	16.00 (8-42)	13.85 (8.19)	10.00 (8-39)	-3.198	.001
Autoestima		63.80 (4.20)	63.5 (56-72)	63.00 (2.79)	63.0 (55-68)	-1.298	.194
Actitudes y conductas para la disminución de peso		20.25 (8.75)	18.50 (9-40)	15.10 (9.03)	12.50 (7-40)	-3.477	.001

4.3. Retroalimentación de participantes sobre el contenido del programa.

En general, la mayoría de los adolescentes estuvo totalmente de acuerdo en que se sintieron a gusto discutiendo los temas con sus compañeros y que las temáticas fueron relevantes para ellos. Asimismo, casi la mitad de los participantes estuvieron de acuerdo en que se sintieron en un ambiente de confianza y que podían opinar con honestidad. Además, la mayoría comentó que estaba totalmente de acuerdo en participar en actividades similares, recomendar a otros su participación en actividades similares ya que las temáticas eran de interés (ver Figura 3).

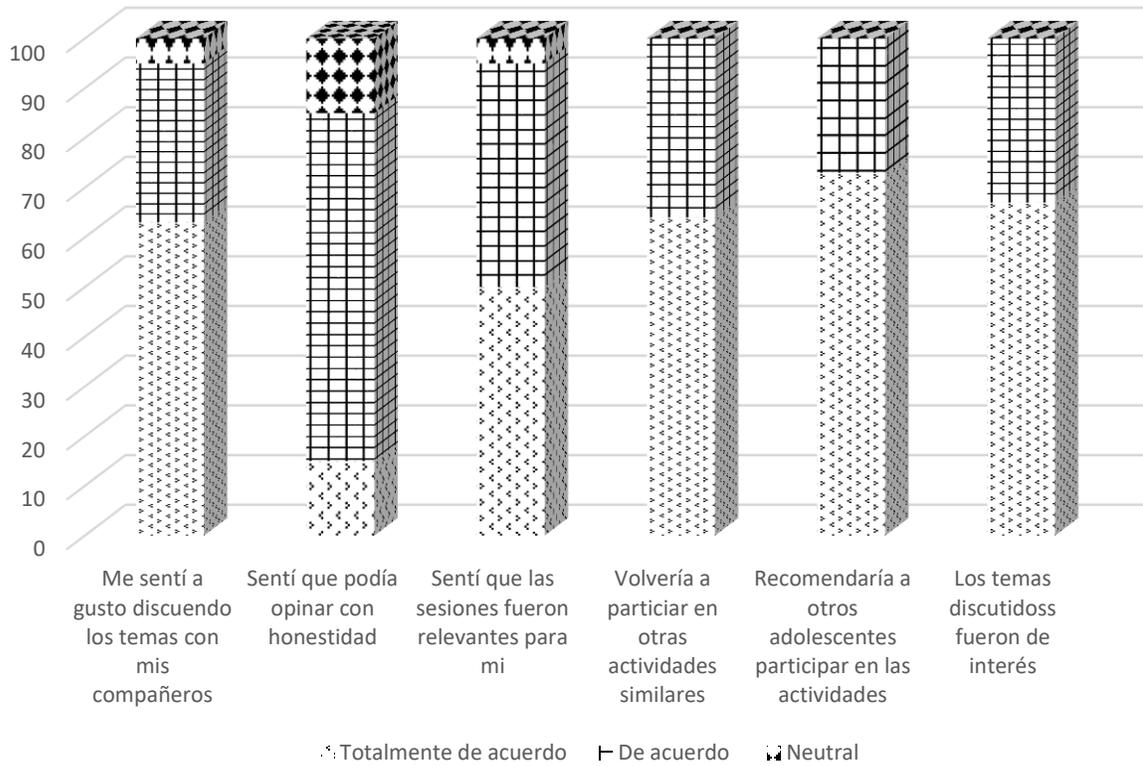


Figura 3. Retroalimentación de opiniones de los participantes.

Conclusión y discusión

En general, existen muchos estudios orientados a promover la imagen corporal saludable en mujeres, en contraparte, hay un número reducido de investigaciones a nivel internacional interesadas en la prevención de problemas relacionados con la imagen corporal masculina (Brown y Keel 2015; Jankowski, 2017; McCabe, Ricciardelli y Karantzas, 2010; Mellor, Connaughton, McCabe y Tatangelo, 2017; Nilsson, et al., 2004; Stanford y McCabe, 2005). Por tanto, el propósito del presente trabajo fue realizar un estudio piloto para evaluar la eficacia de un programa de intervención en la promoción de imagen corporal poro adelgazamiento envarones adolescentes. Esto es relevante al considerar que la mayoría de las investigaciones han sido desarrolladas para incidir sobre la insatisfacción corporal en las mujeres, aun cuando se sabe los hombres no están exentos de presentar alteraciones con su imagen corporal (Acosta y Gómez-Peresmitré, 2003; Mulasi-Pokhriyal y Smith, 2010).

A fin de cumplir el objetivo, se realizó una investigación pre experimental, con un diseño pretest-posttest. La intervención que se piloteó contiene temáticas y las actividades que –en su mayoría– fueron retomadas y adaptadas a partir de propuestas de intervención previas, que fueron diseñadas para incidir sobre actitudes y conductas relacionadas a los TCA (Escoto y Mancilla, 2007).

El análisis estadístico de la información indicó que los adolescentes disminuyeron su insatisfacción corporal, del pretest al posttest. Este hallazgo es alentador al considerar que: 1) la insatisfacción corporal es un importante factor de riesgo asociado al desarrollo de trastornos asociados, por ejemplo, trastornos de la conducta alimentaria y dismorfia muscular (APA, 2013); y 2) la insatisfacción corporal tiende a incrementar con la edad,

agudizándose en la transición de la adolescencia a la adultez temprana (Bucchianeri, Arikian, Hannan y Einserberg, 2013).

Contrario a ello, los participantes no modificaron su nivel de autoestima. Al respecto, es importante considerar que los participantes de este estudio obtuvieron puntuaciones altas en dicha variable, por lo que la ausencia del cambio podría deberse a un efecto de “techo”. Además, Pokrajac-Bulian et al. (2006) refieren que la autoestima es una variable difícil de modificar.

Finalmente, es importante referir que los participantes percibieron como relevantes las temáticas abordadas en el programa de intervención y manifestaron disponibilidad por participar en actividades similares. Se requieren estudios que evalúen el efecto de la intervención en muestras más amplias y con medidas de seguimiento.

Limitaciones y sugerencias

Si bien esta investigación corresponde a un estudio piloto, es importante considerar el tamaño limitado de la muestra y el diseño de la investigación, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a otras muestras. Este estudio constituye un ensayo previo a lo que otras investigaciones pueden realizar en muestras más amplias.

La obtención de la versión completa de artículos científicos fue una limitación del estudio debido al limitado acceso con cuenta personal en la revista indexada o tenían un costo. Algunas investigaciones estaban publicadas en el idioma inglés, por lo que, se tuvo cierto grado de complejidad en la lectura o interpretación al contexto

Es de suma importancia la divulgación de la investigación científica en México y la innovación de intervenciones dirigidas a poblaciones con diversas características.

Referencias

- Acosta, M. V., y 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(1), 9-21.
- Aguinaga, M., Fernández, L., y Varo, J. (2009). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23(2), 279-292.
- Alvarez, G., Escoto, M. C., Vázquez, R., Cerero, L. A., y Mancilla, J. M. (2009). Trastornos del comportamiento alimentario en varones: de la anorexia a la dismorfia muscular. En: A. López & K. Franco (Eds.), *Comportamiento alimentario: una perspectiva multidimensional*, 138-156. México: Editorial Universitaria.
- Alfaro, H. I., Cervantes, B. S., Escoto, M. C. y Larios, M. (2018). *Prevención de insatisfacción corporal y conductas anómalas de cambio corporal en varones* (tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Álvarez, M., Bautista, I. y Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31, 2283-2288.
- Amaya, A., Mancilla, J. M., Álvarez, G. L., Ortega, M., Larios, M., y Martínez, J. I. (2013). Edad, Consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 ed. Washington, DC: Autor.

- Anguiano, E. M., y Carrillo, N. (2014). *Programa piloto para mejorar la imagen corporal en varones universitarios*. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Asamblea Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. *Documentos básicos*, 1-18.
- Avalos, L., Tylka, T. L., y Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285–297. doi: [10.1016/j.bodyim.2005.06.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002)
- Bandura, A., y Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 38, 92-113.
- Battle, S. (2007). *Clasificación en paidopsiquiatría. Conceptos y Enfoques: Enfoque Cognitivo–Conductual*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Beck, J. (2000) *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. México: Gedisa.
- Behar, R. y Molinari, D. (2010). Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Revista Médica de Chile*, 138,1386-1394.
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., y Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10, 1–7.
- Brown, T. A., y Keel, P. K. (2015). A randomized controlled trial of a peer co-led dissonance-based eating disorder prevention program or gay man. *Behavior research and Therapy*, 74, 1-10.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100.
- Caso, J. (1999). *Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México
- Caso, N. J., y Hernández, G. L. (2010). Modelo explicativo del bajo rendimiento escolar: un estudio con adolescentes Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 3(2), 145-159.
- Castillo, I., Solano, S., y Sepúlveda, A. (2016). Validación Mexicana de la escala de Actitudes Masculinas sobre el Cuerpo en Estudiantes Universitarios Varones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(46), 51-65.
- Cervantes, B. S., Alvarez-Rayón, G. L., Gómez-Peresmitré, G. L., y Mancilla-Díaz, J. M. (2013). Confiabilidad y validez de constructo de la escala de modificación corporal en varones adolescentes. *Psicología y Salud*, 36(3), 487-492.
- Cervantes, B. S. (2015). *Imagen corporal, promoción de actitudes saludables en varones adolescentes*. (Tesis doctoral). UNAM, México.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494.
- DeBate,R., Tedesco, L., y Kerschbaum, W. (2005). Knowledge of oral and physical mifestations of anorexia and bulima nervosa among dentist and dental hygienists. *Journal of Dental Education*, 69(3), 346-354.
- Devlin, M. J., y Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286(17), 2159- 2161.

- García, N. I. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1* (Tesis de doctorado en psicología). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Garner D.M., Olmsted, M.P., y Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for anorexia nervosa y bulimia. *International Journal Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2. Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Research, Inc.
- Escoto, M. C., y Mancilla, J. M. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes. En M. R. Ríos (Ed). *Manual de intervención psicológica para adolescentes: Ámbito de la salud y educativo*. Colombia: Psicom Editores.
- Escoto, M. C., Camacho, R. E., Rodríguez, H. G., y Mejía, C.J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118.
- Escoto, M. C., Camacho, E.J., Alvarez, G., Díaz, F. J., y Morales, A. (2012). Relación entre autoestima y síntomas de dismorfia muscular en varones fisicoconstructivistas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 3(1), 11-18.
- Escoto, M. C., Alvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Camacho, E. J., Franco, K., y Juárez, C. S. (2013). Psychometric properties of the Drive for Muscularity Scale in Mexican males. *Eating and Weight Disorders*, 18(1), 23-28.
- Fairburn, C. G., y Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. In C. G. Fairburn, y G. T. Wilson (Eds.). *Binge eating Nature, assessment, and treatment*, 12, 317-360.

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA. Stanford University Press.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T.-A., Noll, S. M., Quinn, D. M., y Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 269–284.
- García, N. I. (2004). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescents de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1*. Tesis para optar por el título de Doctor en Psicología de la Salud y Psicología Social, Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Gayou-Esteva, U., y Ribeiro-Toral, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5 (2), 115-123.
- Gil J. M., Gracia, A., y Sánchez, M. (2000). Market segmentation and willingness to pay for organic products in Spain. *Int Food Agribusiness Manage*, 3,207–226.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-Efficacy and Health Behavior Among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(2), 89. doi:10.2307/2137237
- Grieve, F. G. (2007). A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia. *Eating Disorders*, 15(1), 63–80.
- Higgins, E. T. (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.

- Jankowski, G. S., Diedrichs, P. C., Atkinson, M. J., Fawcner, H., Gough, B., y Halliwell, E. (2017). A pilot controlled trial of a cognitive dissonance-based body dissatisfaction intervention with young British men. *Body Image*, 23, 93–102.
- Lambruschini, N., y Leis, R. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría*, 361-374.
- López, A., Solé, A., y Cortés, I. (2008). Percepción de satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus. *Zainak*, 30, 125-146.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Ramos, V. P., Rivera de los Santos, F. y Moreno, R. C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Rodríguez, R. y Gómez-Peresmitré, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: Un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, 269-276.
- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. y Acosta, M. V. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario en México*. En J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitré (Eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México: Manual Moderno y Universidad Nacional Autónoma de México.

- Marfil, O. Cruz, R., Vázquez, R., y Baile, J. I. (2010). Hábitos alimentarios de hombres con características de dismorfia muscular. *Revista salud pública y nutrición*, 11(4), 1 -13.
- Marsh, H. W. (1990). The structure of academic self-concept: The Marsh/Shavelson model. *Journal of Educational Psychology*, 82(4), 623-636.
- Martín, M. J., Martínez, J. M. y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(6), 433-443.
- McCabe, M. P., y Vincent, M. A. (2002). Development of body modification and excessive exercise scales for adolescents. *Assessment*, 9, 131–141.
- McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2003). Sociocultural Influences on Body Image and Body Changes Among Adolescent Boys and Girls. *The Journal of Social Psychology*, 143(1), 5–26.doi:10.1080/00224540309598428
- McCabe, M. P., y Ricciardelli, L. A. (2004). A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39, 145–166.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. y Karantzas, G. (2010). Impact of a healthy body image program among adolescent boys on body image, negative affect, and body change strategies. *Body Image*, 7, 117-123.
- McCreary, D. R., y Sasse, D. K. (2000). An Exploration of the Drive for Muscularity in Adolescent Boys and Girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297–304.doi:10.1080/07448480009596271

- Mendoza, P., N., y Morales, B., G. (2010). *Propiedades psicométricas de la versión masculina del cuestionario de imagen corporal (BSQ-V)*. Tesis de licenciatura, Facultad de estudios superiores, Iztacala, UNAM, México.
- Mellor, D., Connaughton, C., McCabe, M., y Tatangelo, G. (2017). Better with age: A health promotion program for men at midlife. *Psychology of Men & Masculinity*, 18, 40-49. doi: 10.1037/men0000037
- Méndez, P., Vázquez, V. V., y García, G. E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592.
- Mendoza, P., N., y Morales, B., G. (2010). *Propiedades psicométricas de la versión masculina del cuestionario de imagen corporal (BSQ-V)*. Tesis de licenciatura, Facultad de estudios superiores, Iztacala, UNAM, México.
- Mérida, P., y López, R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, (10), 69-85.
- Montoya, J., y Araya, G. (2003). Identificación y comparación de síntomas de dismorfia muscular entre sujetos que practican físico culturismo y otros que realizan entrenamiento con pesas. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 3 (1), 54-62.
- Mulasi-Pokhriyal, U., y Smith, C. (2010). Assessing body image issues and body satisfaction/dissatisfaction among Hmong American children 9-18 years of age using mixed methodology. *Body Image*, 7, 341- 348.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., y De la Garza, Y. (2010). Muscle Dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483-491.

- Nilsson, S., Allebeck, P., Marklund, B., Baigi, A., y Fridlund B. (2004). Evaluation of a health promotion programme to prevent the misuse of androgenic anabolic steroids among Swedish adolescents. *Health Promotion International*, 19, 61–67.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones políticas*. Geneva: Autor.
- Osorio, G. M., Bazán, R. G. y Hernández, A. C. (2015) Niveles de autoestima en portadoras mexicanas de hemofilia. *Psicología y Salud*, 25(1), 83-90.
- Páez, D. (2004). Conducta y Actitud: Disonancia Colectiva, Auto-observación y motivación Intrínseca. Refuerzo en el aula. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos, & E. Zubieta (Coords.), *Psicología social, cultura y educación*, pp. 383-409.
- Pope H.G., Katz D. L., y Hudson, J. L. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (6); 406-9.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., y Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Pineda, G. G., Gómez-Peresmitré, G., y Méndez, H. S., (2010). Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística. *Psicología y Salud*, 20(1), 103-109.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.

- Puche, R. (2005). El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. *Artículo Especial*, 65, 361-365.
- Pokrajac-Bulian, A., Zivic-Becirevic, I., Calugi, S., y Dalle Grave, R. (2006). School prevention program for eating disorders in Croatia: A controlled study with six months of follow-up. *Eating and Weight Disorders*, 11(4), 171-178.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, 15-27.
- Reboussin, B. A., Rejeski, W. J., Martin, K. A., Callahan, K., Dunn, A. L., King, A. C., y Sallis, J. F. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and older aged adults: *The activity counseling trial (ACT)*. *Psychology & Health*, 15(2). 239–254. doi: 10.1080/08870440008400304
- Redondo, P. (2004) Curso de Gestión local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. *Prevención de la Enfermedad*. Cuarta unidad modular. San José. Universidad de Costa Rica Escuela de Salud Pública.
- Ricciardelli, L. A., y McCabe, M. P. (2002). Psychometric evaluation of the Body Change Inventory: An assessment instrument for adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 3, 45–59.
- Regalado P., Guerrero M. C., y Montalvo C. R. (2017). Una aplicación de la teoría del comportamiento planificado al segmento masculino latinoamericano de productos de cuidado personal. *Revista EAN*, 83, 141- 163.
- Rodríguez, R., y Gómez-Peresmitré, G. (2007). Prevención de trastornos alimentarios mediante la formación de audiencias críticas y psicoeducación: Un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, 269-276.

Rodríguez, J. (2007). *Ciencia y cognición*. Recuperado de:

http://cmap.upb.edu.co/rid=1204129145046_1169029526_15492/cgn01.pdf

Romero, Y., Sayago, P., y Moreno, I. (2015). Complicaciones médicas de las conductas purgativas, consecuencias de la mala alimentación. *Curso de especialización, evaluación y tratamiento dietético-nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria*, 21, 2260-2276.

Ryan, T. A., Morrison, T. G., Roddy, S., y McCutcheon, J. (2011). Psychometric properties of the Revised Male Body Attitudes Scale among Irish men. *Body Image*, 8, 64–69.

Sanchez, C. D., Mora, M., López, G., Marroquín, H., Ridaura, I., y Raich, R. M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en imagen corporal. *Psicología Conductual*, 12(3), 551-576.

Saucedo, T., Escamilla, T., Portillo, I., Peña, A., y Calderon, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombre y mujeres de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60(3), 231-240.

Saucedo, T. J., Peña, A., Fernández, T. L., García, A., y Jiménez, R. E. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a Trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el índice de masa corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 16-23.

Schunk, D. H. (2012). Teorías del aprendizaje, una perspectiva educativa. *Pearson educación*, 6, 102-141.

- Sell, R. L. (1996). The self assessment of sexual orientation: background and scoring. *Journal of Gay, Lesbian, & Bisexual Identity*, 1, 295-310.
- Šerifović, Š. Š., y Sinanović, O. (2008) Body dissatisfaction is age a factor?. *Facta Universitatis*, 7(1), 55-61.
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D., y Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology & Health*, 4(3), 213–220.
- Soto, A., Caceres, K., Faure, M., Gasquez, M., y Marengo, L. (2013). Insatisfacción corporal, búsqueda de la delgadez y malnutrición por exceso, un estudio descriptivo correlacional en una población de estudiantes de 13 a 16 años de la ciudad de Valparaíso. *Revista Chilena de malnutrición*, 40(1), 10-15.
- Stanford, J. N., & McCabe, M. P. (2005). Evaluation of a body image prevention programme for adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 13, 360-370.
- Thompson, J. K., Heinberg, L., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Thompson, J. K., van den Berg, P., Roehrig, M., Guarda, A. S., y Heinberg, L. J. (2004). The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 293–304.
- Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.

- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(1), 93-102.
- Tylka, T. L., Bergeron, D., y Schwartz, J. P. (2005). Development and psychometric evaluation of the male body attitudes scale (MBAS). *Body Image*, 2(2), 161-175. doi:10.1016/j.bodyim.2005.03.001.
- Vaquero, B. A., Macías, M. O y Macazanaga, L. A. (2014). La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 17(1), 163-176.
- Vartanian, L. (2012). Self-discrepancy theory and body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2, 711-715.
- Vázquez, R., Alvares, G., y Mancilla, J. (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.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Mancilla, J. M., y Oliva, A. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 185-197.
- Vázquez, R., Galán, J., Aguilar, X., Alvarez, G., Mancilla, J. M., Caballero, A. et al. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 42-52.
- Villena, J. y Castillo, M., (2004). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolares. *Dirección General de Salud Pública y participación*. España.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., y Pender, N. J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2): 76-80.

Zepeda, E., Franco, K., y Valdés, E. (2011). Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio. *Revista chilena de nutrición*, 38(3), 260-267.

Anexos

Anexo A. Cuestionario de imagen corporal (BSQ-V)

BSQ-MASCULINO

Adaptado a población mexicana por el Proyecto de Investigación en Nutrición, UNAM-FES Iztacala

INSTRUCCIONES

- 1.- Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
- 2.- Contesta de manera individual.
- 3.- Al contestar cada pregunta, hazlo lo más verídicamente posible.
- 4.- No hay respuestas "buenas" ni "malas".
- 5.- Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que corresponda a la opción que más se adecúe a lo que piensas o haces.
- 6.- Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____

Edad: _____

Escolaridad: _____

Fecha: _____

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?	<input type="radio"/>					
2. ¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?	<input type="radio"/>					
3. ¿Has pensado que tus brazos, muslos o espalda son demasiado angosto en relación con el resto de tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
4. ¿Has tenido miedo de engordar?	<input type="radio"/>					
5. ¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?	<input type="radio"/>					
6. Sentirte lleno (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gordo?	<input type="radio"/>					
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?	<input type="radio"/>					
8. ¿Has modificado tu alimentación para aumentar tu masa muscular?	<input type="radio"/>					
9. Estar con chicos musculosos y/o atléticos ¿te ha hecho fijarte en tu figura?	<input type="radio"/>					
10. ¿Te ha preocupado que tu cuerpo no sea lo suficientemente atlético o musculoso?	<input type="radio"/>					
11. El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gordo?	<input type="radio"/>					
12. Al fijarte en la figura de otros chicos ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?	<input type="radio"/>					
13. Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la T.V., lees o mantienes una conversación)?	<input type="radio"/>					
14. Estar desnudo (p. ej. cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir delgado?	<input type="radio"/>					
15. ¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?	<input type="radio"/>					

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
16. ¿Te has imaginado con un cuerpo atlético o musculoso?	<input type="radio"/>					
17. Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gordo?	<input type="radio"/>					
18. ¿Has evitado ir a eventos sociales (p. ej. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo o robusto?	<input type="radio"/>					
20. ¿Te has sentido acomplejado por tu cuerpo?	<input type="radio"/>					
21. Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho hacer ejercicio para aumentar tu musculatura?	<input type="radio"/>					
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (p. ej. por la mañana)?	<input type="radio"/>					
23. ¿Has pensado que la figura que tienes es debido a tu falta de ejercicio?	<input type="radio"/>					
24. ¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?	<input type="radio"/>					
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicos sean más musculosos que tú?	<input type="radio"/>					
26. ¿Has vomitado o has consumido laxantes para sentirte más delgado?	<input type="radio"/>					
27. Cuando estás con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. ej. sentándote en un sofá o en el autobús)?	<input type="radio"/>					
28. ¿Te ha preocupado que tu abdomen no este lo suficientemente marcado?	<input type="radio"/>					
29. Verte reflejado en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentirte mal con tu figura?	<input type="radio"/>					
30. ¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuánta grasa tenías?	<input type="radio"/>					
31. ¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. ej. en vestidores comunes de piscinas o baños)?	<input type="radio"/>					
32. ¿Has tomado algún producto para aumentar musculatura?	<input type="radio"/>					
33. ¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?	<input type="radio"/>					
34. La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio para adelgazar?	<input type="radio"/>					

Anexo B. Escala de autoestima (PAI-A).

Nombre: _____ **Gpo** _____

Instrucciones: Estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender como sienten los jóvenes de tu edad con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Por ello es importante que contestes marcando con una X, la opción que mejor represente la forma como tú sientes, y no cómo otros piensan que deberías sentir.

	Siempre	Usualmente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
Me gusta como soy					
Hago enojar a mis padres					
Me siento fracasado(a)					
Estoy feliz de ser como soy					
Si me enojo con un amigo(a) lo(a) insulto					
Me siento bien cuando estoy con mi familia					
Mi familia está decepcionada de mí					
Tengo una de las mejores familias de todo el mundo					
Soy muy lento para realizar mi trabajo escolar					
Soy un tonto para hacer los trabajos de la escuela					
Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela					
Soy malo para muchas cosas					
Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que yo quiero					
Estoy orgulloso de mí					
Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal					
Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente					
Tengo una mala opinión de mi mismo.					
Me gustaría ser otra persona					
Me gusta la forma como me veo					
Siento ganas de irme de mi casa					

Anexo C. Escala de modificación corporal (BMS).

INSTRUCCIONES

- 1.- Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
- 2.- Contesta de manera individual y hazlo lo más verídicamente posible.
- 4.- Esta actividad no es un examen, por lo que no hay respuestas "buenas" ni "malas".
- 5.- En cada pregunta tienes seis posibles opciones de respuesta, tacha la que más se adecúe a lo que piensas o haces.
- 6.- Recuerda que la información que proporcionas será confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Fecha: _____

1. ¿Comes alimentos que te ayudarán a aumentar de peso?



2. ¿Te preocupa estar demasiado gordo?



3. ¿Haces ejercicio con pesas para desarrollar o fortalecer tus músculos?



4. ¿Te gustaría que lo que comes te ayude a aumentar de peso?



5. ¿Haces ejercicio para bajar de peso?



6. ¿Haces ejercicio para aumentar el tamaño de tus músculos?



7. ¿A propósito comes de más para aumentar de peso?



8. ¿Piensas en comer menos para bajar de peso?



9. ¿Piensas en tener músculos más grandes?



10. ¿Te molesta que lo que comes no resulte en un incremento de peso?



11. ¿Piensas en hacer ejercicio para bajar de peso?



12. ¿Serías más feliz si tuvieras un cuerpo voluminoso, con músculos grandes?



13. ¿Haces ejercicio para aumentar de peso?



14. ¿La idea de bajar de peso siempre está en tu mente?



15. ¿Vas al gimnasio para aumentar el tamaño de tus músculos?



16. ¿Piensas en comer más para aumentar de peso?



17. ¿Comes alimentos bajos en grasas porque no quieres subir de peso?



18. ¿Piensas en hacer ejercicio para aumentar el tamaño de tus músculos?



19. ¿A propósito comes entre comidas para subir de peso?

