



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

"PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN
AUTOCOMPASIÓN Y GRATITUD PARA PROMOVER
EL APRECIO CORPORAL EN MUJERES
ADOLESCENTES: ESTUDIO PILOTO"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA Y SALUD

PRESENTA:

ARACELI HERNÁNDEZ CRUZ

DIRECTOR: DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA

CODIRECTOR:

DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE LEÓN

TUTOR: DRA. GABRIELA RODRIGUEZ HERNANDEZ

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO NOVIEMBRE 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ECATEPEC
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA Y SALUD**

**“PROPUESTA DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN
AUTOCOMPASIÓN Y GRATITUD PARA PROMOVER EL APRECIO
CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES: ESTUDIO PILOTO”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA Y SALUD**

PRESENTA:

ARACELI HERNÁNDEZ CRUZ

DIRECTOR: DRA. BRENDA SARAHI CERVANTES LUNA

CODIRECTOR: DRA. MARÍA DEL CONSUELO ESCOTO PONCE DE

LEÓN

TUTOR: DRA. GABRIELA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO NOVIEMBRE 2023



CONAHCYT

Índice

Índice	8
Resumen	11
Teorías sobre el cuerpo	13
1.1 Teoría de la Objetificación	13
1.2 Teoría del Desarrollo de la Encarnación Corporal	15
1.2.1 <i>Conexión corporal vs desconexión</i>	16
1.2.2 <i>Agencia y funcionalidad vs agencia restringida</i>	17
1.2.3 <i>Experiencia y expresión del deseo vs conexión interrumpida del deseo</i>	17
1.2.4 <i>Autocuidado sintonizado vs sintonización interrumpida, autolesión y negligencia</i>	17
1.2.5 <i>Habitar el cuerpo como un sitio subjetivo vs habitar el cuerpo como un sitio objetificado</i>	18
1.3 Encarnación Corporal y factores protectores	18
1.3.1 <i>Dominio de libertad</i>	19
1.3.2 <i>Dominio de la libertad mental</i>	19
1.3.3 <i>Dominio de poder social</i>	19
1.4 Psicología positiva	20
1.5 Imagen corporal e imagen corporal positiva	21
1.6 Definición de imagen corporal positiva	21
1.7 Componentes de la imagen corporal positiva	22
1.7.1 <i>Aceptación y amor por el cuerpo</i>	22
1.7.2 <i>Conceptualización amplia de la belleza</i>	22
1.7.3 <i>Inversión adaptativa de la apariencia</i>	23
1.7.4 <i>Positividad interna</i>	23
1.7.5 <i>Interpretación de la información de una manera protectora</i>	23
Aprecio corporal, autocompasión y gratitud	24
2.1 Aprecio corporal	24

2.2 Intervenciones con componentes de aprecio corporal	25
2.3 Autocompasión	29
2.4 Autocompasión y aprecio corporal	31
2.5 Intervenciones basadas en autocompasión	32
2.6 Gratitud	37
2.7 Gratitud y aprecio corporal	37
2.8 Intervenciones basadas en gratitud	37
Planteamiento del problema	40
3.1 Pregunta de investigación	42
3.2 Justificación	42
3.3 Objetivos	43
3.3.1 General.....	43
3.3.2 Específicos.....	44
3.4 Hipótesis	44
Método	45
4.1 Tipo y diseño de estudio	45
4.2 Participantes	45
4.3. Técnicas de recolección de datos	46
4.4 Definición de variables	49
4.5 Variable independiente	49
4.6 Variables dependientes	53
4.7 Procedimiento	53
4.8 Consideraciones éticas	54
4.9 Análisis de la información	57
Resultados	61
Selección y asignación de los participantes	61
Equivalencia inicial	62
Mortalidad experimental	62
Evaluación de la intervención	63
Evaluación de la significancia clínica	71
Tamaño del efecto	79
Discusión	80

Conclusiones	83
Referencias	86
Anexos	105

Resumen

El contexto en el que se desenvuelven las mujeres puede hacer que estas tengan experiencias positivas o negativas con sus cuerpos, siendo la segunda opción la más estudiada. En una cultura que objetifica al cuerpo femenino, las mujeres se comparan, internalizan y autoobjetifican, por lo que se sientan insatisfechas corporalmente y se involucran en conductas de modificación corporal, atentando contra su salud. El aprecio corporal puede empoderar a las personas en el cuidado de su salud y bienestar. La gratitud y la autocompasión predicen el aprecio por el cuerpo y éste predice la alimentación intuitiva, previniendo así el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

Por tanto, el objetivo de este estudio piloto es evaluar la efectividad de una intervención basada en gratitud y autocompasión para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes. Participaron 31 mujeres de entre 15 y 18 años, quienes fueron distribuidas a una de tres condiciones (intervención de gratitud $n = 10$; intervención de autocompasión $n = 10$; lista de espera $n = 11$). Se obtuvo el consentimiento y el asentimiento informado. Se aplicó un instrumento de tamizaje (BSQ) para identificar a participantes con insatisfacción corporal. Las mujeres que rebasaron el punto de corte respondieron una hoja de datos generales y una batería de tres instrumentos sobre aprecio corporal, autocompasión y gratitud, antes y después de la intervención. Se eliminaron a las participantes que respondieron incorrectamente las preguntas control y aquellas que no contaron con el 100% de asistencia a la intervención. La muestra final estuvo conformada por 17 mujeres adolescentes.

El análisis de los datos se realizó con SPSS. La equivalencia inicial entre los grupos se evaluó con un ANOVA de una vía. Se realizaron pruebas de medianas para comparar las puntuaciones obtenidas en el pretest y posttest para los tres grupos, se calculó el índice de cambio confiable (ICC) y se calculó el tamaño del efecto con la d de Cohen. Los hallazgos de este estudio contribuirán al conocimiento empírico sobre el papel protector de la gratitud y la autocompasión, en campo de la prevención de los TCA. Además, dotará de herramientas a los profesionales de la salud, para establecer estrategias que contribuyan a prevenir el desarrollo de TCA en mujeres adolescentes.

Palabras clave: imagen corporal, aprecio corporal, gratitud, autocompasión, adolescentes, intervenciones.

Teorías sobre el cuerpo

1.1 Teoría de la Objetificación

La Teoría de la Objetificación (Fredrickson & Roberts, 1997) nos permite comprender las consecuencias de las experiencias que viven las mujeres, dentro de una cultura que objetifica de manera sexual al cuerpo femenino. La objetificación sexual ocurre cuando el cuerpo de una mujer, sus partes y sus funciones sexuales se separan de su persona, reduciéndolas a ser un objeto o un instrumento sexual. En otras palabras, cuando las mujeres son objetificadas, ellas son tratadas como cuerpos, que existen para el uso y placer de los demás.

Los autores de la teoría sostienen que la objetificación ocurre por medio de encuentros interpersonales y sociales y, a diferencia de los hombres, las mujeres se sienten y son mayormente observadas. Por ejemplo, en los anuncios que se transmiten en los medios de comunicación, las mujeres son representadas por un cuerpo que es expuesto y en donde se enfatiza en ciertas partes corporales (e.g. busto, caderas, vientre, piernas, nalgas), con la finalidad de que los hombres las observen.

Si bien la Teoría de la Objetificación expone que las mujeres forman parte de una cultura en donde sus cuerpos son mirados, evaluados y potencialmente objetificados por parte de los hombres, muchas veces, las mujeres también se tratan a sí mismas como objetos que son observados y evaluados físicamente, es decir, se autoobjetifican. De esta manera las mujeres pueden ser aculturizadas para internalizar la perspectiva de un observador de su propio cuerpo (Fredrickson & Roberts, 1997). Por ejemplo, las personas tenemos un cuerpo, este siempre ha sido nuestro y se mueve con nosotros a través del tiempo y del mundo. Dependiendo de la etapa de la vida y el contexto, podemos sentir nuestro cuerpo como menos nuestro, visualizándolo como un objeto para ser visto, juzgado, tocado y usado (McBride, 2019).

Cuando las mujeres internalizan las presiones externas presentan una perspectiva pobre de sí mismas, que puede desencadenar vergüenza y ansiedad, reducir las oportunidades para estados motivacionales máximos y disminuir la conciencia de los estados corporales internos (e. g. hambre, saciedad). En virtud de lo anterior, la Teoría de la Objetificación puede contribuir a la explicación de algunos factores que pueden desencadenar depresión, la disfunción sexual y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), atentando contra la salud mental de las mujeres (Fredrickson & Roberts, 1997).

Diversos autores han demostrado, a través de análisis de ecuaciones estructurales, que algunos constructos que se abordan en la Teoría de la Objetificación son de utilidad para predecir el desarrollo de TCA en mujeres. Por ejemplo, se sabe que la presión por la delgadez predice la vigilancia corporal; a su vez, la vigilancia corporal predice la vergüenza corporal. Las mujeres que experimentan vergüenza corporal, en su intento por perder peso, pueden intentar suprimir los sentimientos de hambre y saciedad. Esta pobre conciencia de los estados internos (conciencia interoceptiva) está relacionada con la presencia de TCA (Tilka & Hill, 2004). La Teoría del Aprendizaje Social es útil para comprender cómo es que las niñas y las mujeres aprenden que su cuerpo es continuamente objetificado (McBride, 2019).

La Teoría del Aprendizaje Social explica que el aprendizaje es el resultado de la influencia de modelo, en donde las personas aprenden e imitan conductas que son observadas en los otros. Este proceso de aprendizaje por modelamiento se rige por cuatro procesos interrelacionados: 1) atención; 2) retención; 3) reproducción; y 3) refuerzo y motivación (Bandura, 1971). De este modo, con base en la Teoría de la Objetificación, las mujeres ponen atención a diferentes modelos estéticos (p.e. actrices, cantantes, influencers) que les resultan atractivos físicamente y a los que atribuyen cualidades basadas en la apariencia física. En la fase de retención, las mujeres son expuestas continuamente a estímulos externos que

refuerzan su autoobjetificación. Posteriormente, en la fase de reproducción, las mujeres se involucran en diferentes conductas que aprendieron por parte de sus modelos, con la finalidad de parecerse a ellas y ser físicamente atractivas. Finalmente, en la última fase, estas conductas son reforzadas y motivadas a través de la objetificación y la autoobjetificación.

1.2 Teoría del Desarrollo de la Encarnación Corporal

La Teoría de la Encarnación Corporal tiene sus fundamentos filosóficos en el fenomenólogo francés Merleau-Ponty (como se citó en Reynaert, 2009) quien señaló que existir como ser humano significa algo mucho más complejo que ejercer funciones biológicas como respirar, alimentarse, percibir y moverse, en donde la mirada, las manos y el cuerpo en general constituyen un sistema que se dedica a inspeccionar el mundo y a darle sentido. En línea con lo anterior, la encarnación corporal depende de las experiencias que provienen de tener un cuerpo con capacidades sensoriales y motrices (Eyssartier & Lozada, 2014). Merleau-Ponty propuso que el cuerpo es un observador que percibe, interpreta y experimenta el mundo de manera significativa y, por lo tanto, es un centro de subjetividad (Piran, 2016).

La Teoría del Desarrollo de la Encarnación Corporal ha sido útil para la investigación en diferentes disciplinas, incluida la psicología. Por ejemplo, esta teoría permite comprender cómo, desde la infancia, las experiencias de acción comienzan a moldear la percepción del mundo que nos rodea y que estos efectos persisten en la edad adulta, permitiendo investigar los mecanismos que subyacen al impacto de la acción en los cambios cognitivos que ocurren a lo largo de la vida (Kontra et al., 2012).

El constructo *encarnación corporal* es multidimensional y hace referencia a los sentimientos y pensamientos positivos y negativos, acerca del propio cuerpo, que resultan de la interacción en los entornos sociales y de las experiencias de vida (Piran, 2017, 2019): 1) la conexión corporal vs desconexión; 2) la agencia y funcionalidad vs agencia restringida; 3)

la experiencia y expresión del deseo vs conexión interrumpida del deseo; 4) el autocuidado sintonizado vs sintonización interrumpida, autolesión y negligencia; y 5) el habitar el cuerpo como un sitio subjetivo vs habitar el cuerpo como un sitio objetificado.

La Teoría del Desarrollo de la Encarnación Corporal (TDE, por sus siglas en inglés) surgió a partir de una investigación cualitativa, la cual examinó las experiencias vividas corporales entre niñas y mujeres residentes de Canadá, por medio de la realización de 171 entrevistas en tres estudios diferentes: (1) un estudio de historia de vida de 11 mujeres de 20 a 27 años; (2) un estudio prospectivo de cinco años donde participaron 27 niñas, de 9 a 14 años; y (3) un estudio de historia de vida con 31 mujeres, de 50 a 68 años. Las entrevistas se realizaron con la finalidad de reflexionar sobre la forma en cómo las participantes experimentaron su cuerpo, así como el significado de este a partir de las experiencias de vida (Piran, 2016). El análisis de la información se realizó desde un enfoque de teoría fundamentada constructivista y se realizó en tres etapas: en primer lugar, la teoría surgió con el análisis de los discursos del estudio con las mujeres jóvenes, después se verificó y elaboró durante el estudio con niñas y, finalmente, se realizó una validación cruzada durante el estudio con mujeres mayores (Piran, 2017).

1.2.1 Conexión corporal vs desconexión

La conexión corporal se refiere a cómo las mujeres perciben sus cuerpos como lugares cómodos, mostrando sentimientos positivos hacia él, mientras interactúan con el mundo. Cuando existe una desconexión con el cuerpo, este se percibe como un sitio incómodo y problemático, expresando sentimientos negativos (e. g. vergüenza), sintiendo la necesidad de controlarlo, repararlo y monitorearlo.

1.2.2 Agencia y funcionalidad vs agencia restringida

La agencia y funcionalidad, entendida como la capacidad de interactuar en el mundo con una intención, puede manifestarse de dos formas: 1) de manera física interactuando con el entorno antes, durante y después de la pubertad, la agencia también se puede recuperar en la etapa adulta cuando por alguna circunstancia fue perdida en edades más tempranas; y 2) a través del poder de la voz, por medio de la expresión de ideas, opiniones e incluso con acciones como el canto. Sin embargo, también puede haber una agencia restringida dentro de la esfera física y se asocia con experiencias de pérdida, ya sea porque nunca pudieron desarrollarla o por la transición de las etapas de la vida. Con respecto a la voz, esta se ve silenciada de manera intencional por los otros.

1.2.3 Experiencia y expresión del deseo vs conexión interrumpida del deseo

Estas experiencias de vida abordan los deseos corporales de apetito y deseo sexual. Dentro del lado positivo, la expresión del deseo implica experimentar deseos y responder a estos de manera armonizada y de autocuidado. Mientras que del lado negativo se encuentra una desconexión interrumpida del deseo, en donde no se experimenta ninguna asociación entre el deseo y el placer, por el contrario, se asocia el deseo con emociones negativas que limitan las experiencias de agencia, comodidad y el placer al relacionarse con el mundo. Esto ocurre con mayor frecuencia al comienzo de la pubertad, cuando las niñas comienzan a habitar el cuerpo de las mujeres y en esta etapa suelen enfrentar experiencias sexuales adversas.

1.2.4 Autocuidado sintonizado vs sintonización interrumpida, autolesión y negligencia

El autocuidado sintonizado es el nivel de sintonía de las propias necesidades y señales internas con las que uno se relaciona con el entorno y se guía por ellas, las cuales pueden incluir necesidades corporales, emocionales, relacionales y participación en actividades significativas. El autocuidado sintonizado implica no sólo la conciencia de las necesidades

internas, sino también la práctica del autocuidado hacia estas necesidades. Por el contrario, la sintonización interrumpida, autolesión y negligencia reflejan una conciencia alterada o una desconexión con las señales internas, basada en patrones de negligencia que provocan un cambio en el autocuidado armonizado después de experiencias adversas.

1.2.5 Habitar el cuerpo como un sitio subjetivo vs habitar el cuerpo como un sitio objetificado

El habitar el cuerpo como un sitio subjetivo incluye expresiones de protesta, resistencia y desafío hacia las presiones normativas, que adoptan una mirada externa y alterada que cumpla con estereotipos de apariencia u otras expectativas objetivas. Sin embargo, el habitar el cuerpo como un sitio objetificado pretende ajustarse a las expectativas más allá de sentir comodidad, seguridad y poder experimentar placer, habitando los cuerpos de afuera hacia adentro, observando, modificándolo y reparándolo, afectando el estado de ánimo, la confianza, las relaciones y las perspectivas de vida.

1.3 Encarnación Corporal y factores protectores

Como puede apreciarse, la TDE brinda una mirada crítica a las estructuras sociales y las costumbres, resaltando los desafíos y las fortalezas que existen en la vida de las niñas y las mujeres, lo cual puede ser una guía para las intervenciones sociales, de promoción de la salud y terapéuticas (Piran, 2015), debido a que la TDE también puede contribuir a la mejora de los procesos psicológicos responsables de las conexiones positivas con el propio cuerpo (Burychka et al., 2021). Desde esta perspectiva teórica, existen factores protectores que giran alrededor de tres dominios: 1) de libertad física, 2) de libertad mental y 3) de poder social (Piran, 2015).

1.3.1 Dominio de libertad

Este dominio está centrado en el cuidado físico del cuerpo, el cual está formado por factores de protección que involucran actividades físicas placenteras y el compromiso con estas, sin que dichas actividades sean objetificadas, sexualizadas o relacionadas con la apariencia y el peso, permitiendo libertad de movimiento y entornos seguros para las mujeres. Sin embargo, se pueden presentar barreras que restringen el compromiso con el movimiento, por ejemplo, en las adolescentes se ve bloqueado ese compromiso debido a los cambios corporales que se presentan en esta etapa, además que los lugares donde se realizan actividades físicas son más regulados y restringidos para ellas.

1.3.2 Dominio de la libertad mental

Este dominio está relacionado con la internalización de construcciones sociales, estereotipos y roles. Dentro de sus factores de protección se encuentra la libertad de expresión, en donde se adopta una postura crítica frente a los estereotipos presentados en la sociedad, siendo más reflexivas sobre sus experiencias corporales, dentro de un entorno que fomenta esta libertad de crítica y expresión, desarrollando así una encarnación corporal positiva. Pero si a las mujeres no se les da ese poder de la voz experimentarían un bloqueo que les hará verse como sumisas dentro de cuerpos que solo son para mirar, ocasionando que las mujeres busquen en todo momento monitorear y modificar sus cuerpos, al grado de autoobjetivarse y a controlar sus deseos (apetito y sexual).

1.3.3 Dominio de poder social

Este dominio se refiere al cuerpo como un capital social, es decir, con los privilegios sociales y el acceso a los recursos relacionados con los diversos cuerpos que viven en términos de ubicación social, determinados por factores como la edad, el género, la orientación sexual, la clase social, entre otros. Dentro de este dominio existen factores de protección dirigidos a

no estar expuestas a un trato perjudicial, a contar con entornos equitativos, a la creación de relaciones que permitan el reconocimiento y a una conexión positiva con la ubicación social. Lo anterior se puede ver perturbado cuando el cuerpo de las mujeres se ubica en espacios donde los recursos son restringidos por ideologías sociales.

1.4 Psicología positiva

La Psicología Positiva es el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). La Psicología Positiva busca comprender los diferentes procesos, condiciones y mecanismos, que se vinculan con los aspectos más saludables y positivos del ser humano, por ejemplo, la resiliencia, el bienestar, la felicidad, la satisfacción con la vida y la capacidad de ser agradecidos (Hervás, 2009; Linley et al., 2006).

La Psicología Positiva surgió para promover un cambio en el enfoque de la psicología, dejando la preocupación única de reparar las peores cosas de la vida y enfocarse en construir las cualidades positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y las fortalezas de los individuos (Contreras & Esguerra, 2006), que contribuyan a mejorar la calidad de vida y a prevenir el desarrollo de trastornos mentales en individuos, comunidades y sociedad en general (Fredrickson, 2001; Vera, 2006). Los investigadores han descrito diferentes fortalezas humanas que actúan como amortiguadoras contra los trastornos mentales, afirmando que los rasgos positivos y las fortalezas del ser humano (e. g. optimismo, la esperanza, la perseverancia, el valor) actúan como barreras contra dichos trastornos (Vera, 2006).

Específicamente en el campo de los TCA, desde la Psicología Positiva, el cultivo de una imagen corporal positiva es importante para la prevención y el tratamiento de estos trastornos. Es decir, las personas con TCA pueden luchar por algo más que sólo disminuir o ignorar los síntomas, a través del establecimiento de una relación saludable con sus cuerpos y una imagen corporal positiva, que sirva para disminuir los TCA y la insatisfacción corporal (Cook-Cottone, 2015).

1.5 Imagen corporal e imagen corporal positiva

La imagen corporal es la representación mental que cada individuo construye en su mente sobre su cuerpo y está constituida por tres componentes (Raich, 2004): 1) perceptual (como se percibe el tamaño corporal); 2) cognitivo-afectivo (actitudes, sentimientos o valoraciones hacia el tamaño corporal); y 3) conductual (conductas que la percepción y sentimientos hacia el cuerpo provocan).

Si bien el estudio de la imagen corporal tiene sus orígenes en las aportaciones de Cash, es a partir de la Teoría del Desarrollo de la Encarnación Corporal donde se reconoce la existencia de diversos componentes positivos de la imagen corporal, tales como el sentido de agencia (capacidad que posee una persona u otra identidad para actuar en un mundo), el cuidado personal, la alegría y la funcionalidad (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

1.6 Definición de imagen corporal positiva

La imagen corporal positiva es un constructo multifacético, holístico y estable, aunque modificable, que refleja el amor y el respeto generalizados por el propio cuerpo, lo que permite a las personas: 1) apreciar la belleza única y las funciones que desempeña su cuerpo; 2) aceptar y admirar su cuerpo, aunque este no concuerde con las imágenes idealizadas; 3) experimentar sentimientos de bienestar y felicidad con el cuerpo; 4) enfatizar en los aspectos positivos del cuerpo, en lugar de centrarse en sus imperfecciones; 5) interiorizar la

información que le haga bien al cuerpo y rechazar aquella que no lo sea (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). En otras palabras, las personas que tienen una imagen corporal positiva se sienten hermosas, cómodas, seguras y felices con su propio cuerpo, lo que les permite apreciar a este como único y así minimizar las imperfecciones percibidas. Comprender los aspectos inherentes a la imagen corporal positiva puede ampliar el conocimiento sobre la prevención y el tratamiento de TCA y otros trastornos relacionados con la imagen corporal (Tylka, 2012).

1.7 Componentes de la imagen corporal positiva

1.7.1 Aceptación y amor por el cuerpo

Este componente hace referencia a la capacidad de expresar amor y comodidad hacia el cuerpo, incluso si la persona no está completamente satisfecha con todos los aspectos de su cuerpo. Es decir, amar al cuerpo por lo que puede hacer y aceptar sus características físicas y únicas. La aceptación y el amor por el cuerpo es diferente al narcisismo y a la vanidad, los cuales se caracterizan por la adherencia a ideales corporales, la competencia y las comparaciones relacionadas con la apariencia y a comportamientos orientados a lograr y mantener una apariencia que es inconsistente con las propias características físicas (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

1.7.2 Conceptualización amplia de la belleza

Este componente se refiere a la conceptualización de la belleza desde una gama amplia de apariencias que pueden ser bellas. Estas apariencias pueden ser inmutables (e. g. peso, altura) o modificables (e. g. estilo personal). Las personas con una conceptualización amplia de la belleza son capaces de aprovechar sus características internas (e. g. confianza, personalidad) para determinar su propia belleza y la de los demás (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). A su

vez, la presión sobre ideales corporales puede dañar la imagen corporal positiva (Sundgot-Borgen et al., 2021).

1.7.3 Inversión adaptativa de la apariencia

Este componente hace referencia a los comportamientos benignos orientados al cuidado del cuerpo que proyecten sentido del estilo y personalidad del individuo. Estos actos de bondad hacia el cuerpo pueden incluir el aseo personal, el sueño adecuado, la actividad física, el comer sanamente, entre otros, por lo que la autoestima de las personas no depende de la apariencia física (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

1.7.4 Positividad interna

La positividad interna se refiere a la conexión entre la imagen corporal positiva y los sentimientos positivos (e. g. confianza en la apariencia física, optimismo, felicidad) y los comportamientos adaptativos (e. g. cuidado personal, ayudar a los demás). La positividad interna puede manifestarse con una sonrisa, el irradiar felicidad, llevar la frente en alto, tener un brillo especial, entre otros. La positividad es capaz de dirigir los comportamientos de autocuidado y salud (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

1.7.5 Interpretación de la información de una manera protectora

Se refiere a la capacidad de filtrar la información que se percibe, de tal modo que se acepta aquella que es consistente con una imagen corporal positiva y se rechaza aquella que puede ponerla en peligro. Las personas con una imagen corporal positiva pueden ser susceptibles a las amenazas en momentos en el que son vulnerables, por ejemplo, cuando están cansados, estresados, cuando la amenaza proviene de personas importantes, etc. (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

Aprecio corporal, autocompasión y gratitud

El desarrollo de intervenciones que consideren aspectos positivos del cuerpo puede contribuir al progreso en el campo de la prevención de los trastornos alimentarios, por las siguientes razones: a) amplía la perspectiva de la evaluación de las intervenciones al incluir cambios positivos y no únicamente aquellos relacionados con la reducción de síntomas y, b) mejora la investigación sobre los mediadores del cambio y los factores protectores (Piran, 2015).

En una revisión sistemática sobre programas de imagen corporal positiva en hombres y mujeres adultos (Guest et al., 2019), se identificó que los esfuerzos actuales han sido efectivos para fortalecer diferentes componentes de la imagen corporal positiva, principalmente en mujeres. Con la finalidad de ampliar la revisión de la literatura propuesta por Guest et al. (2019), Hernández-Cruz et al. (2022) realizaron una revisión sistemática de la literatura para sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar la imagen corporal positiva en niños y adolescentes. En los apartados subsecuentes se retoman hallazgos identificados tanto en la revisión de Guest et al. (2019), como en la de Hernández-Cruz et al. (2022) sobre el aprecio corporal, la autocompasión y la gratitud.

2.1 Aprecio corporal

El aprecio corporal es la aceptación del propio cuerpo, sin importar su tamaño o sus imperfecciones; a respetar y cuidar el propio cuerpo, atendiendo sus necesidades mediante comportamientos que promueven la salud; a proteger el propio cuerpo, resistiendo la interiorización de estándares de belleza poco realistas y estrechos, promulgados en los medios de comunicación (Avalos et al., 2005) y a honrar, amar, mostrar gratitud hacia las características, la funcionalidad y la salud del cuerpo. El aprecio corporal incluye elogiar al cuerpo por lo que es capaz de hacer, lo que representa y sus características únicas.

El aprecio corporal es importante porque se vincula con otros aspectos positivos que son de relevancia clínica, empírica y teórica, por ejemplo, el bienestar, la alimentación intuitiva, la autocompasión y la salud física (Tylka, 2019). Por ejemplo, en una revisión reciente (Nolen & Panisch, 2022), se identificó que el aprecio corporal se asocia positivamente con comportamientos que promueven la salud (e. g. salud y bienestar sexual, prevención del cáncer, calidad del sueño, protección de la piel y búsqueda de atención médica) y, negativamente, con conductas que comprometen la salud (e. g. actividad sexual de riesgo, consumo de alcohol y tabaco) y con conductas que promueven el adelgazamiento y los TCA (Piko et al., 2020). Además, el aprecio corporal puede empoderar a las personas en el cuidado de su salud y el bienestar (Nolen & Panisch, 2022).

Por otro lado, de acuerdo con el modelo de Homan y Tylka (2018), el aprecio corporal predice la alimentación intuitiva. En otras palabras, promover el aprecio corporal puede hacer que las mujeres respeten sus cuerpos y los cuiden comiendo de una forma adaptativa. A su vez, se sabe que la gratitud y la autocompasión pueden predecir el aprecio por el cuerpo. De este modo, si las personas aprenden a ser agradecidas y autocompasivas consigo mismas, pueden mejorar su aprecio corporal. En consecuencia, incrementará su alimentación intuitiva y disminuirá el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Avalos & Tylka, 2006).

2.2 Intervenciones con componentes de aprecio corporal

En la revisión sistemática de la literatura desarrollada por la investigadora principal de este trabajo (Hernández-Cruz et al., 2022), al menos cuatro intervenciones han considerado componentes del aprecio corporal dirigidas a mujeres atletas (Buchholz et al., 2008) y estudiantes en general (Eickman et al., 2017; Keven-Akliman & Eryilmaz, 2017; Sundgot-Borgen et al., 2019). Las cuatro investigaciones tuvieron un diseño experimental con dos

grupos (intervención vs control sin tratamiento) y han sido evaluadas en muestras adolescentes. Sólo en dos estudios, los investigadores consideraron medidas de seguimiento a los seis meses (Keven-Akliman & Eryilmaz, 2017) y otro a los tres y doce meses (Sundgot-Borgen et al., 2019). La Tabla 1 sintetiza las medidas utilizadas y los principales hallazgos de cada una de las intervenciones.

Tabla 1*Medidas y principales hallazgos de las intervenciones.*

Estudio	Nombre de la intervención	Medidas	Principales hallazgos
Keven-Akliman y Eryilmaz (2017). Turquía	Programa de consejería grupal de imagen corporal positiva.	Escala de imagen corporal. Inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal (BICSI). Formato de evaluación del programa.	Aumentaron tanto la satisfacción corporal, como las estrategias de afrontamiento.
Sundgot-Borgen et al. (2019). Noruega	Healthy Body Image (HBI).	Escala de Experiencia de Encarnación Corporal (EES). calidad de vida relacionada con la salud (KIDSCREEN-10).	Aumentó la experiencia de la encarnación corporal. No se presentaron cambios en la calidad de vida.
Buchhoz et al. (2008). Canadá	BodySense.	Para las atletas: Escala del Clima en el Entorno Deportivo. Escala de Estima Corporal para Adolescentes y Adultos (BESAA). Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26). Cuestionario de Actitudes Socioculturales hacia la Apariencia (SATAQ). Escala de autoeficacia sobre la dieta. Para padres y entrenadores: Escala del Clima en el Entorno Deportivo.	No se presentaron cambios en la estima corporal, los síntomas de trastornos alimentarios, la interiorización de los ideales corporales y la autoeficacia sobre la dieta. Disminuyó la presión sociocultural.

Tabla 1*Medidas y principales hallazgos de las intervenciones.*

Estudio	Nombre de la intervención	Medidas	Principales hallazgos
Eickman et al. (2017). Estados Unidos.	REbel	Cuestionario de actitudes socioculturales sobre la apariencia SATAQ-3. Escala de Afecto Positivo y Negativo en niños. Inventario de autoestima de Rosenberg (RSES). Cuestionario de Trastornos Alimentarios (EDQ). Cuestionario de alimentación consciente (MEQ). Cuestionario de imagen corporal (BCQ). Estereotipos corporales (BSS-R). Actitud hacia las personas obesas (ATOP). Afectos positivo y negativo (PANAS). Escala de empoderamiento para la toma de decisiones (MDES).	Aumentó el empoderamiento, la alimentación consciente, la autoestima y el afecto positivo. Disminuyó el chequeo de la imagen corporal, los síntomas de trastornos alimentarios y en la interiorización de ideales corporales. En las actitudes hacia las personas obesas no se presentaron cambios.

2.3 Autocompasión

La compasión es dar importancia al sufrimiento de los otros tomando conciencia del dolor que experimentan, sin evitarlo o desconectarse de él, teniendo sentimientos de bondad por el otro, el deseo de ayudar para poder aliviar dicho sufrimiento, pero, además, comprenderlo dejando de lado los prejuicios, que puede manifestarse como una compasión por los demás o recibida de los demás (Gilbert, 2014). Por tanto, la autocompasión involucra un amor incondicional hacia uno mismo, donde se da importancia y se tiene apertura al sufrimiento de uno mismo, sin evitarlo y sin desconectarse de él, sintiendo el deseo de aliviarlo o curarlo con bondad, comprendiendo las insuficiencias y los fracasos de uno mismo sin prejuicios (Neff, 2003).

La autocompasión tiene tres elementos importantes: 1) bondad propia, 2) humanidad común y 3) conciencia plena. La bondad propia se refiere a ser cariñoso con uno mismo sin juzgar con dureza las deficiencias personales, mostrando comprensión y aceptación incondicional hacia uno mismo. La humanidad común implica aceptar que las personas experimentamos situaciones en común con otras personas, reconociendo que no somos perfectos y que podemos cometer errores. La conciencia plena se refiere a ser conscientes de las experiencias dolorosas de uno mismo, sin ignorarlas, pero tampoco mostrando mayor atención de la que merecen, logrando un equilibrio entre los pensamientos y las emociones que se experimentan (Neff, 2003).

En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, en un metaanálisis reciente (Turk & Waller, 2020), los autores concluyeron que altos niveles de autocompasión se asocian con bajos niveles de patología alimentaria, con un tamaño del efecto medio. Asimismo, los investigadores identificaron que las intervenciones basadas en autocompasión son efectivas para reducir la patología alimentaria, con un tamaño del efecto medio. De

manera similar, desde la Psicología Positiva, existe evidencia de que la autocompasión subyace al desarrollo de aspectos positivos del ser humano, contribuyendo a alcanzar el bienestar (Estupiñan et al., 2019).

En una revisión narrativa reciente (Burychka et al., 2021), se identificó que la autocompasión puede desempeñar un papel relevante en el fomento de la imagen corporal positiva, al cultivar una encarnación corporal positiva. Más aún, en un metaanálisis (Turk & Waller, 2020) se concluyó que la relación entre la autocompasión y variables de la imagen corporal es causal, en lugar de ser simplemente correlacional. Por tanto, la autocompasión es útil para comprender y mejorar aspectos relacionados con la imagen corporal de las mujeres. Por ejemplo, al tener bondad propia, las mujeres pueden ser amables, gentiles y comprensivas con su cuerpo, aceptándolo tal como es. De manera similar, el sentido de humanidad común puede hacer que las mujeres identifiquen a su cuerpo como parte de una gran variedad de formas corporales, teniendo una perspectiva más amplia e inclusiva de su apariencia física.

Finalmente, la conciencia plena puede permitir a las mujeres relacionarse con pensamientos (p. e. mi cuerpo no es atractivo) y emociones dolorosas (p. e. me siento demasiado gorda y no soy digna de amor), de una manera más equilibrada que evite que se sobreidentifiquen con esas características que le causan desagrado (Albertson et al., 2014). Adicionalmente, existe evidencia de que la autocompasión contribuye a alcanzar una imagen corporal saludable (Turk & Waller, 2020) y mejora la capacidad de las mujeres para apreciar su cuerpo (Ferreira et al., 2013). En este tenor, se requieren intervenciones que incluyan componentes de autocompasión que contribuyan al aumento de la imagen corporal positiva y disminuyan la imagen corporal negativa (Burychka et al., 2021).

2.4 Autocompasión y aprecio corporal

En mujeres adolescentes, recibir compasión por los demás se relaciona positivamente con el aprecio corporal, incluso, la autocompasión tiene un efecto directo sobre el aprecio corporal, o bien, de forma indirecta a través de la seguridad social. Es decir, las adolescentes pueden relacionarse con su propio cuerpo con amabilidad, aceptación y protección cuando son capaces de ser amables y comprensivas consigo mismas y cuando perciben estas actitudes de los otros. Fomentar la compasión y las habilidades afiliativas pueden ser de utilidad para promover la imagen corporal positiva (Marta-Simões et al., 2021).

En una revisión de la literatura (Braun et al., 2016), donde se analizaron investigaciones transversales y longitudinales realizadas con muestras clínicas, se encontró que las pacientes con mayor amabilidad hacia sí mismas y menor miedo a la autocompasión presentan menor patología alimentaria. Además, las pacientes con TCA puntúan más bajo en autocompasión y tienen más miedo a la autocompasión, en comparación con las no pacientes. Asimismo, se encontró que, a mayor autocompasión, menor internalización del ideal de delgadez, preocupaciones por la alimentación, el peso, la forma del cuerpo, la dieta restrictiva y el ejercicio compulsivo. Más aún, la autocompasión se asoció con menos síntomas de TCA, incluido el atracón. La autocompasión se correlaciona positivamente con el aprecio corporal (Braun et al., 2016; Wood-Barcalow et al., 2021). La autocompasión también es importante porque ayuda a enfrentar situaciones difíciles, incluidas aquellas que amenazan la imagen corporal y que provocan angustia y vergüenza hacia nuestros cuerpos, permitiendo responder de manera positiva a las amenazas de la imagen corporal. Es decir, la autocompasión hacia nuestros cuerpos y nuestra imagen corporal es una característica muy valiosa para el desarrollo de una imagen corporal positiva (Wood-Barcalow et al., 2021), por lo que la autocompasión es un factor para el desarrollo de los TCA (Braun et al., 2016).

2.5 Intervenciones basadas en autocompasión

En una revisión de la literatura (Braun et al., 2016) se sintetizaron los resultados de estudios en los que el componente base fue la autocompasión. Dada la naturaleza experimental de estos estudios, la revisión de la literatura proporciona un panorama más riguroso sobre la autocompasión como un factor de protección. En investigaciones realizadas con muestras clínicas, la autocompasión mejoró la autoestima y redujo de manera significativa la angustia psicológica, la hostilidad autodirigida, el control externo percibido, las preocupaciones sobre el peso y la forma, la restricción alimentaria y los síntomas de TCA. Asimismo, en una investigación realizada con muestra no clínicas, el entrenamiento en autocompasión mejoró la autocompasión y el aprecio corporal, y disminuyó la insatisfacción corporal, la vergüenza corporal y mejora la autoestima basada en la apariencia. Es decir, la autocompasión incrementa la capacidad de las personas para tratarse a sí mismas con compasión, incluso en momentos en los que la imagen corporal se ve vulnerada.

Las intervenciones basadas en la autocompasión permiten aliviar la vergüenza y la insatisfacción corporal e incrementa los sentimientos de aceptación y amabilidad hacia uno mismo (Kelly et al., 2019). Adicionalmente, en un metaanálisis reciente (Turk & Waller, 2020) se identificó que las intervenciones basadas en autocompasión resultan en mayor imagen corporal positiva y menores preocupaciones de la imagen corporal, con un tamaño del efecto medio.

A nuestro saber, al menos siete investigaciones han evaluado intervenciones con componentes basados en autocompasión. La mayoría de estos estudios se han realizado en América del Norte, principalmente en Estados Unidos (Adams & Leary, 2007; Albertson et al., 2014; Rodgers et al., 2018) y Canadá (Kelly & Carter, 2014). El resto de los estudios se han desarrollado en Inglaterra (Gale et al., 2012; Pinto & Gouveia, 2016) y Portugal (Duarte

et al., 2017). En la mayoría de los casos, los participantes han sido adultos y sólo en un estudio han participado adolescentes tardíos (Rodgers et al., 2018). La Tabla 2 sintetiza las medidas utilizadas y los principales hallazgos de cada una de las intervenciones basadas en autocompasión.

Tabla 2*Medidas y principales hallazgos de las intervenciones basadas en la autocompasión.*

Estudio	Nombre de la intervención	Medidas	Principales hallazgos
Adams y Leary (2007) Estados Unidos.	Fue un discurso para inducir la autocompasión.	Escala de restricción rígida revisada (SRRR).	La autocompasión modera cómo se comportan las personas a la hora de comer, después de haber comido algo previamente. La autocompasión no influye en la cantidad de alimentos que consumen las personas con poca restricción alimentaria, por lo que es de mayor utilidad en personas altamente restrictivas. La autocompasión reduce la autocrítica asociada con la ingesta de alimentos poco saludables y disminuye el afecto negativo en personas con alta restricción alimentaria.
Albertson et al. (2014). Estados Unidos	Entrenamiento en autocompasión consciente.	Escala de autocompasión. Cuestionario de imagen corporal. Subescala de vergüenza corporal de la escala de conciencia de la objetificación corporal. Escala de aprecio corporal.	La autocompasión disminuyó la insatisfacción corporal, la vergüenza corporal y la autoestima basada en la apariencia e incrementó el aprecio corporal. La meditación de autocompasión puede ser útil para mejorar la imagen corporal en mujeres adultas. Los cambios se mantuvieron tres meses después.
Gale et al. (2012). Inglaterra	Terapia Centrada en la Compasión para TCA	Cuestionario de Trastornos Alimentarios (EDE-Q). La Escala Stirling de Trastornos Alimentario. El cuestionario sobre Resultados Clínicos en la Evaluación de Rutina.	En personas diagnosticadas con bulimia, se encontró que la compasión disminuyó la preocupación por la alimentación, la forma y el peso. Mejoró la angustia psicológica, la autoestima, la hostilidad autodirigida, el control externo percibido, las preocupaciones sobre el peso y la forma, la restricción alimentaria y los síntomas cognitivos y conductuales de TCA. Este resultado fue mejor en las personas con bulimia nerviosa.

Estudio	Nombre de la intervención	Medidas	Principales hallazgos
Kelly y Carter (2014). Canadá	Intervención de autocompasión basada en un libro de autoayuda. Intervención cognitivo-conductual basada en el libro de autoayuda.	Cuestionario de trastornos alimentarios (EDE-Q). Escala de autocompasión. Frecuencia del trastorno por atracón. Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión. Escala de miedo a la compasión. Cuestionario de credibilidad/expectativa. Escala de calificación de tareas.	En pacientes con trastorno por atracón, la intervención de autocompasión fue eficaz para reducir los síntomas de TCA, la preocupación sobre el peso y la alimentación. Entrenar a estos pacientes en ejercicios de autocompasión puede incrementar el nivel de autocompasión en un periodo corto de tiempo. Los pacientes con mayor miedo a la autocompasión tienen resultados pobres.
Duarte et al. (2017). Portugal	CARE	Índice de masa corporal. Cuestionario de trastornos alimentarios Escala de atracones. Escala de vergüenza de la imagen corporal. Escala de depresión, ansiedad y estrés. Cuestionario de fusión cognitiva-antojos de comida. Cuestionario de Aceptación y Acción de la Imagen Corporal. Cuestionario de atención plena de cinco facetas. Escala de acción y compromiso compasivo. Escala de autocompasión. Formas de Autocrítica y Escala de Autoconfianza.	La autocompasión disminuyó los síntomas de psicopatología alimentaria, los síntomas de atracón, la autocrítica e indicadores de distrés psicológico. La autocompasión mejoró la flexibilidad con la imagen corporal. La compasión y la aceptación pueden mejorar la conducta alimentaria y el bienestar psicológico en mujeres con trastorno por atracón.

Estudio	Nombre de la intervención	Medidas	Principales hallazgos
Pinto y Gouveia (2016). Portugal	BEfree	Cuestionario de trastornos alimentarios Escala de atracones. Inventario de depresión de Beck. Otra escala de Shamer. Cuestionario de bienestar relacionado con la obesidad. Cuestionario de Aceptación y Acción de la Imagen Corporal. Cuestionario de Fusión Cognitiva-Imagen Corporal. Escala de vida comprometida. Escala de autocompasión. Cuestionario de atención plena de cinco facetas-15.	El programa con componentes de psicoeducación, atención plena y compasión disminuyó los síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, los síntomas de depresión, la vergüenza y la autocrítica, la inflexibilidad con la imagen corporal y la fusión cognitiva de la imagen corporal. También se encontró una mejora en la calidad de vida relacionada con la obesidad y la autocompasión.
Rodgers et al. (2018). Estados Unidos	BodiMojo	Escala de autocompasión. Subescala de estima de la apariencia de la escala de estima corporal para adultos y adolescentes. Escala de comparación de apariencia física. Cuestionario de Aceptación y Acción de la Imagen Corporal. Escala de afecto positivo y negativo.	La intervención mejoró la estima con la apariencia y la autocompasión. No se observaron cambios en la flexibilidad con la imagen corporal.

2.6 Gratitud

De forma general, la gratitud es una emoción que surge después de recibir ayuda por parte de otros, como una forma de apreciar dicha ayuda. La gratitud es diferente de otras emociones como el optimismo, la esperanza y la confianza y puede llegar a percibirse como costosa, valiosa y altruista. La gratitud también involucra una orientación de vida más amplia hacia notar y apreciar lo positivo en el mundo (Wood et al., 2010).

2.7 Gratitud y aprecio corporal

La gratitud puede jugar un rol importante en la promoción de la imagen corporal positiva (Homan & Tylka, 2018). Existen investigaciones que han demostrado que la gratitud está estrechamente relacionada con el bienestar emocional y físico y que tiene el potencial de promover el funcionamiento positivo y las fortalezas psicológicas (Wood et al., 2010).

La gratitud es relevante para comprender la conexión entre el aprecio corporal y la alimentación intuitiva. Esencialmente, el aprecio por el cuerpo se puede considerar como una forma de gratitud que reconoce y amplifica lo bueno en el propio cuerpo. Esta conciencia de lo bueno del propio cuerpo llevará al individuo a valorar más su cuerpo y a tratarlo de forma que lo potencie (Homan & Tylka, 2018).

2.8 Intervenciones basadas en gratitud

Davis et al. (2016) realizaron un metaanálisis para reevaluar la eficacia de 26 intervenciones basadas en la gratitud. Al analizar intervenciones de gratitud comparadas con grupos control sin tratamiento, los autores concluyeron que los participantes asignados a una intervención de gratitud tuvieron mejores resultados en cuanto la gratitud y el bienestar psicológico. Por otro lado, al analizar intervenciones de gratitud comparadas con grupos control con actividades alternas, los investigadores concluyeron que las intervenciones basadas en gratitud tuvieron mejores resultados para ansiedad y bienestar psicológico. En un

metaanálisis más reciente (Dickens, 2017), en donde se sintetizó la evidencia de 38 estudios, se encontró que las intervenciones basadas en la gratitud pueden promover mejoras en otras variables, entre ellas la felicidad. Asimismo, en una revisión sistemática más reciente (Boggiss et al., 2020) se concluyó que las intervenciones de gratitud pueden ser útiles debido a que pueden ser sencillas y fáciles de realizar, además de que se pueden completar de manera individual y que el costo de recursos es mínimo.

A nuestro saber, dos investigaciones han evaluado intervenciones con componentes de gratitud e imagen corporal positiva. Una de ellas fue evaluada en adolescentes canadienses (Regehr et al., 2020) y la otra en adultos estadounidenses (Wolfe & Patterson, 2017). Debido a que la evidencia sobre la gratitud y su relación con variables asociadas con la imagen corporal y la alimentación aún es limitada, existe la necesidad de realizar más estudios que aborden dichas variables (Boggiss et al., 2020). La Tabla 3 sintetiza las medidas utilizadas y los principales hallazgos de cada una de las intervenciones basadas en gratitud.

Tabla 3*Medidas y principales hallazgos de las intervenciones basadas en gratitud.*

Estudio	Nombre de la intervención	Medidas	Principales hallazgos
Regehr et al. (2020). Canadá	Free To Be	<p>Escala de aprecio corporal (BAS-2).</p> <p>Subescala de afrontamiento de aceptación racional positiva del Inventario de estrategias de afrontamiento de la imagen corporal (BICSI-PRAC).</p> <p>Subescala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos alimentarios (EDI-BD).</p> <p>Seis ítems adaptados de Richardson y Paxton.</p> <p>Escala adaptada de Richardson y Paxton para la satisfacción de los participantes con el programa.</p>	<p>La intervención incluyó una sesión con actividades de gratitud. En general, se encontró que Free to be incrementó la encarnación corporal en mujeres. En hombres mejoró la imagen corporal. En ambos sexos se encontró una disminución de la internalización de los ideales corporales y un incremento en la autoestima, el autoconcepto y el reconocimiento de estrategias publicitarias.</p>
Wolfe y Patterson (2017). Estados Unidos	Intervención basada en gratitud. intervención basada en reestructuración cognitiva.	<p>Cuestionario de imagen corporal.</p> <p>Escala de estima corporal.</p> <p>Escala de aprecio corporal.</p> <p>Test de actitudes hacia la alimentación.</p> <p>Escala de atracones.</p> <p>Escala de afecto positivo y negativo.</p> <p>Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión.</p>	<p>La intervención basada en gratitud incrementó la estima corporal y disminuyó la insatisfacción corporal, la alimentación alterada y los síntomas depresivos.</p> <p>No se encontraron diferencias entre los grupos a través del tiempo en el aprecio corporal.</p>

Planteamiento del problema

Las mujeres se desenvuelven dentro de contextos que les permiten tener experiencias corporales, dichas experiencias pueden ser positivas o negativas, siendo la segunda opción la más estudiada. En una cultura que objetifica al cuerpo femenino, las mujeres se comparan, internalizan y autoobjetifican, por lo que se sienten insatisfechas corporalmente y se involucran en conductas de modificación corporal, atentando contra su salud (Fredrickson & Roberts, 1997). A partir de diversas investigaciones cualitativas y cuantitativas, Piran (2017, 2019) propuso la Teoría del Desarrollo de la Encarnación Corporal, en la cual se hace referencia a los sentimientos y pensamientos positivos y negativos, acerca del propio cuerpo, que resultan de la interacción que las niñas y las mujeres tienen con los entornos sociales y de sus experiencias de vida. Por otro lado, dentro del marco de la Psicología Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), en los últimos años se le ha dado importancia a la imagen corporal positiva, que es constructo multifacético, holístico y estable, aunque modificable, que refleja el amor, el aprecio, la aceptación y el respeto por el propio cuerpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Uno de los componentes más importantes de la imagen corporal positiva es el aprecio corporal porque se vincula con otros aspectos positivos que son de relevancia clínica, empírica y teórica (Tylka, 2019), que pueden empoderar a las personas en el cuidado de su salud y el bienestar (Nolen & Panisch, 2022).

A partir de la revisión sistemática de la literatura (Hernández-Cruz et al., 2022), se identificaron al menos cuatro intervenciones que han abordado el aprecio corporal en adolescentes (Buchholz et al., 2008; Eickman et al., 2017; Keven-Akliman & Eryilmaz, 2017; Sundgot-Borgen et al., 2019). Estas intervenciones han mejorado la satisfacción con el cuerpo, las estrategias de afrontamiento, las experiencias de encarnación corporal, el empoderamiento, la alimentación consciente, la autoestima. Las intervenciones que han

tenido componentes de aprecio corporal también han disminuido los síntomas de TCA. No se han encontrado cambios satisfactorios en la calidad de vida. Particularmente en atletas, los resultados no han sido favorecedores. En cuanto a la calidad de vida no se han informado cambios satisfactorios. Por su parte, estudios explicativos (Homan & Tylka, 2018) han demostrado que el aprecio corporal predice la alimentación intuitiva. A su vez, la autocompasión y la gratitud pueden predecir el aprecio corporal. La autocompasión es la comprensión de las insuficiencias y los fracasos de uno mismo, sin prejuicios, de tal manera que las experiencias humanas son más amplias (Neff, 2003). La gratitud es una emoción que surge después de recibir ayuda por parte de otros, como una forma de apreciar dicha ayuda (Wood et al., 2010). Las personas que aprenden a ser agradecidas y autocompasivas pueden mejorar su imagen corporal positiva (Homan & Tylka, 2018) y, por ende, el aprecio corporal. En consecuencia, incrementará su alimentación intuitiva y disminuirá el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Avalos & Tylka, 2006).

En una revisión de la literatura (Braun et al., 2016) se encontró que las personas con TCA que tienen mayor amabilidad hacia sí mismas y menor miedo a la autocompasión, presentan menor patología alimentaria. Además, en muestras no clínicas, la autocompasión se asoció negativamente con menor internalización del ideal de delgadez, las preocupaciones por la alimentación, el peso, la forma del cuerpo, la dieta restrictiva y el ejercicio compulsivo. Más aún, la autocompasión se asoció negativamente con los síntomas de TCA, incluido el atracón. Aunado a esto, la autocompasión se correlaciona positivamente con el aprecio corporal. En la comparación de muestras, los pacientes con trastorno alimentario puntúan más bajo en autocompasión y tienen más miedo a la autocompasión, en comparación con los no pacientes. Finalmente, en cuanto la gratitud, los hallazgos de dos metaanálisis (Davis et al., 2016; Dickens, 2017) permiten concluir que las intervenciones breves de gratitud tienen

efectos pequeños pero consistentes y positivos sobre la gratitud, el bienestar emocional y la felicidad.

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la efectividad de una intervención basada en gratitud y autocompasión para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes con insatisfacción corporal?

3.2 Justificación

El desarrollo de medidas que consideren aspectos positivos del cuerpo puede contribuir al progreso en el campo de la prevención de los trastornos alimentarios, por las siguientes razones: a) amplía la perspectiva de la evaluación de las intervenciones al incluir cambios positivos y no únicamente aquellos relacionados con la reducción de síntomas; y b) mejora la investigación sobre los mediadores del cambio y los factores protectores (Piran, 2015).

La adolescencia entendida como un periodo de la vida que comprende de los 10 a los 19 años, en la que se experimenta un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial, es un buen momento para sentar buenas bases de la salud, debido a que muchos hábitos dañinos son adquiridos en etapas tempranas y que se convierten en problemas serios de salud en la edad adulta (OMS, 2022; OPS, 2022). Además, en la última década se ha mostrado interés por el desarrollo juvenil positivo, es decir, a mirar a la adolescencia no solo como un periodo de angustia y riesgo, sino también como un periodo potencial para el desarrollo positivo, la prosperidad y el bienestar (Urke et al., 2021), incluso, investigaciones recientes sugieren que la adolescencia es una etapa idónea para promover la aceptación corporal (Burychka et al., 2021).

Recientemente en una revisión sistemática (Hernández-Cruz et al., 2022) se encontró que, las intervenciones internacionales que han considerado el aprecio corporal han mostrado efectos favorables en cuanto la disminución de síntomas de TCA. Sin embargo, las

investigaciones se han desarrollado en América del Norte (Buchholz et al., 2008; Eickman et al., 2017; Franko et al., 2013; Regehr et al., 2020) y en Europa (Keven-Akliman & Eryılmaz, 2017; Sundgot-Borgen et al., 2019), por lo que se desconoce si las intervenciones con componentes de aprecio corporal también pueden ser útiles en muestras mexicanas.

Por otro lado, existe evidencia empírica de que promover la autocompasión hacia el cuerpo y la imagen corporal, contribuye al desarrollo de una imagen corporal positiva (Wood-Barcalow et al., 2021) y es un factor protector de los TCA (Braun et al., 2016). Sin embargo, hasta el momento, no se han identificado estudios que investiguen intervenciones con componentes de autocompasión en adolescentes. Además, aunque la gratitud puede promover una imagen corporal positiva y felicidad (Davis et al., 2016), aún son escasas las investigaciones que han evaluado componentes relacionados con la gratitud y la imagen corporal, por lo que se requieren más estudios que sumen conocimiento a este campo del saber que atañe a la Psicología y Salud.

Con la implementación de este proyecto se busca aportar evidencia empírica sobre el rol protector del aprecio corporal, la autocompasión y la gratitud, en la prevención de los TCA en nuestra región. Además, el conocimiento científico que se genere dotará a los profesionales de la salud de herramientas que coadyuven a la práctica basada en la evidencia.

3.3 Objetivos

3.3.1 General

Evaluar la efectividad de una intervención basada en gratitud y autocompasión para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes con insatisfacción corporal.

3.3.2 Específicos

- Diseñar una intervención basada en autocompasión y gratitud para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes con insatisfacción corporal.
- Evaluar la equivalencia inicial entre los grupos de intervención y el grupo en lista de espera en cuanto al aprecio corporal, la autocompasión y la gratitud.
- Comparar el nivel de aprecio corporal, autocompasión y gratitud entre las mujeres adolescentes de los grupos de intervención y las mujeres del grupo en lista de espera, después de la intervención.
- Evaluar la significancia clínica (ICC) de los resultados en insatisfacción corporal, aprecio corporal, gratitud y autocompasión.

3.4 Hipótesis

- Debido a que las mujeres adolescentes serán asignadas aleatoriamente a un grupo de intervención o al grupo en lista de espera, habrá equivalencia inicial entre los grupos en cuanto a la edad, el IMC, el aprecio corporal, la autocompasión, la gratitud y la insatisfacción corporal.
- Las mujeres adolescentes que reciban la intervención de gratitud o autocompasión incrementarán su aprecio corporal, su gratitud, su autocompasión y reducirán su insatisfacción corporal del pretest al postest.
- Las mujeres adolescentes del grupo control en lista de espera no presentarán cambios en su aprecio corporal, su gratitud, su autocompasión e insatisfacción corporal del pretest al postest.

Método

4.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizó una investigación experimental, con dos grupos de intervención y otro en lista de espera, con un diseño pretest-postest (Hernández et al., 2014). En este tipo de estudios todos los participantes son evaluados antes y después de la intervención y se compara el cambio en las variables dependientes entre las condiciones (en este caso, experimental y lista de espera). Se realizan las mismas evaluaciones en los mismos momentos a todos los participantes (Nock et al., 2008). Asimismo, esta investigación forma parte de un estudio piloto. Los estudios piloto corresponden a la fase del proyecto en la que se recoge una pequeña cantidad de datos para probar los procedimientos, determinar si los instrumentos y protocolos funcionan para el tipo de participantes que se van a estudiar, identificar posibles problemas en los protocolos en la recolección de datos y así preparar el terreno para un estudio más amplio (Tashakkori et al., 2021).

<i>RG1</i>	O ₁	X ₁	O ₂	
<i>RG2</i>	O ₃	X ₂	O ₄	
<i>RG3</i>	O ₅	-	O ₆	X ₃

4.2 Participantes

Participó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 31 mujeres con insatisfacción corporal, de entre 15 y 17 años ($M = 15.96$; $DS = 0.31$), provenientes de una institución de educación media superior del Estado de México. Las participantes se

dividieron en tres grupos, una tercera parte de las participantes ($n = 10$; $M = 16$; $DS = 0.47$) estarán en el grupo de intervención de gratitud, la otra tercera parte estará en el grupo de intervención de autocompasión ($n = 10$; $M = 16$; $DS = 0.00$), y la última tercera parte en el grupo en lista de espera ($n = 11$; $M = 15.90$; $DS = 0.30$). Se incluyeron a las participantes que rebasaron el punto de corte del Cuestionario de Insatisfacción Corporal ($PC = 110$), las que otorgaron el consentimiento y asentimiento informado y respondieron los cuestionarios en su totalidad. Se eliminaron a las participantes que no contaron con una asistencia del 100% de las sesiones, asimismo que no completaron los instrumentos o bien que los ítems de control no fueron respondidos de la forma indicada.

Los análisis finales se realizaron con un total de 17 participantes, el grupo de gratitud conformado por $n = 4$ ($M = 16$; $DS = 0.00$), el grupo de autocompasión $n = 4$ ($M = 16$; $DS = 0.00$) y el grupo control en lista de espera con $n = 9$ ($M = 15.88$; $DS = 0.33$).

4.3. Técnicas de recolección de datos

4.3.1 Hoja de datos generales. La hoja de datos generales se utilizó para recopilar datos sociodemográficos de los participantes. Específicamente se preguntó, nombre, edad, peso, talla, nombre de su institución académica, grado y grupo, lugar de procedencia, nombre del padre o tutor con datos como su edad, ocupación y estado civil, así como un número de contacto (Anexo 1).

4.3.2 Hoja de evaluación del programa. Se utilizará para que las participantes evalúen el programa de intervención con respecto a las actividades realizadas, el contenido de la intervención, la duración de las sesiones, los materiales y la forma en que se impartió el programa (Anexo 2).

4.3.3 Escala de Aprecio Corporal (BAS-2). La Escala de Aprecio Corporal (BAS-2) fue diseñada por Tylka y Wood-Barcalow (2015) para medir hasta qué punto los

individuos aceptan, tienen opiniones favorables y respetan sus propios cuerpos, así como el rechazo a los ideales de apariencia promovidos por los medios de comunicación como la única forma de belleza. La BAS-2 consta de 10 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (donde 1 = nunca; 5 = siempre). A mayor puntuación, mayor aprecio corporal. La BAS-2 fue validada en adolescentes mexicanos por Escoto et al. (2020; Anexo 3). La escala demostró buena consistencia interna ($\omega = .88 - .92$); validez convergente, tanto con las subescalas como con la puntuación total de la Escala de Aprecio Corporal ($r = .44 - .61$); validez discriminante con el IMC ($r = -.19 - .21$), con la motivación por la delgadez ($r = -.31 - .42$) y con la insatisfacción corporal ($r = -.51 - .61$). En este estudio la BAS-2 tuvo una adecuada consistencia interna ($\alpha = .88$; $\omega = .92$).

4.3.4 Escala de Autocompasión (SCS). La Escala de Autocompasión fue diseñada por Neff (2003) para medir la capacidad de contener los propios sentimientos de sufrimiento con una sensación de calidez, conexión y preocupación. La SCF tiene 26 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = casi nunca, 5 = casi siempre), que se agrupan en seis componentes de la autocompasión: 1) Bondad hacia uno mismo, 2) Juicio propio, 3) Humanidad común, 4) Aislamiento, 5) Atención plena y, 6) Sobreidentificación. Los ítems negativos son codificados inversamente (Anexo 4). La validación al idioma español de la SCS fue realizada por García-Campayo et al. (2014). El Análisis Factorial Confirmatorio de la SCS confirmó el modelo de seis factores. Se identificó una consistencia interna adecuada para la puntuación total ($\alpha = .87$) y moderada para las subescalas ($\alpha = .71$). La versión larga de la SCS mostró alta estabilidad temporal ($r = .92$). En apoyo a su validez divergente, la SCS se correlacionó negativamente con el inventario de depresión de Beck, con el inventario de ansiedad rasgo-estado y con el cuestionario de estrés percibido. En apoyo a la validez

convergente, las versiones de la SCS correlacionan positivamente con la escala de conciencia de atención consciente. En este estudio la SCS tuvo una consistencia interna aceptable ($\alpha = .76$; $\omega = .78$).

4.3.5 Escala de Gratitud (EG). La Escala de Gratitud (EG) fue diseñada para población mexicana por Alarcón (2014), para medir afirmaciones favorables o desfavorables hacia la gratitud (Anexo 5). La EG es una escala de 18 ítems tipo Likert, con cinco opciones de respuesta ($1 =$ totalmente de en desacuerdo, $5 =$ totalmente de acuerdo). Los ítems 5, 6 y 11 se califican inversamente. A mayor puntuación, mayor gratitud. La EG tiene alta consistencia interna ($\alpha = .90$). A partir de un análisis factorial exploratorio, Alarcón identificó que la EG tiene una estructura de tres factores: 1) reciprocidad, compuesto por nueve ítems que miden el componente mnemónico de la gratitud ($\alpha = .86$); 2) obligación moral, conformado por siete ítems sobre mandatos que deben cumplirse porque la gratitud es una obligación moral ($\alpha = .82$); y, 3) cualidad sentimental, con dos ítems que resaltan el componente afectivo-positivo de la gratitud ($\alpha = .71$). Alarcón y Morales (2012) informaron que la EG correlaciona positivamente con medidas de responsabilidad ($r = .22$, $p < .01$) y, negativamente, con neuroticismo ($r = -.15$, $p < .05$). En este estudio la EG tuvo una consistencia interna aceptable ($\alpha = .77$; $\omega = .87$).

4.3.6 Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ). Es un instrumento de autoinforme desarrollado por Cooper et al. (1987) para medir la insatisfacción con el cuerpo. La versión original tiene 34 ítems tipo Likert, con seis opciones de respuesta ($1 =$ nunca y $6 =$ siempre). El BSQ fue validado para mujeres mexicanas con y sin diagnóstico de TCA (Vázquez et al., 2011) y se encontró que el instrumento tiene alta consistencia interna ($\alpha = .98$), una estructura de dos factores: 1) malestar corporal normativo ($\alpha = .95$) y 2) malestar corporal patológico

($\alpha = .94$) y un punto de corte de 110 (Anexo 6). En este estudio el BSQ tuvo una consistencia interna adecuada ($\alpha = .89$ $\omega = .90$).

4.3.7 Estadímetro. Para evaluar la estatura de las participantes, se utilizó el Estadímetro portátil de la marca SECA con un rango de medición de 20 a 205 cm, con precisión de 1 mm. Para la toma de esta medida se siguieron las recomendaciones de la Secretaría de Salud (2011) con respecto al plano de Frankfurt (Alvial-Vergara et al., 2021), orientando la cabeza de manera aproximada a su posición natural en concordancia con el conducto auditivo y la órbita del ojo, además de ser medidas sin zapatos ni adornos de pelo, colocadas de pie y de frente con los talones, glúteos, espalda y cabeza tocando el estadímetro.

4.3.8 Analizador corporal. Para obtener el peso de las participantes se utilizó un analizador de composición corporal, el cual es un sistema de análisis segmentario de la composición corporal de bioimpedancia eléctrica con sensor táctil tetrapolar de 8 electrodos, marca InBody, modelo 230. Para cumplir con los propósitos de este estudio, se considerarán los parámetros de las mediciones del índice de masa corporal (IMC; InBody, 2022). Para el IMC se considerará la clasificación de la OMS (2022), para los niños y adolescentes, el IMC es específico con respecto a la edad y el sexo, y con frecuencia se conoce como el IMC por edad, el cual se obtiene a partir del peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros.

4.4 Definición de variables

4.5 Variable independiente

El Programa Abrazando a mi cuerpo, es una intervención dirigida a mujeres adolescentes con insatisfacción corporal. El objetivo de Abrazando a mi cuerpo es enseñar a las mujeres adolescentes a ser agradecidas y autocompasivas con su cuerpo, debido a que la gratitud y la

autocompasión son dos variables modificables que predicen el aprecio corporal (Duarte et al., 2017; Gale et al., 2012; Kelly & Carter, 2014; O'Hara et al., 2021; Pinto-Gouveia et al., 2016; Regehr, 2017). Los contenidos de Abrazando a mi cuerpo fueron desarrollados y adaptados a partir de propuestas previas (Duarte et al., 2017; Gale et al., 2012; Kelly & Carter, 2014; Neff & Germer, 2022; O'Hara et al., 2021; Pinto-Gouveia et al., 2016; Regehr, 2017).

Abrazando a mi cuerpo debe ser aplicada por psicólogos o profesionales de la salud con habilidades para el manejo de grupos y en grupos pequeños ($n = 10-15$), con la finalidad de propiciar un ambiente favorable en donde todas las participantes tengan la oportunidad de expresar sus opiniones y preocupaciones (Smallwood et al., 2007). Abrazando a mi cuerpo ha sido estructurada en 10 sesiones, cinco de gratitud y cinco de autocompasión de 50 minutos cada una, mismas que deben ser impartidas con un intervalo de una semana (Tabla 4). De igual manera Abrazando a mi cuerpo cuenta con un cuaderno en donde se encuentran las actividades que se le darán al participante las hojas de trabajo que se utilizarán a lo largo de las sesiones.

Tabla 4*Estructura general de Abrazando a mi cuerpo.*

Sesiones	Objetivo	Actividades
1. Gracitud.	Reflexionar y agradecer sobre lo que el cuerpo es capaz de hacer más allá del cómo se ve.	Presentación del programa (2 minutos). Bienvenida y presentación de las participantes (3 minutos). Reglamento del grupo (5 minutos). Actividad rompehielos (10 minutos). Hechos sorprendentes del cuerpo (15 minutos). Tarea para casa “Diario de gratitud” (15 minutos).
2. Reconociendo lo que el cuerpo puede hacer.	Reconocer lo que el cuerpo puede hacer a partir de su funcionalidad.	Bienvenida y presentación de la sesión (2 minutos) Revisión de la tarea “Diario de gratitud” (15 minutos). Reconociendo lo que el cuerpo puede hacer (25 minutos). Cierre de la sesión (5 minutos).
3. Gracitud hacia mi cuerpo.	Mostrar gratitud hacia sus cuerpos a partir de actividades que las involucre.	Bienvenida y presentación de la sesión (2 minutos) Mostrando gratitud hacia mi cuerpo (20 minutos). Agradezco por... (20 minutos). Cierre de la sesión (8 minutos).
4. Mi cuerpo es maravilloso y le agradezco.	Reconocer lo maravilloso que es mi cuerpo a partir de lo que puede hacer.	Recordando la sesión anterior (5 minutos). Tu cuerpo es una máquina maravillosa (30 minutos). Cierre de la sesión (5 minutos). Tarea: carta de agradecimiento a mi cuerpo.
5. Mi cuerpo es más que...	Ser capaz de reflexionar que existen características más importantes que la apariencia y agradecer lo que su cuerpo hace por ella.	Revisión de tarea: carta de agradecimiento a mi cuerpo (20 minutos). Las cuatro estaciones (30 minutos).

Sesiones	Objetivo	Actividades
6. Autocompasión.	Dar una introducción a las participantes hacia la autocompasión como práctica de su día a día.	Presentación del programa (2 minutos). Bienvenida y presentación de las participantes (3 minutos). Reglamento del grupo y compromiso (5 minutos). La frase escondida (5 minutos). ¿Cómo reaccionas ante ti misma? (25 minutos). Tarea para casa “Diario de autocompasión” (10 minutos).
7. Practicando la autocompasión	Cambiar el diálogo autocrítico de las participantes por uno más amable.	Bienvenida a la sesión (2 minutos). Revisión de la tarea del “Diario de autocompasión” (5 minutos). Actividad de “El crítico, el criticado y el observador compasivo” (20 minutos). Explorar la compasión hacia uno mismo mediante la redacción de una carta (20 minutos). Cierre de la sesión (3 minutos).
8. Bondad propia	Fomentar en las participantes la amabilidad hacia sí mismas por medio de ejercicios de autocompasión.	Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos). ¿Puedo ser amable conmigo? (30 minutos). Mi mantra de autocompasión (15 minutos).
9. Me aprecio por...	Introducir a las participantes a la autocompasión por medio de generar un espacio seguro a partir de la imaginación compasiva y apreciarse a sí mismas.	Bienvenida y presentación de la sesión (5 minutos). Mi lugar seguro (20 minutos). Apréciate a ti misma (20 minutos). Cierre de la sesión (5 minutos).
10. Abrazando a mi cuerpo.	Las participantes reconocerán las sensaciones de su cuerpo cuando realizan prácticas autocompasivas.	Bienvenida y presentación de la sesión (3 minutos). Práctica de abrazos (10 minutos). Escaneo corporal (15 minutos). ¿Qué me llevo de esta experiencia? (15 minutos). Mi mejor cualidad es... (5 minutos). Cierre de la sesión (2 minutos).

4.6 Variables dependientes

4.6.1 Aprecio corporal. Se refiere a la aceptación, respeto y cuidado del propio cuerpo, sin importar su tamaño o sus imperfecciones; y a honrar, amar, mostrar gratitud hacia las características, la funcionalidad y la salud del cuerpo (Avalos et al., 2005). El aprecio corporal será medido con la puntuación total de la BAS-2 (Escoto et al., 2020; Anexo 3).

4.6.2 Autocompasión. Implica dar importancia y abrirse al sufrimiento de uno mismo, sin evitarlo y sin desconectarse de él, sintiendo el deseo de aliviarlo o curarlo con bondad, comprendiendo las insuficiencias y los fracasos de uno mismo sin prejuicios (Neff, 2003). La autocompasión será medida con la puntuación total de la SCS (García-Campayo et al., 2014; Anexo 4).

4.6.3 Gratitud. Es una emoción que está dirigida a apreciar las acciones de ayuda de otras personas. Pero también hace referencia a una orientación de vida más amplia hacia notar y apreciar lo positivo en el mundo, distinta de otras emociones como el optimismo, la esperanza y la confianza (Wood et al., 2010). La gratitud será medida con la puntuación total de la EG (Alarcon, 2014; Anexo 5).

4.6.3 Índice de Masa Corporal (IMC). Relación entre el peso y la talla que indica los valores de peso. Para el IMC se considerará la clasificación de la OMS (2022), para los niños y adolescentes, el IMC es específico con respecto a la edad y el sexo.

4.7 Procedimiento

El protocolo de investigación fue sometido a consideración del comité tutor y, posteriormente, a un comité de ética de investigación. Una vez que el protocolo fue aprobado, se estableció contacto con las autoridades responsables de la institución de educación media superior, para informarles sobre la investigación e invitarlos a participar. Al contar con el aval de las autoridades académicas, se informó a los padres de familia acerca de los objetivos

de la investigación y se solicitó el consentimiento informado por escrito (Anexo 7), para que sus hijas participaran en el estudio, garantizando la confidencialidad de la información. Posteriormente, se acudió con las adolescentes para solicitar su asentimiento informado (Anexo 8) para participar en la investigación. Una vez obtenidos los permisos correspondientes, las estudiantes respondieron el Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ). Las participantes que rebasaron el punto de corte (PC = 110) fueron invitadas a participar en la intervención. Las estudiantes que aceptaron participar fueron asignadas aleatoriamente a una de tres condiciones: 1) grupo de intervención de gratitud; 2) grupo de intervención de autocompasión; o 3) grupo control en lista de espera. Todas las participantes respondieron una hoja de datos generales y una batería que consta de tres instrumentos. El orden de los instrumentos fue aleatorio. Además, las participantes fueron pesadas y medidas para obtener su IMC. Posteriormente, se inició con la aplicación de Abrazando a mi cuerpo a las estudiantes de los grupos de intervención. Una semana después de finalizar la aplicación, todas las participantes respondieron una vez más la batería de instrumentos. Adicionalmente, las adolescentes de los grupos de intervención respondieron una rúbrica de evaluación acerca de las actividades y contenidos de Abrazando a mi cuerpo. Las participantes en lista de espera recibirán los contenidos revisados en la intervención.

4.8 Consideraciones éticas

Esta investigación se ha realizado de acuerdo con diferentes normas y pautas éticas nacionales e internacionales, con el fin de salvaguardar la salud e integridad de los participantes. Ha tomado en cuenta guías éticas para su desarrollo como:

La Declaración de Helsinki en la 41 Asamblea Médica Mundial (1989), específicamente en su apartado de principios básicos, donde expresa que: 1) las investigaciones deben ser de acuerdo con los principios científicos aceptados universalmente,

2) si la investigación involucra a personas debe formularse un protocolo experimental el cual debe ser sometido a revisión por un comité especializado, 3) las investigaciones deben ser realizadas por personas científicamente cualificadas, además de ser supervisadas por un facultativo competente, 4) el estudio no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas, 5) se debe realizar una evaluación minuciosa sobre los riesgos y beneficios para las personas y terceros, siempre salvaguardando los intereses de las personas por encima de la ciencia y la sociedad, 6) siempre se debe salvaguardar la integridad de las personas reduciendo el impacto que el estudio pueda tener de forma física, mental y de personalidad, 7) se debe suspender la investigación si los riesgos superan los posibles beneficios, 8) al momento de la publicación de resultados estos deben ser con exactitud, 9) los participantes siempre deben ser informados de los objetivos, métodos, beneficios, riesgos y de la libertad que tienen para retirarse del estudio si así lo desean, por lo que el investigador debe obtener el consentimiento del participante, 10) en caso de que el investigador pueda ejercer coacción en el participante para obtener consentimiento, este debe ser obtenido por un investigador no comprometido en la investigación, 11) en el caso de que el participante no pueda dar consentimiento, este debe ser otorgado por un tutor legal, y 12) el protocolo debe incluir las consideraciones éticas implicadas.

El Informe Belmont (2003), donde expone los principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. También se consideró el apartado de aplicaciones en el que menciona que se deben considerar algunos requerimientos para la conducción de una investigación como son el consentimiento informado, la valoración riesgo/beneficio y la selección de los sujetos de investigación.

Las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, desarrolladas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Se tomó en cuenta la pauta 1 valor social y científico, y respeto de los derechos, pauta 3 distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación, pauta 4 sobre beneficios individuales y riesgos de una investigación, pauta 6 atención de las necesidades de salud de los participantes, pauta 9 personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado, pauta 12 recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud, pauta 17 investigación con niños y adolescentes, pauta 18 las mujeres como participantes en una investigación y pauta 24 rendición pública de cuentas sobre la investigación con la salud.

Principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés; 2010), se consideraron la norma ética relaciones humanas, privacidad y confidencialidad (art. 4.01,4.02, 4.05 y 4.07), investigación y publicación (art. 8.01, 8.02, 8.06, 8.07, 8.10, 8.11) y evaluación.

El Código de Ética del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología en su 4ta edición (2010), en las áreas de la calidad de la intervención retomando los artículos 29, 30, 31 y 36, la calidad de la investigación los artículos 47, 48 y 49 y con respecto a la confidencialidad los artículos 61, 62, 63, 65, 68 y 69.

El estudio es considerado con un riesgo mínimo (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, 2014), por lo que se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones: a) el participante está en todo su derecho de abandonar el estudio en el momento que así lo decida, b) el participante dará asentimiento informado y consentimiento informado para participar en la investigación, c) en caso de que se identifique

alguna alteración psicológica de importancia relacionada con el estudio, este se detendrá de manera inmediata y se les brindará a los participantes una lista de instituciones a las que podrá asistir en caso de ser necesario.

4.9 Análisis de la información

El análisis de los datos se realizó con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés). Para probar la equivalencia inicial se realizó una prueba de ANOVA de una vía. Debido al tamaño reducido de participantes después de la intervención, se realizaron pruebas no paramétricas. Específicamente se realizó prueba de medianas para muestras independientes con la finalidad de comparar las puntuaciones obtenidas en el pretest y posttest para los tres grupos: intervención de gratitud, intervención de autocompasión y control en lista de espera. Adicionalmente, se realizó el análisis clínico de los resultados, por medio del Índice de Cambio Confiable (ICC; Jacobson & Truax, 1991). Finalmente, se estimó el tamaño del efecto con la d de Cohen, cuyo valor puede ser de efecto pequeño ($d = 0.20 - 0.49$), efecto mediano ($d = 0.50 - 0.79$) o grande ($d > 0.80$; Wilcox, 2008).

Cuando se trata de investigaciones sobre intervenciones, no basta con saber que dicha intervención es eficaz, también interesa saber que esa intervención funciona en el caso particular de quien se está aplicando, es decir, saber si el participante de la intervención logra mejorar su estado de salud de una forma clínicamente relevante (Iraurgi, 2010). Para Jacobson y Truax (1991) una mejoría en el estado de salud del individuo se va a producir cuando esté regresa a un funcionamiento normal, es decir, ya puede ser considerado dentro de la población funcional. Para esto los autores propusieron tres criterios (a, b y c; Figura 1) para los distintos tipos de poblaciones (general, funcional y disfuncional) y sus respectivos puntos de corte para lo que habría de considerarse como un nivel funcional.

La presente investigación utilizó el criterio “a” para determinar el nivel funcional de las participantes, debido a que este criterio es utilizado cuando no se cuenta con datos normativos de población general o funcional. Para subsanar el no contar con datos normativos, se recurrió a datos normativos reportados en otros estudios (Alarcón, 2014; Alarcón & Caycho, 2015; Atencio, 2022; Baceviciene & Jankauskiene, 2020; Baile et al., 2002; Góngora et al., 2020; Maldonado & Nazar, 2021; Menautt et al., 2016; Moreno-Calderon et al., 2022; Neff et al., 2017; Regehr et al., 2020; Rodríguez & Cruz, 2008; Torres-Pérez et al., 2013).

Para el criterio “a” el nivel funcional después del tratamiento, debe situarse fuera de la amplitud de la población disfuncional en dirección a la funcionalidad, la amplitud va a ser la distancia de dos desviaciones estándar (DE) desde la media (M) de la distribución. Entonces, para estimar el punto de corte bajo este criterio se deben sumar dos desviaciones estándar a la media en el caso de que la variable a valorar sea positiva ($a = M_D + 2DE_D$), en el caso de que nuestra variable sea negativa por el contrario se deben restar dos desviaciones estándar a la media ($a = M_D - 2DE_D$).

Figura 1

Crterios para estimar el punto de corte.

$$a = M_D + 2DE_D$$

$$b = M_F - 2DE_F$$

$$c = (M_F + M_D) / 2$$

Nota. M_D = media grupo disfuncional; DE_D = desviación estándar grupo disfuncional; M_F = media grupo funcional; DE_F = desviación estándar grupo funcional.

Además de los cambios hacia la funcionalidad existe un segundo criterio para la significancia clínica, la utilización del Índice de Cambio Confiable (ICC; Jacobson & Truax, 1991). El cálculo del ICC se expresa de la forma siguiente:

$$ICC = \frac{X_1 - X_2}{S_{diff}}$$

Donde X_1 representa la puntuación obtenida por cada participante en el pretest, X_2 la puntuación del postest, y S_{diff} el error estándar de la diferencia entre las mediciones.

S_{diff} describe la dispersión de la distribución de las puntuaciones que podría esperarse si no ocurriera algún cambio real, y se calcula de la siguiente manera:

$$S_{diff} = \sqrt{2(S_E)^2}$$

Donde S_E es el error estándar de la medición, y se calcula con la fórmula que se presenta a continuación:

$$S_{diff} = DE_1 \sqrt{1 - r_{XX}}$$

En donde DE_1 es la desviación estándar del pretest y r_{xx} es la confiabilidad test-retest de la escala.

Un ICC mayor a 1.96 ($p < .05$) indica que un cambio en el sujeto se debió al efecto del tratamiento y no al azar, mostrando que dicho cambio es de suficiente magnitud para ser confiable.

Finalmente, el tamaño del efecto (TE) se define como un reflejo cuantitativo de la magnitud de algún fenómeno que se utiliza con el fin de abordar una cuestión de interés (Kelley & Preacher, 2012), y se calculó con la siguiente fórmula:

$$TE = \frac{M_1 - M_2}{DE_{PROM}}$$

Donde:

M_1 = media del grupo con tratamiento en la preprueba.

M_2 = media del grupo con tratamiento en la postprueba.

DE_{PROM} = desviación estándar promedio de la preprueba y la postprueba.

De acuerdo con Cohen (1992), el tamaño del efecto puede ser pequeño ($d = 0.20$ y 0.49), mediano ($d = .50$ y $.79$) o grande ($d < 0.80$).

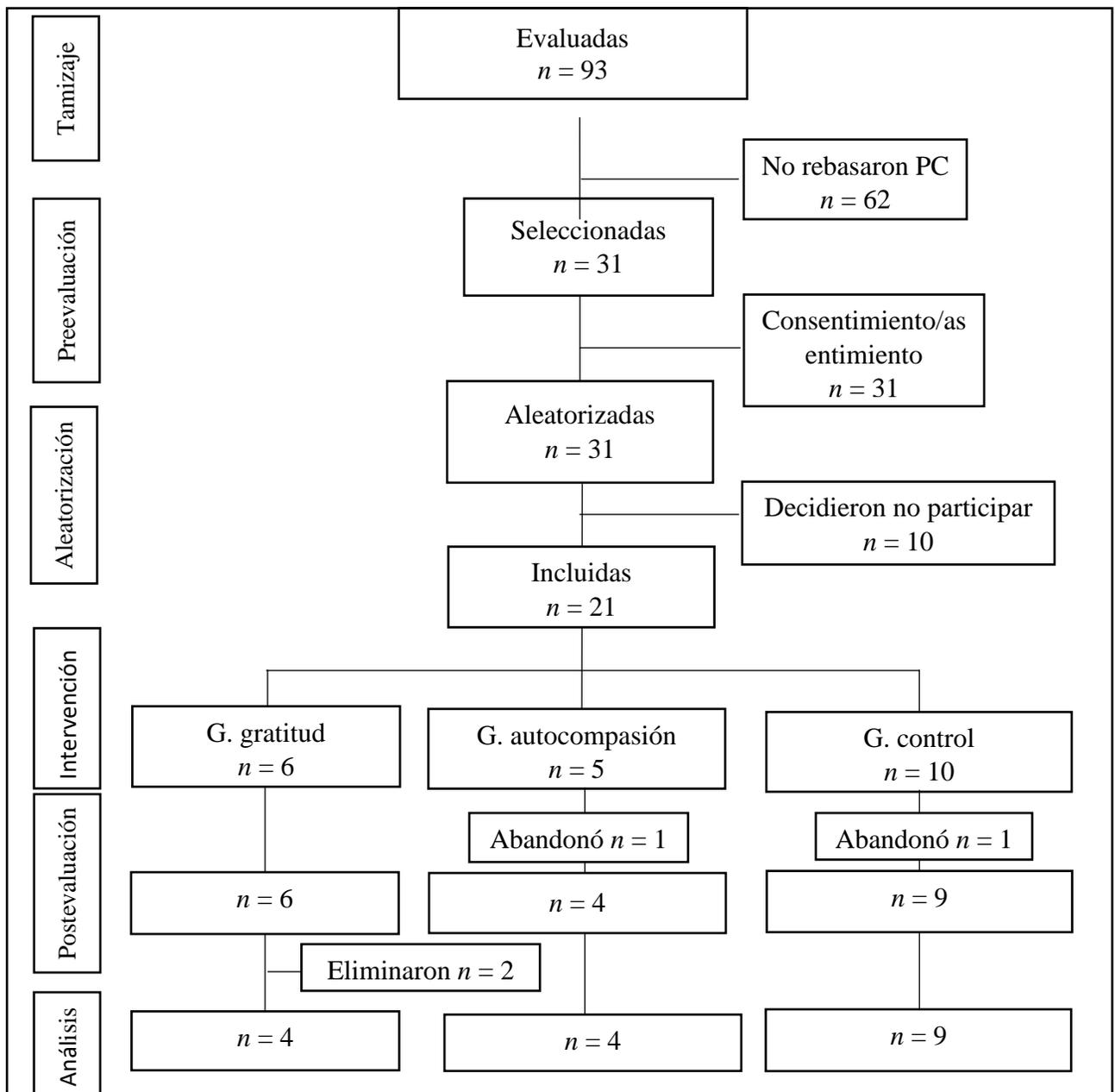
Resultados

Selección y asignación de los participantes

Como se observa en la Figura 1, 33.3% de las participantes ($n = 31$) rebasaron el punto de corte del BSQ. Inicialmente, todas las participantes otorgaron el consentimiento y el asentimiento informado para participar en la investigación, sin embargo, antes de empezar con la intervención 10 participantes se retiraron del estudio.

Figura 1

Diagrama de flujo de participantes



Equivalencia inicial

Como se observa en la Tabla 5, el ANOVA de una vía indicó que no existen diferencias significativas entre las participantes de los grupos de gratitud, autocompasión y control antes de iniciar las intervenciones, por lo que se establece equivalencia inicial entre los grupos.

Tabla 5

Equivalencia inicial de las participantes

Variable	G-G	G-A	G-C-L	F	p
	n = 10	n = 10	n = 11		
	M (DE)	M (DE)	M (DE)		
Edad	16.00(0.47)	16.00(0.00)	15.91(0.30)	0.282	.756
IMC	26.78(5.26)	26.96(4.80)	23.49(3.13)	2.052	.147
Total-BSQ	146.60(28.68)	139.70(23.22)	139.73(21.64)	0.265	.769
Total-BAS-2	2.42(0.75)	2.66(0.73)	2.60(0.56)	0.340	.715
Total-EG	67.10(8.81)	72.70(5.79)	70.00(6.97)	1.477	.246
Total-SCS	2.40(0.51)	2.47(0.44)	2.24(0.56)	0.574	.570

Nota. M = media; DE = desviación estándar; IMC = índice de masa corporal; G-G = grupo de gratitud; G-A = grupo de autocompasión; G-C-L = grupo control en lista de espera; BSQ = Cuestionario de Insatisfacción corporal; BAS-2 = Escala de Aprecio Corporal; EG = Escala de Gratitud; SCS = Escala de Autocompasión.

Mortalidad experimental

Como se observa en la Figura 1, 10 participantes (32.26%) decidieron no formar parte de la investigación antes de iniciar la intervención, una (3.23%) durante la intervención, otra (3.23%) en el posttest, y dos más (6.46%) al aplicar los criterios de eliminación, por lo que los análisis de resultados se realizaron con 17 participantes.

La participante que abandono el estudio lo hizo en la tercera sesión, dicha participante desde el inicio de la intervención se mostraba con poca participación en las actividades, poca motivación y cierta incomodidad ante los temas tratados durante la intervención. La participante que abandono en el postest era parte del grupo control en lista de espera y simplemente de manera voluntaria decidió no continuar con la evaluación.

Evaluación de la intervención

Prueba de medianas

Insatisfacción corporal. La prueba de medianas indicó que en el pretest la mediana del grupo de gratitud está un poco por debajo de la mediana global, mientras que del grupo de autocompasión su mediana está por encima de la mediana global. Para el grupo control en lista de espera su mediana se encuentra igual que la mediana global (Figura 2). Por otro lado, en el postest se puede apreciar que en los grupos experimentales su mediana se encuentra por debajo de la mediana global, mientras que el grupo control en lista de espera su mediana se encuentra por encima de la mediana global (Figura 3). Dichos resultados muestran que hubo diferencias del pretest al postest en la insatisfacción corporal de las participantes del grupo de gratitud y del grupo de autocompasión. Estos dos últimos grupos disminuyeron su insatisfacción corporal del pretest al postest.

Figura 2

Prueba de medianas pretest de insatisfacción corporal.

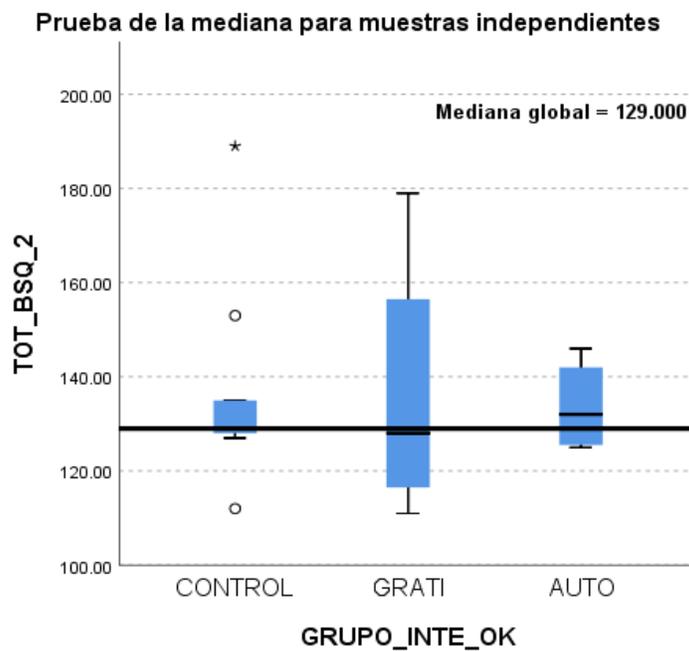
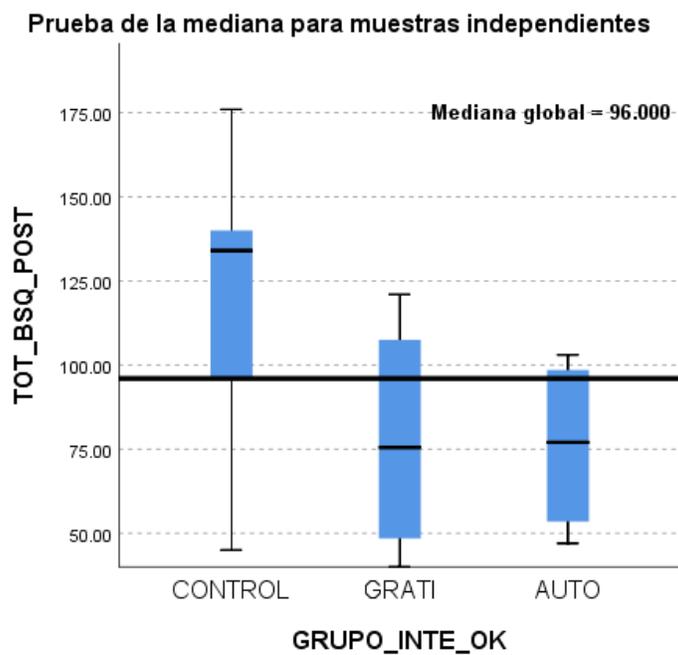


Figura 3

Prueba de medianas posttest de insatisfacción corporal.



Aprecio corporal. La prueba de medianas indicó que en el pretest los grupos experimentales su mediana se encontraba por encima de la mediana global, mientras que el grupo control en lista de espera su mediana se encontraba por debajo de la mediana global (Figura 4). Por tanto, del pretest al postest en el aprecio corporal las participantes de los grupos experimentales mantuvieron su mediana por encima de la mediana global y el grupo control en lista de espera la mantuvo por debajo de la mediana global (Figura 5). En los grupos de gratitud y autocompasión el aprecio corporal aumentó del pretest al postest.

Figura 4

Prueba de medianas pretest de aprecio corporal.

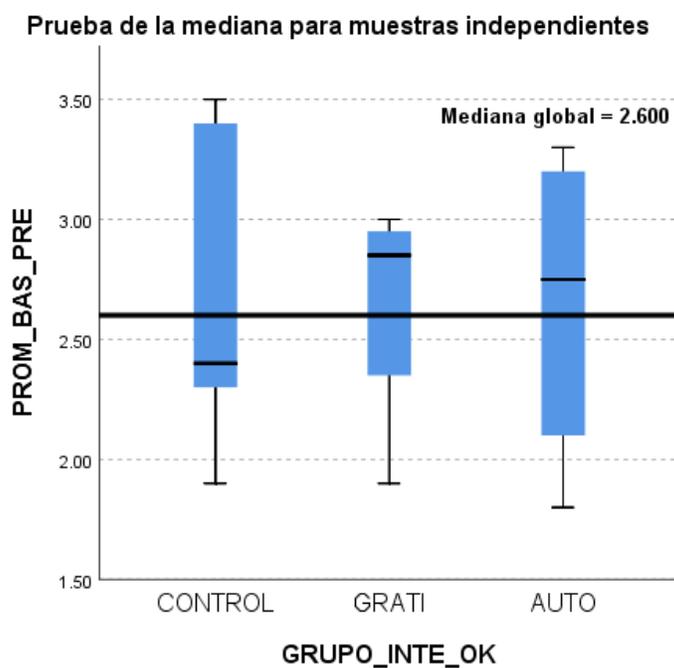
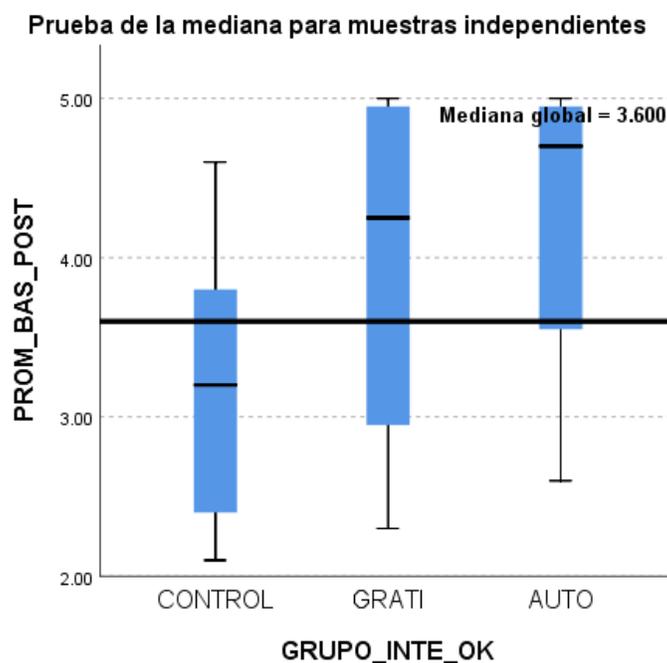


Figura 5

Prueba de medianas posttest de aprecio corporal.



Gratitud. La prueba de medianas indicó que en el pretest el grupo de intervención de gratitud su mediana se encontraba por debajo de la mediana global, el grupo de intervención de autocompasión su mediana estaba por encima de la mediana global, y el control en lista de espera su mediana se localizó sobre la mediana global (Figura 6). En el posttest los grupos de intervención su mediana se colocó por arriba de la mediana global, mientras que el grupo control en lista de espera su mediana se localizó debajo de la mediana global (Figura 7). En los grupos de gratitud y autocompasión la gratitud presentó un aumento del pretest al posttest.

Figura 6

Prueba de medianas pretest de gratitud.

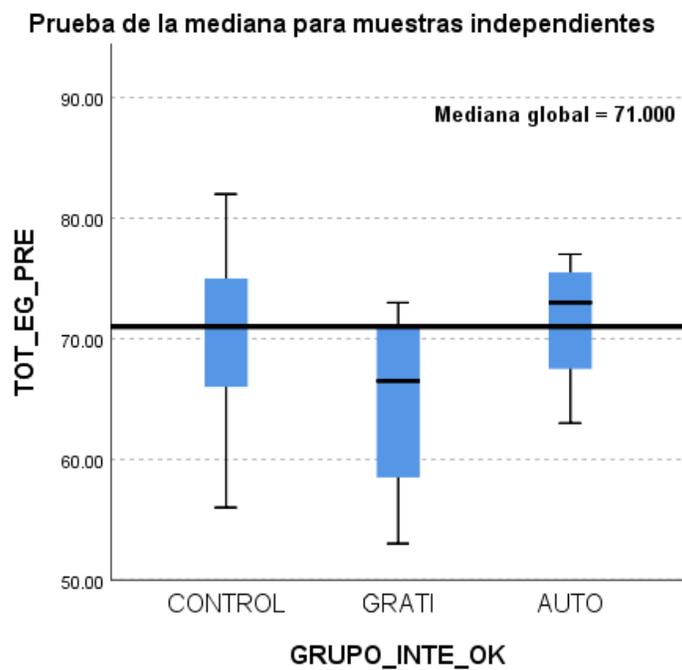
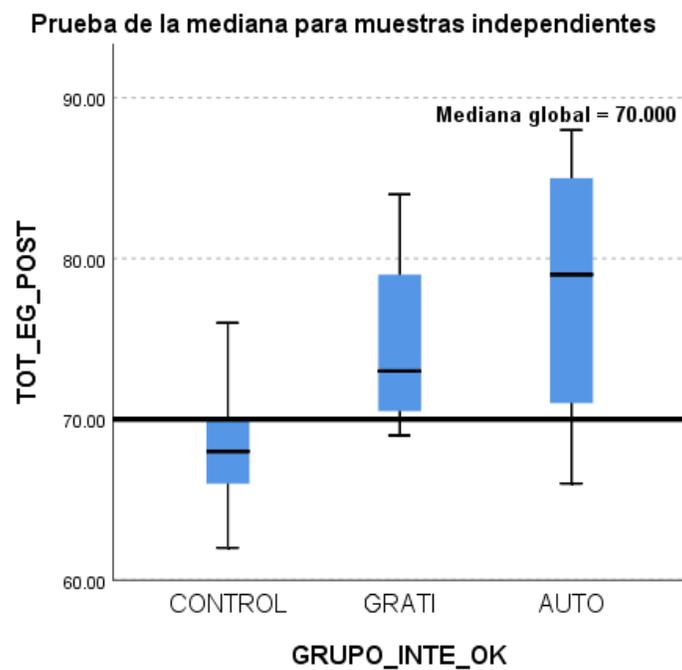


Figura 7

Prueba de medianas posttest de gratitud.



Autocompasión. La prueba de medianas indicó en el pretest que el grupo de gratitud y el control en lista de espera sus medianas se localizaron por encima de mediana global, mientras que la mediana de las participantes del grupo de autocompasión se localizó por debajo de la media global (Figura 8). En el postest se obtuvo que las medianas de las participantes de los grupos experimentales se colocaron por encima de la mediana global, mientras que la mediana de las participantes del grupo control en lista de espera se localizó por debajo de la mediana global (Figura 9). Los grupos experimentales aumentaron su autocompasión del pretest al postest.

Figura 8

Prueba de medianas pretest autocompasión.

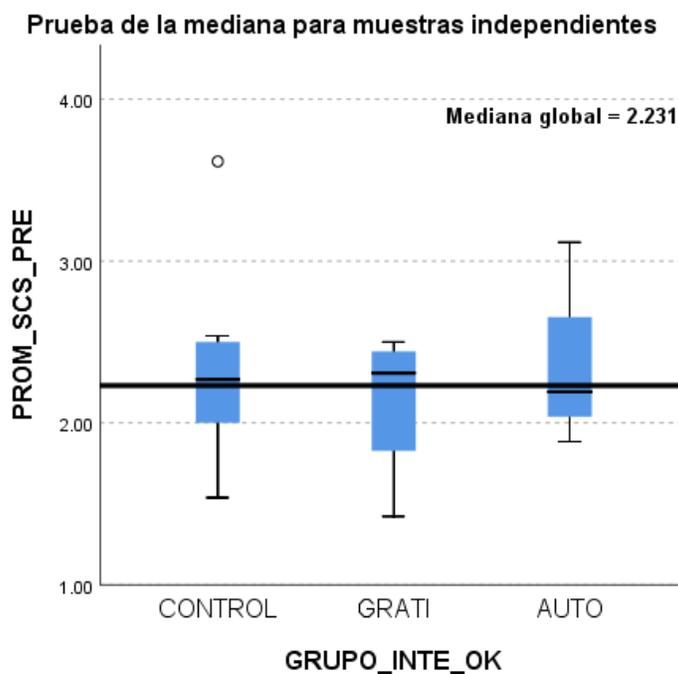
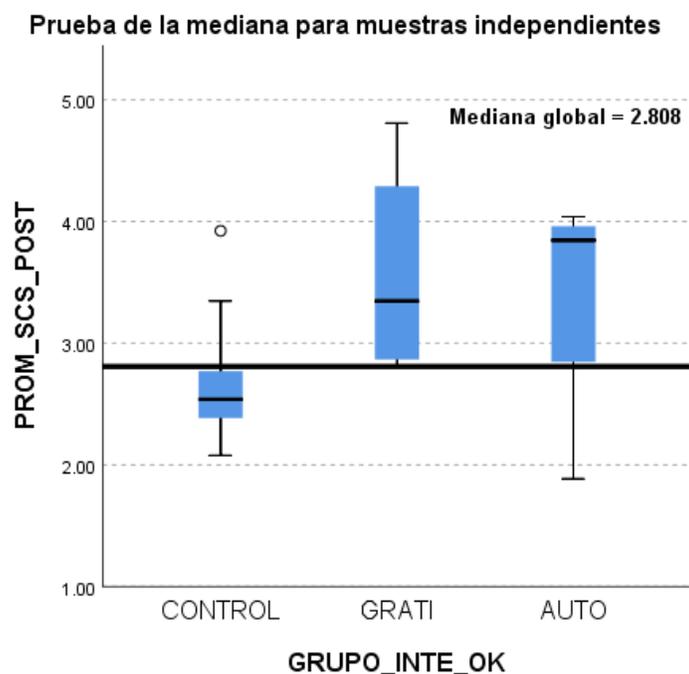


Figura 9

Prueba de medianas posttest autocompasión.



Evaluación de los contenidos de la intervención

Para conocer la percepción de las adolescentes que participaron en alguna de las dos intervenciones, se les pidió que respondieran una hoja de evaluación con el propósito de identificar posibles mejoras a las intervenciones. En general, las participantes indicaron haberse sentido a gusto en cada una de las sesiones (Tabla 8), asimismo las describieron como interesantes y de gran ayuda, no refirieron el hacer posibles cambios que contribuyan en la mejora de las intervenciones. Las adolescentes, también consideraron que el haber participado en las intervenciones logró cambios en ellas: valorar a sus cuerpos, darse cuenta de cualidades que tienen, agradecer a sus cuerpos lo que hace por ellas, aceptarse y no dañarse. De igual manera, las adolescentes opinaron que los materiales utilizados en las sesiones fueron de apoyo para entender los temas, además de ser entretenidos y didácticos.

La percepción que tuvieron las participantes sobre si las intervenciones lograron sus objetivos es favorable ya que las adolescentes consideraron que sí lo lograron.

Tabla 8

Observaciones realizadas por las adolescentes (n = 8).

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me sentí a gusto con los temas vistos.				12.5%	87.5%
Sentí que podía opinar sin temor a ser juzgada.				25%	75%
Siento que las actividades aportan algo a mi vida.			12.5%	12.5%	75%
Sentí que cuando participaba era escuchada.				25%	75%
Volvería a participar en otras actividades similares a estas.			12.5%	25%	62.5%
Recomendaría el programa a otras adolescentes.				12.5%	87.5%
Los temas vistos fueron interesantes.				12.5%	87.5%
1. ¿Qué opinas de los temas vistos? Interesantes /bonitos/de gran ayuda.					
2. ¿Cuál fue la actividad que más te gusto? Escritura de la carta/ lanzar la pelota/ la de autocompasión/ amarraron las manos /todas					
3. ¿Cuál fue la actividad que menos te gusto? Ninguna/la escritura de la carta/ la silueta.					
4. Si pudieras cambiarle algo a las sesiones ¿Qué cambiarías? Nada /temas para problemas familiares.					
5. Después de haber participado en el programa ¿Percibes algún cambio en ti? ¿Cuál? Tener más autocompasión y amor propio/sentirme más a gusto conmigo/ agradecida con mi cuerpo /ya no dejar de comer/ aceptación /no dañarse.					
6. ¿Qué opinas de los materiales que se utilizaron a lo largo del programa? Buenos / de apoyo / interesantes y didácticos.					
7. ¿Aprendiste algo durante las sesiones? ¿Qué aprendiste? Apreciarme / reconocer características de mi personalidad /saber que no soy la única que pasa por esto / valorar y respeta a mi cuerpo.					
8. ¿Consideras que el programa logró su objetivo? Si / un poco.					

Evaluación de la significancia clínica

Insatisfacción corporal

Como se observa en la Tabla 9, todas las participantes del grupo de autocompasión disminuyeron su insatisfacción corporal del pretest al posttest, pero solo en 75% de los casos (P1, P2 y P3) el cambio es confiable ($ICC \geq 1.96$ indica que un cambio en el sujeto no se debió al azar sino al efecto del tratamiento). De estas últimas, 66.67% (P2 y P3) tuvieron un cambio clínico que se clasifica en recuperación. Si bien P1 tuvo una mejoría, está aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

En cuanto al grupo de gratitud se muestra que, todas las participantes disminuyeron su insatisfacción corporal del pretest al posttest, pero solo en 25% de los casos (P7) su mejoría es confiable ($ICC \geq 1.96$), siendo un cambio clínico que se clasifica en recuperación.

Con respecto al grupo control en lista de espera la Tabla 9 muestra que, 66.67% (P10, P11, P12, P14, P15 Y P17) de las participantes disminuyeron su insatisfacción corporal del pretest al posttest, pero solo en uno de los casos (P14) el cambio es confiable ($ICC \geq 1.96$), siendo clasificado como en recuperación. Si bien P10, P11, P12, P15 y P17 tuvieron una mejoría, estas aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

Tabla 9

Significancia clínica de los resultados de la insatisfacción corporal.

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P1	G-A	146	94	-52	-71.03	M	-3.72	D	CC	MDD
P2	G-A	138	47	-91	-71.03	M	-6.51	F	CC	R
P3	G-A	125	60	-65	-71.03	M	-4.65	F	CC	R
P4	G-A	126	103	-23	-71.03	M	-1.64	D	NC	SCDD
P5	G-G	122	121	-1	-73.78	M	-0.02	D	NC	SCDD
P6	G-G	111	40	-71	-73.78	M	-1.54	F	NC	SCHF
P7	G-G	179	57	-122	-73.78	M	-2.66	F	CC	R

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P8	G-G	134	94	-40	-73.78	M	-0.87	D	NC	SCDD
P9	G-C-L	153	176	23	-74.39	EM	1.34	D	NC	SCDD
P10	G-C-L	132	110	-22	-74.39	M	-1.28	D	NC	SCDD
P11	G-C-L	112	89	-23	-74.39	M	-1.34	D	NC	SCDD
P12	G-C-L	127	96	-31	-74.39	M	-1.80	D	NC	SCDD
P13	G-C-L	129	140	11	-74.39	EM	0.64	D	NC	SCHD
P14	G-C-L	128	45	-83	-74.39	M	-4.83	F	CC	R
P15	G-C-L	135	134	-1	-74.39	M	-0.05	D	NC	SCDD
P16	G-C-L	129	135	6	-74.39	EM	0.34	D	NC	SCDD
P17	G-C-L	189	175	-14	-74.39	M	-0.81	D	NC	SCDD

Nota. P = participante; G-I = grupo de intervención; Pre = puntaje obtenido en la primera evaluación; Post = puntaje obtenido en la segunda evaluación; P-P = diferencia del pre al post; E-I = estado del individuo; ICC = índice de cambio confiable; INT = interpretación; CC = cambio confiable; NC = no cambio; G-A = grupo de autocompasión; G-C-L = grupo control en lista de espera; G-G = grupo de gratitud; M = mejora; EM = empeora; F = funcional; D = disfuncional; MDD = mejora dentro de la disfuncionalidad; R = recuperado; SCDD = sin cambio dentro de la disfuncionalidad; SCHD = sin cambio hacia la disfuncionalidad; SCHF = sin cambio hacia la funcionalidad.

Aprecio corporal

Como se observa en la Tabla 10, todas las participantes del grupo de autocompasión aumentaron su aprecio corporal del pretest al postest, pero solo en 75% de los casos (P1, P2 y P3) la mejoría es confiable ($ICC \geq 1.96$), dicho cambio clínico se clasifica en recuperación. Si bien P4 tuvo una mejoría, está aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

Con respecto a las participantes del grupo de gratitud, 75% aumentaron su aprecio corporal del pretest al postest, pero solo 66.66% de los casos (P6 y P7) el cambio es confiable

(ICC \geq 1.96), entrando en la clasificación en recuperación. Aunque P8 tuvo una mejoría, está aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

Para el grupo control en lista de espera en la Tabla 10 se observa que, 77.77% de las participantes aumentó su aprecio corporal del pretest al postest, pero solo 42.86% de los casos (P11, P13 y P14) se puede considerar como un cambio confiable (ICC \geq 1.96). De estas últimas, solo P14 tuvo un cambio que se clasifica en recuperación. Las participantes restantes P11 y P13 tuvieron una mejoría, éstas aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

Tabla 10

Significancia clínica de los resultados del aprecio corporal.

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P1	G-A	3.3	4.9	1.6	4.49	M	2.15	F	CC	R
P2	G-A	3.1	5	1.9	4.49	M	2.55	F	CC	R
P3	G-A	1.8	4.5	2.7	4.49	M	3.63	F	CC	R
P4	G-A	2.4	2.6	0.2	4.49	M	0.26	D	NC	SCDD
P5	G-G	2.8	2.3	-0.5	4.49	E	-0.58	D	NC	SCDD
P6	G-G	3	4.9	1.9	4.49	M	2.21	F	CC	R
P7	G-G	1.9	5	3.1	4.49	M	3.61	F	CC	R
P8	G-G	2.9	3.6	0.7	4.49	M	0.81	D	NC	SCDD
P9	G-C-L	2.3	2.1	-0.2	4.51	EM	-0.62	D	NC	SCDD
P10	G-C-L	3.4	3.8	0.4	4.51	M	1.25	D	NC	SCDD
P11	G-C-L	2.6	3.3	0.7	4.51	M	2.20	D	CC	MDD
P12	G-C-L	2.3	2.5	0.2	4.51	M	0.62	D	NC	SCDD
P13	G-C-L	2.2	3.2	1	4.51	M	3.14	D	CC	MDD
P14	G-C-L	3.4	4.6	1.2	4.51	M	3.77	F	CC	R
P15	G-C-L	2.4	2.4	0	4.51	ES	0	D	NC	SCDD
P16	G-C-L	1.9	2.4	0.5	4.51	M	1.57	D	NC	SCDD
P17	G-C-L	3.5	3.8	0.3	4.51	M	0.94	D	NC	SCDD

Nota. P = participante; G-I = grupo de intervención; Pre = puntaje obtenido en la primera evaluación; Post = puntaje obtenido en la segunda evaluación; P-P = diferencia del pre al

post: E-I = estado del individuo; ICC = índice de cambio confiable; INT = interpretación; CC = cambio confiable; NC = no cambio; G-A = grupo de autocompasión; G-C-L = grupo control en lista de espera; G-G = grupo de gratitud; M = mejora; EM = empeora; ES = estable; F = funcional; D = disfuncional; MDD = mejora dentro de la disfuncionalidad; R = recuperado; SCDD = sin cambio dentro de la disfuncionalidad; SCHD = sin cambio hacia la disfuncionalidad; SCHF = sin cambio hacia la funcionalidad.

Gratitud

Como se observa en la Tabla 11, 75% de las participantes del grupo de autocompasión aumentó su gratitud del pretest al posttest, pero solo en 33.33% de los casos (P2) el cambio es confiable ($ICC \geq 1.96$), sin embargo, dicho cambio clínico se clasificaría en una mejora dentro de la disfuncionalidad.

En cuanto al grupo de gratitud se muestra que, 75% de las participantes aumentaron su gratitud del pretest al posttest, pero en ninguno de los casos (P6, P7 y P8) el cambio es confiable ($ICC \geq 1.96$), por lo que P6 se clasifica como sin cambio hacia la funcionalidad mientras que, P7 y P8 se clasifican sin cambio dentro de la disfuncionalidad.

Con respecto al grupo control en lista de espera la Tabla 11 muestra que, 44.44% (P11, P12, P13 Y P15) de las participantes aumentaron su gratitud del pretest al posttest, pero en ninguno de los casos la mejoría es confiable ($ICC \geq 1.96$). Si bien las participantes tuvieron una mejoría, éstas aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

Tabla 11

Significancia clínica de los resultados de gratitud.

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P1	G-A	77	82	5	90.42	M	0.48	D	NC	SCDD
P2	G-A	63	88	25	90.42	M	2.44	D	CC	MDD

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P3	G-A	74	76	2	90.42	M	0.19	D	NC	SCDD
P4	G-A	72	66	-6	90.42	EM	-0.58	D	NC	SCDD
P5	G-G	73	72	-1	83.67	EM	-0.09	D	NC	SCDD
P6	G-G	69	84	15	83.67	M	1.35	F	NC	SCHF
P7	G-G	53	74	21	83.67	M	1.89	D	NC	SCDD
P8	G-G	64	69	5	83.67	M	0.45	D	NC	SCDD
P9	G-C-L	73	68	-5	89.14	EM	-0.69	D	NC	SCDD
P10	G-C-L	82	76	-6	89.14	EM	-0.83	D	NC	SCDD
P11	G-C-L	66	69	3	89.14	M	0.41	D	NC	SCDD
P12	G-C-L	71	75	4	89.14	M	0.55	D	NC	SCDD
P13	G-C-L	63	65	2	89.14	M	0.27	D	NC	SCDD
P14	G-C-L	75	68	-7	89.14	EM	-0.97	D	NC	SCDD
P15	G-C-L	56	66	10	89.14	M	1.39	D	NC	SCDD
P16	G-C-L	70	62	-8	89.14	EM	-1.11	D	NC	SCDD
P17	G-C-L	76	70	-6	89.14	EM	-0.83	D	NC	SCDD

Nota. P = participante; G-I = grupo de intervención; Pre = puntaje obtenido en la primera evaluación; Post = puntaje obtenido en la segunda evaluación; P-P = diferencia del pre al post; E-I = estado del individuo; ICC = índice de cambio confiable; INT = interpretación; CC = cambio confiable; NC = no cambio; G-A = grupo de autocompasión; G-C-L = grupo control en lista de espera; G-G = grupo de gratitud; M = mejora; EM = empeora; ES = estable; F = funcional; D = disfuncional; MDD = mejora dentro de la disfuncionalidad; R = recuperado; SCDD = sin cambio dentro de la disfuncionalidad; SCHD = sin cambio hacia la disfuncionalidad; SCHF = sin cambio hacia la funcionalidad.

Autocompasión

Como se observa en la Tabla 12, 75% de las participantes del grupo de autocompasión aumentaron su autocompasión del pretest al posttest, pero solo en 66.67% de los casos (P2 y

P3) el cambio es confiable ($ICC \geq 1.96$). Estas últimas tuvieron una mejoría que se clasifica en recuperación. Si bien P1 tuvo una mejoría, está aún se encuentra sin cambio hacia la funcionalidad.

En cuanto al grupo de gratitud se observa que, todas las participantes aumentaron su autocompasión del pretest al postest, pero solo 50% de los casos (P6 y P7) el cambio es confiable ($ICC \geq 1.96$), siendo clasificado como en recuperación. Aunque P5 y P8 tuvieron una mejoría, estas aún se encuentra dentro de la disfuncionalidad.

Con respecto al grupo control en lista de espera la Tabla 12 muestra que, 88.89% de las participantes aumentaron su autocompasión del pretest al postest, pero solo 25% de los casos (P11 y P16) la mejoría es confiable ($ICC \geq 1.96$), sin embargo, esta mejoría se clasifica como dentro de la disfuncionalidad.

Tabla 12

Significancia clínica de los resultados de autocompasión.

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P1	G-A	3.12	3.81	0.69	3.67	M	0.99	F	NC	SCHF
P2	G-A	1.88	3.88	2	3.67	M	2.87	F	CC	R
P3	G-A	2.19	4.04	1.85	3.67	M	2.66	F	CC	R
P4	G-A	2.19	1.88	-0.31	3.67	EM	-0.44	D	NC	SCDD
P5	G-G	2.5	2.92	0.42	3.45	M	0.52	D	NC	SCDD
P6	G-G	2.23	4.81	2.58	3.45	M	3.22	F	CC	R
P7	G-G	1.42	3.77	2.35	3.45	M	2.94	F	CC	R
P8	G-G	2.38	2.81	0.43	3.45	M	0.53	D	NC	SCDD
P9	G-C-L	2.08	2.19	0.11	3.6	M	0.26	D	NC	SCDD
P10	G-C-L	2.5	2.65	0.15	3.6	M	0.35	D	NC	SCDD
P11	G-C-L	2.35	3.35	1	3.6	M	2.36	D	CC	MDD
P12	G-C-L	2	2.77	0.77	3.6	M	1.82	D	NC	SCDD
P13	G-C-L	2.27	2.46	0.19	3.6	M	0.44	D	NC	SCDD
P14	G-C-L	3.62	3.92	0.3	3.6	M	0.70	F	NC	SCHF

P	G-I	Pre	Post	P-P	PC	E-I	ICC	INT	CF/NC	Situación
P15	G-C-L	1.65	2.08	0.43	3.6	M	1.01	D	NC	SCDD
P16	G-C-L	1.54	2.54	1	3.6	M	2.36	D	CC	MDD
P17	G-C-L	2.54	2.38	-0.16	3.6	EM	-0.37	D	NC	SCDD

Nota. P = participante; G-I = grupo de intervención; Pre = puntaje obtenido en la primera evaluación; Post = puntaje obtenido en la segunda evaluación; P-P = diferencia del pre al post; E-I = estado del individuo; ICC = índice de cambio confiable; INT = interpretación; CC = cambio confiable; NC = no cambio; G-A = grupo de autocompasión; G-C-L = grupo control en lista de espera; G-G = grupo de gratitud; M = mejora; EM = empeora; ES = estable; F = funcional; D = disfuncional; MDD = mejora dentro de la disfuncionalidad; R = recuperado; SCDD = sin cambio dentro de la disfuncionalidad; SCHD = sin cambio hacia la disfuncionalidad; SCHF = sin cambio hacia la funcionalidad.

Evaluación de la significancia clínica sujeto por sujeto

Como se puede observar en la Tabla 13, las participantes del grupo de autocompasión fueron las que más mostraron cambios clínicamente significativos, los cuales podrían atribuirse a la intervención que recibieron. Para el grupo de autocompasión 75% (P1, P2, y P3) de las adolescentes mostraron una mejoría significativa. En el caso de P2, disminuyó su insatisfacción corporal, aumentó su aprecio corporal, su gratitud y su autocompasión. Por otro lado, P3 disminuyó su insatisfacción corporal, aumentó su aprecio y su autocompasión. Si bien P1 mostro cambios significativos, estos solo fueron una disminución en su insatisfacción corporal y un aumentó en su aprecio corporal.

En cuanto al grupo de gratitud se puede observar que, 50% (P6 y P7) tuvieron cambios clínicamente significativos. En P6 se logró aumentar su aprecio corporal y su

autocompasión, mientras que P7 logró disminuir su insatisfacción corporal, aumentó su aprecio corporal y su autocompasión.

Finalmente, para el grupo control en lista de espera de manera sorprendente 44.44% (P11, P13, P14 y P16) presentó cambios clínicamente significativos en una o dos variables. En el caso de P11, mostró cambios en su aprecio corporal y su autocompasión, mientras que P14 disminuyó su insatisfacción corporal y aumentó su aprecio corporal. Si bien P13 y P16 mostraron cambios estos solo fueron en aprecio corporal y autocompasión respectivamente.

Tabla 13

Análisis general de la significancia clínica por sujeto.

P	G-I	BSQ	BAS-2	EG	SCS
P1	G-A	-3.72*	2.15*	0.48	0.99
P2	G-A	-6.51*	2.55*	2.44*	2.87*
P3	G-A	-4.65*	3.63*	0.19	2.66*
P4	G-A	-1.64	0.26	-0.58	-0.44
P5	G-G	-0.02	-0.58	-0.09	0.52
P6	G-G	-1.54	2.21*	1.35	3.22*
P7	G-G	-2.66*	3.61*	1.89	2.94*
P8	G-G	-0.87	0.81	0.45	0.53
P9	G-C-L	1.34	-0.62	-0.69	0.26
P10	G-C-L	-1.28	1.25	-0.83	0.35
P11	G-C-L	-1.34	2.20*	0.41	2.36*
P12	G-C-L	-1.80	0.62	0.55	1.82
P13	G-C-L	0.64	3.14*	0.27	0.44
P14	G-C-L	-4.83*	3.77*	-0.97	0.70
P15	G-C-L	-0.05	0	1.39	1.01
P16	G-C-L	0.34	1.57	-1.11	2.36*
P17	G-C-L	-0.81	0.94	-0.83	-0.37

Nota. P = participante; G-I = grupo de intervención; G-A = grupo de autocompasión; G-C-L = grupo control en lista de espera; G-G = grupo de gratitud; BSQ = Cuestionario de

Insatisfacción corporal; BAS-2 = Escala de Aprecio Corporal; EG = Escala de Gratitud; SCS = Escala de Autocompasión; * = cambio clínico confiable.

Tamaño del efecto

Comparación del pretest al postest

La Tabla 14, presenta el tamaño del efecto del pretest al postest de los grupos de intervención, así como del grupo control en lista de espera, considerando los parámetros de magnitud propuestos por Cohen (1992), cuyo valor puede ser de efecto pequeño ($d = 0.20 - 0.49$), efecto mediano ($d = 0.50 - 0.79$) o grande ($d > 0.80$).

Tabla 14

Tamaño del efecto en el postest.

	G-I	M_{PRE}	M_{POST}	DE_{PRE}	DE_{POST}	TE_{POST}
Insatisfacción corporal.	G-G	136.50	78.0	29.85	36.47	.66
	G-A	133.75	76.0	10.08	26.77	.82
	G-C-L	137.11	122.22	22.14	42.13	.22
Aprecio corporal.	G-G	2.65	3.95	0.51	1.27	.56
	G-A	2.65	4.25	0.69	1.12	.65
	G-C-L	2.67	3.12	0.60	0.84	.29
Gratitud.	G-G	64.75	74.75	8.66	6.50	.55
	G-A	71.50	78.0	6.03	9.38	.38
	G-C-L	70.22	68.78	7.71	4.49	.11
Autocompasión.	G-G	2.13	3.58	0.49	0.93	.70
	G-A	2.35	3.40	0.53	1.02	.54
	G-C-L	2.28	2.71	0.61	0.59	.34

Nota. G-I = Grupo de intervención; G-G = Grupo de gratitud; G-A = Grupo de autocompasión; M_{PRE} = Media en el pretest; M_{POST} = Media en el postest; DE_{PRE} = Desviación estándar en el pretest; DE_{POST} = Desviación estándar en el postest; TE_{POST} = Tamaño del efecto en el postest; Efecto pequeño ($d = 0.20 - 0.49$); Efecto mediano ($d = 0.50 - 0.79$); Efecto grande ($d > 0.80$).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención basada en gratitud y otra en autocompasión para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes con insatisfacción corporal. Las hipótesis de investigación suponían una mejora tanto en el grupo de autocompasión como en el de gratitud en cuanto a la insatisfacción corporal, el aprecio corporal, la gratitud y la autocompasión, mientras que en el grupo control en lista de espera no se reflejaría ningún cambio.

Con respecto al primer objetivo específico sobre diseñar una intervención basada en autocompasión y gratitud se realizó una búsqueda para su diseño obteniendo como resultados el origen de dos manuales, uno de autocompasión y otro de gratitud, en los cuales se realizaron las adecuaciones pertinentes para poder llevar a cabo actividades propuestas en otras intervenciones en el contexto de la presente investigación, ya que la presencia de un manual para el facilitador, puede llegar a asegurar que la integridad del tratamiento no se vea comprometida (Eap & Nagayama, 2008).

El análisis de resultados permitió identificar que antes de empezar con las intervenciones el grupo de autocompasión, el grupo de gratitud y el grupo control en lista de espera no mostraron diferencias significativas entre sus participantes, por lo que se estableció equivalencia inicial entre los grupos, dando cumplimiento al segundo objetivo específico.

En cuanto a los objetivos específicos tres y cuatro, los análisis indicaron una disminución del pretest al posttest estadísticamente significativa en la insatisfacción corporal de las participantes de los grupos de autocompasión y gratitud. El análisis clínico de los datos indicó que solo dos de las participantes del grupo de autocompasión (50%) y una del grupo de gratitud (25%) tuvieron un cambio que las ubicó en recuperación. Este resultado podría ser alentador ya que la insatisfacción corporal es un factor de riesgo importante que puede

dar origen a conductas alimentarias de riesgo, donde se ven involucradas en distinto grado variables individuales, sociales y culturales importantes, teniendo mayor peso las que tienen relación con los modelos estéticos corporales (Berengüí et al., 2016). Sin embargo, la naturaleza de estudio piloto de esta investigación y los resultados obtenidos en otras variables en donde el grupo control en lista de espera también reflejó mejoría (aprecio corporal y autocompasión) indican la necesidad de tomar con cautela dichos hallazgos.

En el presente estudio, se puede considerar la presencia de algunas limitaciones basadas en una guía práctica para la dirección de ensayos controlados aleatorios para intervenciones psicosociales (Nezu & Nezu, 2008), donde se explica que existen ciertas amenazas contra la validez interna y externa de las investigaciones sobre intervenciones psicosociales, mismas que pueden ser consideradas para futuras investigaciones.

Dentro de las amenazas contra la validez interna nos enfrentamos a situaciones como la historia de las participantes, donde durante el proceso de intervención pudieron haber ocurrido algunos eventos dentro o fuera del estudio sin que el investigador tuviera control sobre ellos. También, las pruebas e instrumentos de medición tienen un papel importante, debido a que el aplicar una prueba puede afectar el desempeño en las pruebas posteriores, ya que se puede generar cierta familiaridad con el procedimiento de la prueba lo que puede generar cambios de respuestas en los participantes (Nezu & Nezu, 2008).

Con respecto a las amenazas contra la validez externa podemos mencionar las características de la muestra, esta implica el grado en que se puede llegar a generalizar los resultados a partir de la muestra que se incluyó en el estudio, debido a que cada individuo presenta diferentes características, aunque en este estudio hubo una equivalencia inicial, existe la posibilidad de que haya otras variables importantes que no fueron consideradas en la investigación (Grant et al., 2008).

Existen otro tipo de amenazas como las de constructo y de conclusión estadísticas, las cuales abordan temas como las expectativas del experimentador, la difusión del tratamiento, un bajo poder estadístico y medidas poco confiables que deben ser consideradas para futuras investigaciones. Al respecto se sugiere que las intervenciones sean llevadas a cabo por profesionales capacitados por el investigador con la finalidad de no presentar sesgo en la investigación debido al interés que el propio investigador tiene hacia su trabajo. El bajo poder estadístico puede deberse al número de participantes incluidos en el mismo. Dado que el tamaño de la muestra y la potencia están relacionados (Wilcox, 2008), por lo que, un número reducido de participantes conducen a niveles más bajos de potencia.

De igual forma por la muestra pequeña los análisis estadísticos se ven afectados ya que no se pueden realizar pruebas paramétricas que permitan visualizar análisis más completos sobre los resultados. En cuanto a las medidas poco confiables se sugiere que se retomen medidas relacionadas directamente con el cuerpo, para así tener una medida clara sobre los constructos, ya que en este estudio se utilizaron algunas medidas que no estaban dirigidas directamente hacia el cuerpo, sino que median a la variable de forma general (p.e. medir gratitud por el cuerpo en lugar de medir gratitud general).

Si bien, en el presente estudio existieron ciertas limitaciones se considera importante mencionarlas, ya que estas servirán para continuar mejorando los procedimientos en las investigaciones futuras. Es importante mencionar que cada uno de los resultados muestran cambios positivos o encaminados hacia una mejora del aprecio corporal, este es el inicio de un camino para recorrer.

Conclusiones

A lo largo de la vida las mujeres pueden experimentar insatisfacción corporal, sentir angustia por su peso, sin embargo, se debe diferenciar entre una angustia normativa y una patológica. La angustia normativa puede llegar a brindar beneficios en las mujeres debido a que puede originar un cambio significativo en la conducta con respecto a la pérdida de peso, pero si la angustia sobrepasa el límite convirtiéndose en patológica podría ocasionar que las mujeres puedan ponerse en riesgo involucrándose en conductas autodestructivas (p. e. ejercicio excesivo, dietas e incluso someterse a cirugías estéticas). Por esta razón, la insatisfacción corporal en grado patológico adquiere relevancia clínica porque en los últimos años los sentimientos de insatisfacción relacionados con el peso corporal cada vez están más presentes (Devlin & Zhu, 2021).

Por medio de la revisión de algunos estudios realizados en México, se identificó que, en los últimos diez años, dichos estudios reportaron dentro de sus mediciones porcentajes de insatisfacción corporal en mujeres adolescentes (Franco et al., 2019; Guadarrama et al., 2014; Trejo et al., 2010; Vargas-Almendra et al., 2021), las cifras reportadas son un dato importante para dar cuenta de la importancia de atender a la insatisfacción corporal.

Por otro lado, se cuenta con investigaciones cualitativas y cuantitativas, además de teorías enmarcadas dentro de la Psicología Positiva (Piran, 2017, 2019; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), en las que se muestra una visión positiva para intentar contrarrestar la insatisfacción corporal desde componentes que favorezcan a la imagen corporal positiva (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). En este tenor se encuentra el aprecio corporal, el cual se vincula con aspectos positivos de relevancia clínica, empírica y teórica, además de empoderar a las personas para el cuidado de su salud y bienestar (Nolen & Panisch, 2022; Tylka, 2019).

Por consiguiente, se han implementado estudios que han indagado sobre intervenciones para mejorar el aprecio corporal. Específicamente con adolescentes existe una revisión sistemática (Hernández-Cruz et al., 2022), donde se identificaron intervenciones que abordaron el aprecio corporal en adolescentes, sin embargo, dichas intervenciones han sido realizadas en Europa y Norteamérica. Asimismo, se identificaron los aspectos positivos que han sido incluidos en las intervenciones, apuntando que la gratitud y la autocompasión son elementos importantes que favorecen el aprecio corporal (Braun et al., 2016; Davis et al., 2016; Dickens, 2017).

A nuestro saber el presente estudio es una de las primeras aproximaciones con el propósito de generar información empírica, acerca de la importancia de abordar variables positivas que promuevan el aprecio corporal en mujeres adolescentes mexicanas, por medio del diseño, implementación y evaluación de la efectividad de una intervención basada en gratitud y autocompasión. Los datos informados en la presente investigación servirán como base para las futuras investigaciones en las que su objetivo sea incrementar el aprecio corporal y disminuir la insatisfacción corporal.

Si bien, los resultados presentados pueden originar cierta incertidumbre sobre si estos son positivos o negativos, es un buen primer acercamiento para generar interés por variables como la gratitud y la autocompasión como componentes que pueden impactar en el aprecio y la insatisfacción corporal. En este tenor, aunque existen amenazas metodológicas que se deben perfeccionar, los resultados obtenidos en el estudio son un punto de partida para futuras investigaciones.

Debido a que dichos resultados marcan el inicio de un camino que se puede empezar a recorrer tomando en cuenta variables positivas que tienen una tendencia a generar cambios

que por el momento podrían no considerarse significativos pero que si se continúan investigando y perfeccionando podrían ser la base para futuras intervenciones que logren de lleno el incrementar el aprecio corporal en las mujeres adolescentes de nuestro contexto y posiblemente llevarlo a adaptar para otros ambientes.

Referencias

- Adams, C., & Leary, M. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(10), 1120–1144. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120>
- Agam-Bitton, R., Abu Ahmad, W., & Golan, M. (2018). Girls-only vs. mixed-gender groups in the delivery of a universal wellness programme among adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 13(6), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198872>
- Alarcón, R. (2014). Construcción y Valores Psicométricos de una Escala Para Medir la Gratitud. *Acta de investigación psicológica*, 4(2), 1520 – 1534. <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v4n2/v4n2a6.pdf>
- Alarcón, R., & Caycho, T. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 59-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297233780004>
- Alarcón, R., & Morales de Isasi, C. (2012). Relaciones entre gratitud y variables de personalidad. *Acta de investigación psicológica*, 2(2), 699-712. <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v2n2/v2n2a8.pdf>
- Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E. (2014). Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention. *Mindfulness*, 6(3), 444–454. [https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-](https://doi.org/10.1007/s12671-014-0277-3)

- Alvial-Vergara, L., Linker-Navarro, K., & Vergara-Núñez, C. (2021). Posición Natural de Cabeza y su relación con el Plano de Frankfurt en cefalometría ortodóncica. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 14(3), 218-221. <https://www.redalyc.org/journal/6100/610069824005/movil/>
- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. Universidad de Buenos Aires.
- Atencio, L. M. (2022). *Felicidad y gratitud en pobladores de 18 a 60 años de una urbanización de Ate – Lima en tiempos de pandemia en el año 2021*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Continental]. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12435>
- Avalos, L., & Tylka, T. (2006). Exploring a model of intuitive eating with college women. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 486–497. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.486>
- Avalos, L., Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2, 285-297. [10.1016/j.bodyim.2005.06.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002)
- Baceviciene, M., & Jankauskiene, R. (2020). Associations between Body Appreciation and
- Baile, J., Guillé, F., & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720304>
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. Morristown, N.J., General Learning Press

- Berengüí, R., Ángeles, M., & Torregrosa, M.S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.004>
- Boggiss, A. L., Consedine, N. S., Brenton-Peters, J. M., Hofman, P. L., & Serlachius, A. S. (2020). A systematic review of gratitude interventions: Effects on physical health and health behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 135, 110-165. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110165>
- Braun, T., Park, C., & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image, and disordered eating: a review of the literature. *Body Image*, 17, 117-131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.03.003>
- Buchholz, A., Mack, H., McVey, G., Feder, S., & Barrowman, N. (2008). BodySense: An evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eating Disorders*, 16(4), 308-321. <https://doi.org/10.1080/10640260802115910>
- Burychka, D., Miragall, M., & Baños, R. M. (2021). Towards a comprehensive understanding of body image: Integrating positive body image, embodiment, and self-compassion. *Psychologica Belgica*, 61(1), 248-261. <https://doi.org/10.5334/pb.1057>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS-EthicalGuideline_SP_WEB.pdf
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319. <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/137/195>

- Cook-Cottone, C. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image, 14*, 158-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders, 6*(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Csikszentmihalyi, M. (2018). *Fluir (Flow): Una psicología de la Felicidad*. Kairós.
- Davis, D. E., Choe, E., Meyers, J., Wade, N., Varjas, K., & Gifford, A., et al. (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of Counseling Psychology, 63*, 20–31. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000107>
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2001). Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. *Anales de la Facultad de Medicina, 62*(1), 82-84. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37962112>
- Devlin, M. J., & Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association, 286*(17), 2159-2161. <https://doi.org/10.1001/jama.286.17.2159-JMS1107-3-1>
- Dickens, L. R. (2017). Using gratitude to promote positive change: A series of meta-analyses investigating the effectiveness of gratitude interventions. *Basic and Applied Social Psychology, 39*(4), 193-208. <http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2017.1323638>
- Disordered Eating in a Large Sample of Adolescents. *Nutrients, 12*, 752. <https://doi.org/10.3390/nu12030752>

- Dohnt, H. K., & Tiggemann, M. (2008). Promoting Positive Body Image in Young Girls: An Evaluation of 'Shapesville'. *European Eating Disorders Review*, 16(3), 222-233.
<https://doi.org/10.1002/erv.814>
- Domínguez, R. E., & Ibarra, E. (2017). La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Razón y Palabra*, 21(96), 660-679.
<https://www.revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/865>
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Stubbs. (2017). Compassionate attention and regulation of eating behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(6), 1-11.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2094>
- Duarte, T., & Jiménez, R. (2007). Aproximación a la teoría del bienestar. *Scientia et Technica*, 37(5), 305-310.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4787482>
- Eap, S., & Nagayama, G.C. (2008). Relevance of RCTs to diverse groups en A. M. Nezu & C. M. Nezu (Ed.), *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 425-440). Oxford University Press.
- Eickman, L., Betts, J., Pollack, L., Bozsik, F., Beauchamp, M., & Lundgren, J. (2017). Randomized controlled trial of REbeL: A peer education program to promote positive body image, healthy eating behavior, and empowerment in teens, *Eating Disorders, Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention*, 26(2), 127-142.
<http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2017.1349005>
- Escoto, M., Cervantes, B., & Camacho, E. (2020). Cross-validation of the body appreciation scale-2: invariance across sex, body mass index, and age in Mexican adolescents.

- Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), 1187-1194. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01022-2>
- Estupiñan, A., Pérez, J. A., & Rios, L. M. (2019). *Revisión sistemática de literatura de las intervenciones en y con Auto-compasión de 2016 a 2019*. [Tesis de Especialidad en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal]. Universidad El Bosque. <http://hdl.handle.net/20.500.12495/2749>
- Eyssartier, C., & Lozada, M. (2014). Conocimiento de plantas en niños de 10 a 12 años en ambientes urbanos: un estudio de caso de acuerdo con la perspectiva de la cognición corporizada (embodiment). Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Humanas. Núcleo de Estudios Educativos y Sociales. (NEES). <http://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/147>
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: implications for eating disorders. *Eating behaviors*, 14(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.005>
- Franco, k., Díaz, F., & Bautista-Dia, M (2019). Estatus de peso, conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en mujeres adolescentes y jóvenes. *Archivos de Medicina*, 16(2), 1-13. <https://doi.org/0.30554/archmed.19.2.3283.2019>
- Franko, D. L., Cousineau, T. M., Rodgers, R. F., & Roehrig, J. P. (2013). BodiMojo: Effective Internet-based promotion of positive body image in adolescent girls. *Body Image*, 10(4), 481-488. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.008>
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Freitas, L. B. L., Palhares, F., Cao, H., Liang, Y., Zhou, N., Mokrova, I. L., Lee, S., Payir, A., Kiang, L., Mendonça, S. E., Merçon-Vargas, E. A., O'Brien, L., & Tudge, J. R. H. (2022). How weird is the development of children's gratitude in the United States? Cross-cultural comparisons. *Developmental psychology*, 58(9), 1767–1782. <https://doi.org/10.1037/dev0001383>
- Gale, C., Gilbert, P., Read, N., & Goss, K. (2012). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1002/cpp.1806>
- García, M., & Leal, N. (2010). *Nutriendo y amando a mi cuerpo: programa educativo que fomenta el aprendizaje de una imagen corporal positiva y una alimentación sana en niños de 5 a 7 años*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Monterrey]. <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/2013>
- García-Alandete, J. (2014). Psicología Positiva, bienestar y calidad de vida. *En-Claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29. <https://www.enclavesdelpensamiento.mx/index.php/enclaves/article/view/1/1>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>

- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Góngora, V. C., Cruz, V., Mebarak, M. R., & Thornborrow, T. (2020). Assessing the measurement invariance of a Latin-American Spanish translation of the Body Appreciation Scale-2 in Mexican, Argentinean, and Colombian adolescents. *Body Image*, 32, 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.01.004>
- Grant, J.S., Raper, J.L., Kang, D., & Weaver, M.T. (2008). Research participant recruitment and retention en A. M. Nezu & C. M. Nezu (Ed.), *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 155-174). Oxford University Press.
- Guadarrama, R., Carrillo, S., Márquez, O., Hernández, J., & Veytia, M (2014). Insatisfacción corporal e ideación suicida en adolescentes estudiantes del Estado de México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5, 98-106. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/40370>
- Guest, E., Costa, B., Williamson, H., Meyrick, J., Halliwell, E., & Harcourt, D. (2019). The effectiveness of interventions aiming to promote positive body image in adults: A systematic review. *Body Image*, 30, 10-25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.04.002>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6^a ed.). McGrawHill.
- Hernández-Cruz, A., Cervantes-Luna, B., Escoto, M., Rodríguez-Hernández, G., & Flores-Perez, V. (2022). Evaluación de intervenciones sobre imagen corporal positive en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.07.004>

- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3098194>
- Hill, K. E., Hart, L. M., & Paxton, S. J. (2020). Confident body, confident child: Outcomes for children of parents receiving a universal parenting program to promote healthful eating patterns and positive body image in their pre-schoolers an exploratory RCT extension. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 891-301. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030891>
- Hockey, A., Milojev, P., Sibley, C. G., Donovan, C. L., & Barlow, F. K. (2021). Body image across the adult lifespan: A longitudinal investigation of developmental and cohort effects. *Body image*, 39, 114–124. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.06.007>
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2018). Development and exploration of the gratitude model of body appreciation in women. *Body Image*, 25, 14-22.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.01.008>
- Homan, K., & Tylka, T. (2018). Development and exploration of the gratitude model of body appreciation in women. *Body Image*. 25, 14-22.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.01.008>
- Inbody. (7 de agosto de 2022). ¿Qué es la composición corporal?
<https://inbodylatinamerica.com/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (7 de septiembre de 2022). Calcula tu IMC.
<https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc>
- Iraurgi, L. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, 8(36), 105-122.

<https://www.researchgate.net/publication/284678115> Evaluacion de resultados clinicos III Estimacion del cambio clinicamente significativo utilizando los indices de cambio fiable

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Kelley, K., & Preacher, K. (2012). On effect size. *Psychological Methods*, 17(2), 137-152. <https://doi.org/10.1037/a0028086>

Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2014). Self-compassion training for binge eating disorder: a pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 285–303. <https://doi.org/10.1111/papt.12044>

Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., & Sacker, A. (2019). Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings From the UK Millennium Cohort Study. *EClinical Medicine*, 6, 59-68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>

Keven-Akliman, C., & Eryilmaz, A. (2017). The Effectiveness of a Body Image Group Counselling Program on Adolescent Girls in High School. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 4(2), 10-23. <http://dx.doi.org/10.17220/ijpes.2017.02.002>

Kontra, C., Goldin-Meadow, S., & Beilock, S. (2012). Embodied Learning Across the Life Span. *Topics in Cognitive Science*, 4, 731-739. <https://doi.org/10.1111/j.17568765.2012.01221.x>

Ley 2014 de 1987. *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. 6 de enero de 1987. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

- Linley, P. A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 1(1), 3-16. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760500372796>
- Maldonado, C., & Nazar, G. (2021). Autocompasión como moderador entre apreciación corporal y estilos de alimentación en mujeres adultas emergentes. *Terapia psicológica*, 39(1), 63-80. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000100063>
- Marta-Simões, J., Tylka, T. L., & Ferreira, C. (2021). Adolescent girls' body appreciation: influences of compassion and social safeness, and association with disordered eating. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01274-6>
- McBride, H. (2019). Embodiment and body image. En H, MCBride., & J, Kwee (Ed.). *Embodiment and eating disorders*. Routledge.
- Menautt, C. F., Arias, W. L., & Checa, S. A. (2018). La gratitud y la percepción de equidad en el trabajo como predictores de la motivación laboral en una agencia bancaria de Arequipa. *Revista De Psicología*, 6(1), 67-90. <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/39>
- Moreno-Calderón, E., Chávez-Castro, M., Puerta-Cortés, D. & García-Murillo, A. (2022). El autoconcepto en mujeres usuarias de Instagram: un modelo de mediación de la autocompasión. *Tesis Psicológica*, 17(2), 1-21. <https://doi.org/10.37511/tesis.v17n2a6>
- National Institutes of Health. (2003). *Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Bioeticaweb. <https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatin>

[ternacional/10. INTL Informe Belmont.pdf](#)

Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward *Oneself. Self and Identity*, 2(2), 85–101.

<https://doi.org/10.1080/15298860309032>

Neff, K. D., Whittaker, T. A., & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the self-compassion scale in four distinct populations: is the use of a total scale score justified?. *Journal of Personality Assessment*, 99(6), 596–607.

<http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2016.1269334>

Neff, K., & Germer, C. (2022). *Cuaderno de trabajo de mindfulness y autocompasión un metodo seguro para aumentar la fortaleza y el desarrollo interior y para aceptarse a uno mismo*. Desclée de Brouwer.

Newman, C.F., & Beck, J.S. (2008). Selecting, training, and supervising therapists en A. M. Nezu & C. M. Nezu (Ed.), *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 245-262). Oxford University Press.

Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2008). *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. Oxford University Press.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>

- Nolen, E., & Panisch, L. (2022). The Relationship between Body Appreciation and Health Behaviors among Women and Adolescent Girls: A Scoping Review. *Health Soc Work, 47*(2), 113-122. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlac006>
- Norwood, S. J., Marisa Murray, M., Nolan, A., & Bowker, A. (2011). Beautiful From the Inside Out: A School-Based Programme Designed to Increase Self-Esteem and Positive Body Image Among Preadolescents. *Canadian Journal of School Psychology, 26*(4), 263-282. <https://doi.org/10.1177/0829573511423632>
- O'Brien, L., Mendonça, S. E., & Price, U. S. (2018). The Development of Gratitude in the United States. *Cross-Cultural Research, 52*(1), 58–72.
<https://doi.org/10.1177/1069397117737053>
- O'Hara, L., Ahmed, H. y Elashie, S. (2021). Evaluating the impact of a brief health at Every Size®-informed health promotion activity on body positivity and internalized weight-based oppression. *Body Image, 37*, 225-237.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.02.006>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de marzo de 2022). Salud del adolescente.
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Panamericana de la Salud. (28 de marzo de 2022). Salud del adolescente.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>
- Piko, B., Obál, A., & Mellor, D. (2020). Body Appreciation in Light of Psychological, Health- and Weight-Related Variables Among Female Adolescents. *Europe's journal of psychology, 16*(4), 676–687. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i4.2183>

- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, 14, 146-157. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008>
- Piran, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, 18, 43-60. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007>
- Piran, N. (2017). The Developmental Theory of Embodiment: Discovering Paths in the Body Journeys of Girls and Women en *Journeys of Embodiment at the Intersection of Body and Culture* (pp.1-42). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805410-9.00001-3>
- Piran, N. (2019). The Developmental Theory of Embodiment: Protective Social Factors that Enhance Positive Embodiment en N. Piran & T. L. Tylka (Ed.), *Handbook of Positive Body Image and Embodiment: Constructs, Protective Factors, and Interventions* (pp. 105-115). Oxford University Press.
- Plasencia, M. L. (2019). Floreciendo por medio del cuerpo y sus fortalezas. En M. L. Eguiluz (Coor). *Usos de la psicología positiva* (pp. 121-144). Editorial Pax.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261>
- Regehr, R. Y. (2017). *Evaluating free to be: A positive body image program for adolescents*. [Tesis de Licenciatura, The University of British Columbia]. <https://doi.org/10.14288/1.0347625>

- Renae Y. Regehr, R. Y., Owens, R. L., Cox, D. W., & Clayton, C. C. (2020). Piloting Free to Be: A Positive Body Image Program for Adolescents. *The Counseling Psychologist*, 48(6), 774-800. <https://doi.org/10.1177/0011000020922216>
- Reynaert, P. (2009). Embodiment and Existence: Merleau-Ponty and the Limits of Naturalism. En A-T., Tymieniecka (Ed.). *Phenomenology and Existentialism in the Twentieth Century. Analecta Husserliana*, 104, 93-104. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2979-9_5
- Rodgers, R., Donovan, E., Cousineau, T., Yates, K., McGowan, K., Cook, E., Lowy, A., & Franko, D. (2018). BodiMojo: Efficacy of a Mobile-Based Intervention in Improving Body Image and Self-Compassion among Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(7), 1363-1372. <https://doi.org/10.1007/s10964-017-0804-3>
- Rodríguez, S., & Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, 20(1), 131-137. <https://www.psicothema.com/pdf/3438.pdf>
- Seligman, M. E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Smallwood, D. L., Christner, R. W. & Brill, L. (2007). Applying cognitive-behavior therapy groups in school settings. En R. W. Christner, J. L. Stewart & A. Freeman (EDS.). *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents* (89-106). New York: Taylor & Francis Group
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Sundgot-Borgen, C., Friberg, O., Kollea, E., Engena, M. K., Sundgot-Borgena, J., Rosenvinge, J. H., Pettersenc, G., Torstveit, M. K., Pirane, N., & Bratland-Sandaf, S. (2019). The healthy body image (HBI) intervention: Effects of a school-based cluster-

- randomized controlled trial with 12-months follow-up. *Body image*, 29, 122-131.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.007>
- Sundgot-Borgen, C., Sundgot-Borgen, J., Bratland-Sanda, S., Kolle, E., Torstveit, M. K., Svantorp-Tveiten, K. M., & Mathisen, T. F. (2021). Body appreciation and body appearance pressure in Norwegian university students comparing exercise science students and other students. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10550-0>
- Tashakkori, A., Johnson, R., & Teddlie, C. (2021). *Foundations of mixed methods research*. Sage.
- Torres-Pérez, I., García-Dantas, A., Beato-Fernández, L., Borda-Más, M., Sánchez- Martín, M., & Del Rio-Sánchez, C. (2013). Insatisfacción corporal y conductas concurrentes. Estudio comparativo entre mujeres adolescentes y jóvenes de población general, bailarinas y con diagnóstico de TCA. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 9, 29-35. <http://hdl.handle.net/11441/13924>
- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E., & Valdez, G (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144-154.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006
- Turk, F., & Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 79, 101856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101856>
- Tylka, N. (2016). Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*, 18, 43-60. [10.1016/j.bodyim.2016.04.007](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.007)

- Tylka, T. (2006). Development and Psychometric Evaluation of a Measure of Intuitive Eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226–240. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.226>
- Tylka, T. (2018). Overview of the Field of Positive Body Image en E. A. Daniels., M. M. Gillen., & C. H. Markey (Ed.), *Body Positive Understanding and Improving Body Image in Science and Practice* (pp. 6-33). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108297653.002>
- Tylka, T. (2019). Body appreciation en N. Piran & T. L. Tylka (Ed.), *Handbook of Positive Body Image and Embodiment: Constructs, Protective Factors, and Interventions* (pp. 22-32). Oxford University Press.
- Tylka, T. L. (2012). Positive Psychology Perspectives on Body Image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 2(2012), 657-663. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00104-8>
- Tylka, T. L., & Hill, M. S. (2004). Objectification Theory as It Relates to Disordered Eating Among College Women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 51(11-12), 719–730. <https://doi.org/10.1007/s11199-004-0721-2>
- Tylka, T., & Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Tylka, T.L., & Hill, M.S. (2004). Objectification Theory as It Relates to Disordered Eating Among College Women. *Sex Roles* 51, 719–730. <https://doi.org/10.1007/s11199-004-0721-2>
- Urke, H. B., Holsen, I., & Larsen, T. (2021). Positive Youth Development and Mental Well-Being in Late Adolescence: The Role of Body Appreciation. Findings From a

- Prospective Study in Norway. *Frontiers in psychology*, 12, 696198.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.696198>
- Vargas-Almendra, R., Bautista-Díaz, M., & Romero, A (2021). Conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal en adolescentes de secundaria: el papel del sexo y ubicación de la escuela. *Publicación semestral, Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 9(18), 11-19. <https://doi.org/10.29057/icsa.v9i18.6571>
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 1-2. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1278.pdf>
- Vázquez, R., Galán, J., López, X., Alvarez, G. L., Mancilla, J. M., Caballero, A., & Unikel, C. (2011). Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(11), 42-52.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000100005
- Vera, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1279.pdf>
- Wilcox, R. (2008). Sample size and statistical power en A. M. Nezu & C. M. Nezu (Ed.), *Evidence-based outcome research. A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 123-134). Oxford University Press.
- Wolfe, W., & Patterson, K. (2017). Comparison of a gratitude-based and cognitive restructuring intervention for body dissatisfaction and dysfunctional eating behavior in college women. *Eating Disorders*, 25(4), 330-344.
<http://dx.doi.org/10.1080/10640266.2017.1279908>

Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 890–905.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.005>

Wood-Barcalow, N., Tylka, T., & Judge, C. (2021). Embodiment en Positive Body Image Workbook A Clinical and Self-Improvement Guide (pp. 175-182). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108758796.012>

Wood-Barcalow, N., Tylka, T., & Judge, C. (2021). Positive body image workbook a clinical and self-improvement guide. Cambridge.

Anexos

Anexo 1.

Hoja de datos generales

Hoja de datos generales		
Instrucciones: completa cada uno de los datos que se solicitan a excepción de los datos que están en rojo ya que estos serán llenados por la investigadora.	Folio:	
	Fecha:	
Nombre:		
Edad:	Peso:	Talla:
IMC:		
Número de contacto:		
Nombre de la institución:		
Grado:	Grupo:	
Nombre del padre o tutor:		
Edad:	Ocupación:	Estado civil:
Número de contacto:		

Anexo 2.

Hoja de evaluación del programa.

Instrucciones: lee la oración y coloca una X en la opción que consideres adecuada para ti.

Rúbrica para evaluar el programa de intervención.					
Nombre: Fecha:	Folio:				
Ítem	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me sentí a gusto con los temas vistos.					
Sentí que podía opinar sin temor a ser juzgada.					
Siento que las actividades aportan algo a mi vida.					
Sentí que cuando participaba era escuchada.					
Volvería a participar en otras actividades similares a estas.					
Recomendaría el programa a otras adolescentes.					
Los temas vistos fueron interesantes.					

¿Qué opinas de los temas vistos?

¿Cuál fue la actividad que más te gusto?

¿Cuál fue la actividad que menos te gusto?

Si pudieras cambiarle algo a las sesiones ¿Qué cambiarías

Después de haber participado en el programa ¿percibes algún cambio en ti? ¿Cuál?

¿Qué opinas de los materiales que se utilizaron a lo largo del programa?

¿aprendiste algo durante las sesiones? ¿Qué aprendiste?

¿Consideras que el programa logró su objetivo?

Por haber respondido a todas las preguntas

¡Gracias!

Anexo 3.

Escala de Aprecio Corporal (BAS-2)

Instrucciones: para cada afirmación, elija la opción más apropiada para usted.

No.	Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	Respeto mi cuerpo.					
2.	Me siento bien con mi cuerpo.					
3.	Siento que mi cuerpo tiene cualidades.					
4.	Tengo una actitud positiva hacia mi cuerpo.					
5.	Estoy atento/atenta a las necesidades de mi cuerpo.					
6.	Este es un ítem de control por lo que te pido contestes “casi siempre”.					
7.	Siento amor por mi cuerpo.					
8.	Aprecio mi cuerpo, porque es único y diferente.					
9.	Mi comportamiento muestra la actitud positiva que tengo hacia mi cuerpo: por ejemplo, voy con la frente en alto y sonrío.					
10.	Estoy a gusto con mi cuerpo.					
11.	siento que soy hermosa/guapo, aunque sea diferente a las imágenes de personas atractivas (por ejemplo, modelos, actrices/actores) que aparecen en los medios de comunicación.					

Por haber respondido a todas las preguntas.

¡Gracias!

Anexo 4.

Escala de Autocompasión (SCS)

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la izquierda de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

- | Casi Nunca | | | | | Casi siempre |
|------------|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| _____ | | | | | 1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos. |
| _____ | | | | | 2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal. |
| _____ | | | | | 3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir. |
| _____ | | | | | 4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separado/a y aislado/a del resto del mundo. |
| _____ | | | | | 5. Trato de ser cariñoso/a conmigo mismo/a cuando siento malestar emocional. |
| _____ | | | | | 6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumen los sentimientos de ineficacia. |
| _____ | | | | | 7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo. |
| _____ | | | | | 8. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mismo/a. |
| _____ | | | | | 9. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio. |
| _____ | | | | | 10. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad. |
| _____ | | | | | 11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan. |
| _____ | | | | | 12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y el cariño que necesito. |
| _____ | | | | | 13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo. |
| _____ | | | | | 14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación. |

Casi Nunca

1

2

3

4

Casi siempre

5

- _____ 15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.
- _____ 16. Cuando veo aspectos de mí mismo/a que no me gustan, me critico continuamente.
- _____ 17. Esta es una pregunta control por lo que te pido contestar "5".
- _____ 18. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.
- _____ 19. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas lo tienen más fácil.
- _____ 20. Soy amable conmigo mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- _____ 21. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.
- _____ 22. Puedo ser un poco insensible hacia mí mismo/a cuando estoy experimentando sufrimiento.
- _____ 23. Cuando me siento deprimido/a trato de observar mis sentimientos con curiosidad y apertura de mente.
- _____ 24. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.
- _____ 25. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.
- _____ 26. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.
- _____ 27. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.

Por tu participación

¡Gracias!

Anexo 5.

Escala de Gratitud

Instrucciones: para cada afirmación, elija la opción más apropiada para usted.

Ítem	Totalmente en desacuerdo (1)	Desacuerdo (2)	Ni acuerdo ni desacuerdo (3)	Acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1. Hay muchas cosas en la vida por las que estoy agradecido.					
2. Debemos agradecer el beneficio recibido por más pequeño que sea.					
3. Nunca olvidaré lo que otros han hecho por mí.					
4. Es una obligación moral agradecer lo que hemos recibido.					
5. No tengo porqué agradecer el favor que me han hecho.					
6. La gratitud termina cuando se pagan los favores recibidos.					
7. Es difícil olvidar a quienes me hicieron un favor.					
8. Me es fácil elogiar a una persona bondadosa.					
9. Me considero una persona agradecida.					
10. Me preocupo por corresponder a la persona que me hizo un favor cuando más lo necesitaba.					
11. La recompensa a la persona que me ayudó pone fin a la gratitud que le debía.					

Ítem	Totalmente en desacuerdo (1)	Desacuerdo (2)	Ni acuerdo ni desacuerdo (3)	Acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
12. Me siento muy contento cuando correspondo a la persona que me hizo un favor.					
13. Este es un ítem de control por lo que te pido colocar “totalmente de acuerdo”.					
14. Considero valiosos los beneficios que he recibido.					
15. Lo que somos y lo bueno que tenemos, no lo hemos conseguido solos.					
16. La persona generosa merece reconocimiento de los demás.					
17. La gratitud nunca termina.					
18. Guardo en la memoria a quienes generosamente me ayudaron.					
19. Es una obligación moral corresponder a quienes me ayudaron.					

Por tu participación ¡Gracias!

Anexo 6.

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)

Instrucciones

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla ya que no hay respuestas “buenas ni malas”.
2. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible y de manera individual.
3. Especifica tu respuesta anotando una “X” en el espacio que corresponda a la opción que más se adecue a lo que piensas o haces.
4. Recuerda que la información que proporciones será confidencial.

	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1.	Cuando no tienes nada que hacer ¿te has preocupado por tu figura?						
2.	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3.	¿Has pensado que tus muslos, cadera o pompas son demasiado grandes en relación con el resto de tu cuerpo?						
4.	¿Has tenido miedo a engordar?						
5.	¿Te has preocupado de que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6.	Este es un ítem de control por lo que te pido contestes “Nunca”						
7.	Sentirte llena (después de una gran comida) ¿te ha hecho sentir gorda?						
8.	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
9.	¿Tratas de no comer para evitar que tu carne se mueva?						

	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
10	Estar con chicas delgadas ¿te ha hecho fijarte en tu figura?						
11	¿Te has preocupado de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?						
12	El hecho de comer poca comida ¿te ha hecho sentir gorda?						
13	Al fijarte en la figura de otras chicas ¿las has comparado con la tuya desfavorablemente?						
14	Pensar en tu figura ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?						
15	Estar desnuda (p. e. Cuando te bañas) ¿te ha hecho sentir gorda?						
16	¿Has evitado usar ropa que marque tu figura?						
17	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
18	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías ¿te ha hecho sentir gorda?						
19	¿Has evitado ir a eventos sociales (p. e. una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
20	Este es un ítem de control por lo que te pido respuestas “Algunas veces”.						
21	¿Te has sentido exclusivamente gorda o redondeada?						
22	¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?						
23	Preocuparte por tu figura ¿te ha hecho ponerte a dieta?						

	Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
24	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago está vacío (p. e. por las mañanas)?						
25	¿Has pensado que la figura que tienes se debe a tu falta de control?						
26	¿Te ha preocupado que otra gente vea llantitas alrededor de tu cintura o estómago?						
27	¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?						
28	¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
29	Cuando estas con otras personas ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (p. e. sentándote en un sofá o en un autobús)?						
30	¿Te has preocupado de que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
31	Verte reflejada en un espejo o en un aparador ¿te ha hecho sentir mal con tu figura?						
32	¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?						
33	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (p. e. en vestidores comunes de albercas o baños)?						
34	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?						
35	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
36	La preocupación por tu figura ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio?						

Por tu participación. ¡Gracias!

Anexo 7.



Consentimiento informado



Fecha _____

Su hija ha sido invitada a participar en una investigación sobre intervenciones, una basada en gratitud y otra en autocompasión para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes, conducida por la maestrante Araceli Hernández Cruz. Su participación es voluntaria e implica un riesgo mínimo. Puede decidir que su hija no participe en el estudio o abandonarlo en cualquier momento, sin necesidad de expresar sus motivos. Su participación no generará costos o pagos de ningún tipo, ni para usted o su hija, ni para el investigador.

Al participar en esta investigación, su hija contribuirá a generar nuevos conocimientos científicos, por lo que ella no tendrá un beneficio directo. Su participación consistirá en responder un instrumento de imagen corporal, en caso de que su hija obtenga una puntuación mayor a 110, se incorporara a una intervención de 5 sesiones (50 minutos cada una) y contestará cinco cuestionarios impresos: datos sociodemográficos, aprecio corporal, gratitud, autocompasión e insatisfacción corporal en dos momentos (antes y después de la intervención). Su hija se asignará aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo en lista de espera, el cual recibirá la intervención al finalizar la investigación. Su hija se beneficiará de forma indirecta al desarrollar nuevas habilidades que fortalecerán su imagen corporal que le permitirá ser más agradecida y compasiva con ella misma. En caso de detectar alguna alteración, el estudio se detendrá de inmediato y las participantes recibirán una lista de instituciones a las que pueden asistir en caso de requerirlo.

Toda la información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Para mantener su anonimato, no se le solicitará ningún dato que revele su identidad. Su información será resguardada por el primer autor de este estudio. Si usted lo desea, podrá solicitar un informe técnico con los resultados generales de la investigación y/o consultar los trabajos que resulten de este estudio.

Para obtener información adicional sobre el estudio, resolver sus dudas o cualquier asunto relacionado con esta investigación, podrá contactar a:

Lic. Araceli Hernández Cruz, Investigador Responsable del Estudio, CU-Ecatepec,
Universidad Autónoma del Estado de México

Correo: ahernandezc480@alumno.uaemex.mx; teléfono 5631052611

Dra. Georgina Contreras Landgrave, Presidente del Comité de Ética, CU-
Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México.

Correo: cei.cuneza.uaemex@gmail.com

Si está de acuerdo y acepta que su hija participe en la investigación, por favor firme el consentimiento, indicando su nombre y firma.

Nombre y firma.

IMPORTANTE: en el caso de que su hija formara parte de alguno de los grupos de intervención las sesiones se llevarán a cabo en un horario fuera de clases, con la finalidad de que las participantes no tengan ninguna interrupción en sus clases que pudiera afectar su rendimiento académico, posteriormente se le estará avisando el horario de la actividad. De igual forma es importante mencionar que el taller será llevado a cabo dentro de su institución educativa.



Anexo 8.

Asentimiento informado



Fecha _____

El presente estudio lleva por nombre *“Propuesta de una intervención basada en autocompasión y gratitud para promover el aprecio corporal en mujeres adolescentes: estudio piloto”*.

Hola mi nombre es Araceli Hernandez Cruz, soy estudiante de la Maestría en Psicología y Salud en la Universidad Autónoma del Estado de México, con sede en el CU UAEM-Ecatepec. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer la efectividad de una intervención sobre imagen corporal y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistirá en responder una batería de cuestionarios en dos momentos, antes y después de la intervención, así como asistir a un programa de intervención que tendrá una duración de 10 sesiones (50 minutos cada una). Tú podrás ser parte ya sea del grupo de intervención o de un grupo en lista de espera. Esta asignación será al azar. En caso de que formes parte del grupo en lista de espera, al finalizar la investigación se te aplicará el programa de intervención con base en los resultados obtenidos.

Tu participación es voluntaria, por lo que es tú decides si participas o no. Si decides participar, puedes abandonar el estudio y esto no tendrá ninguna consecuencia para ti.

La información que proporcionas será confidencial, por lo que no diremos a nadie tus respuestas o los resultados de las mediciones, solo lo sabrán las personas responsables de la investigación. Esta información nos ayudara a qué tan efectivo es el programa de intervención que estamos proponiendo. Esto ampliará el conocimiento científico acerca de programas sobre imagen corporal positiva en nuestro país.

Si aceptas participar, te pido que por favor marques con una “X” en el cuadro de abajo que dice “sí quiero participar” y escribe tu nombre. En el caso que no quieras participar, deja el espacio en blanco.

Muchas gracias por tu atención.

Sí quiero participar.

Nombre: _____

Este apartado es llenado por la investigadora

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento
