



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo de Fin de Máster

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
ON-LINE PARA LA
INSATISFACCIÓN CORPORAL: UN
ESTUDIO PILOTO**

Alumna: Ángela Medina Peñalver

Tutores: Silvia Moreno Domínguez

Manuel Miguel Ramos Álvarez

Dpto: Evaluación y tratamiento psicológico

Junio, 2018

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Justificación de la investigación y objetivos.....	13
3. Metodología.....	14
3.1. Participantes.....	14
3.2. Instrumentos de evaluación.....	14
3.3. Procedimiento.....	16
3.4. Programa Única Mujer.....	18
3.5. Diseño y análisis estadísticos.....	20
4. Resultados.....	22
5. Discusión.....	30
6. Referencias bibliográficas.....	35

Resumen

Los estereotipos de belleza femeninos actuales basados en un modelo pro-delgadez y anti-envejecimiento provocan una preocupación excesiva por la imagen y el peso. Este hecho unido a gran la influencia que ejercen el uso de internet y de las redes sociales en nuestra imagen, coloca la insatisfacción corporal como un importante factor de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de posibles alteraciones de la imagen corporal y trastornos psicológicos graves. Por tanto, el objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de un programa de tratamiento on-line para la insatisfacción corporal. Para ello, se ha utilizado una muestra de 39 mujeres españolas con edades comprendidas entre los 18 y 35 años. Mediante un análisis estadístico de regresión discontinua se ha dividido la muestra en dos grupos, 20 participantes pertenecen al grupo de tratamiento y 19 al grupo control. Se han tomado medidas referentes a insatisfacción corporal, síntomas propios de los trastornos de la conducta alimentaria, presión social percibida por la apariencia y síntomas depresivos en dos momentos, fase pre-tratamiento y fase pos-tratamiento. Los resultados indican que tras el tratamiento se han producido cambios clínicamente significativos en insatisfacción corporal, en la presión social percibida por la apariencia y en los síntomas depresivos, en el grupo experimental. Por lo que el programa propuesto es efectivo para el tratamiento de la insatisfacción corporal.

Palabras clave: Insatisfacción corporal, imagen corporal, mujeres, tratamiento on-line, diseño de regresión discontinua.

Abstract

The current female beauty stereotypes based in a pro-thinness and anti-aging model create an excessive worry about the body image and the weight. This fact linked to the great influence exerted by the use of Internet and social media in our image, places body dissatisfaction as an important risk factor in the development and maintenance of possible alterations in body image and serious psychological disorders. Therefore, the aim of this study is to verify the effectiveness of an online treatment program for body dissatisfaction. For this reason, it has been used a sample of 39 Spanish women aged between 18 and 35 years. By means of a statistical analysis of discontinuity regression the sample has been divided into two groups, 20 participants belong to the treatment group and 19 to the control group. Measures has been taken regarding body dissatisfaction, eating disorders symptoms, social pressure due to appearance and depressive symptoms at two moments, pre-treatment phase and post-treatment phase. Results have indicated that after the treatment, the experimental group has been clinically significant changes in body dissatisfaction, in the social pressure perceived by the appearance and in the depressive symptoms. To sum up, the proposed program is effective for the treatment of body dissatisfaction.

Keywords: Body dissatisfaction, body image, women, on-line treatment, regression discontinuity design

1. Introducción

En la actualidad, los cánones de belleza femeninos basados en un modelo pro-delgadez y anti-envejecimiento provocan una preocupación excesiva por la imagen y el peso, en mujeres de cualquier edad (Bohon, Stice y Burton, 2009; Heider, Spruyt y De Houwer, 2015; Toro, 2006). Tanto es así, que varias investigaciones afirman que más del 70% de las mujeres reconocen haber estado insatisfechas con su imagen corporal en algún momento de su vida (Cortés, Solé, Luque y López, 2008; Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y López-Miñarro, 2013). Según muestran los datos, convivir con insatisfacción corporal se está convirtiendo en una realidad frecuente y dolorosa para muchas mujeres y cada vez más hombres, si bien la preocupación por el cuerpo afecta de forma diferente a ambos géneros (Mancilla, Vázquez, Mancilla, Amaya y Álvarez, 2012). Mientras que en la población femenina hay una tendencia a verse más delgadas y proporcionadas, en hombres, una parte también muestra ese deseo de delgadez, pero sobretodo hay una mayoría que persigue tener un cuerpo más fibrado y musculoso (Granero-Gallegos, Lucas, Sicilia, Medina-Casaubón y Alcaraz-Ibáñez, 2018, Murawski, Elizathe y Rutsztein, 2009).

La imagen corporal se entiende como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000) más la vivencia que se tiene del mismo (Guimón, 1999). Por tanto, una de las características principales de la imagen corporal es que es absolutamente subjetiva. En un estudio reciente realizado con 614 participantes (55% mujeres y 45% hombres) en los que se evaluó el grado de insatisfacción corporal a través de la percepción del propio cuerpo, se encontró que más de la mitad de los participantes con normopeso (peso dentro de los valores normales según el Índice de Masa Corporal) creían estar más voluminosos de lo que eran en realidad. Curiosamente, los participantes con bajo peso tendieron a sobrestimarse mientras las personas con sobrepeso se subestimaron. En términos generales, el estudio muestra que prácticamente todos los participantes distorsionaron su imagen corporal de un modo u otro (Santos, Alberte, Colmenero, De la Montaña y Míguez, 2017). Por tanto, la imagen corporal suele no coincidir con la realidad objetiva, tanto física como social de la persona además, de que se trata de un constructo que cambia a lo largo de la vida en función de las vivencias que la persona experimente. Esto quiere decir que cuando pensamos, sentimos y actuamos en relación a nuestro cuerpo, lo hacemos

partiendo de una realidad corporal subjetiva que, al fin y al cabo, puede llevarnos a sufrir por algo que no existe en realidad (Moreno, 2018). La imagen corporal está relacionada con el autoconcepto y la autoestima e influye en el procesamiento de la información que hacemos del exterior, por ende en la forma de responder al entorno (Devlin y Zhu, 2001). Se trata por tanto de un constructo complejo que depende del engranaje de varios mecanismos que interactúan entre sí.

Cuando la imagen corporal se aleja de los cánones de belleza estandarizados y causa malestar y sufrimiento a la persona, aumentando el riesgo de desarrollar conductas poco saludables destinadas a cambiar a su apariencia física, estamos hablando de insatisfacción corporal. Garner y Garfinkel (1981), fueron de los primeros investigadores en identificar los distintos componentes de la imagen corporal, o dicho de otra forma, en describir los elementos que se encuentran dañados cuando existe insatisfacción corporal; así, estos autores propusieron la existencia de un componente perceptivo (o dificultad para valorar de forma objetiva las medidas corporales y el aspecto), componentes de tipo motivacional, actitudinal y cognitivo (o conjunto de reacciones negativas desmedidas y evitación a la imagen corporal), un componente conductual (o conductas de evitación y de riesgo que pueden aparecer en relación al rechazo al cuerpo) y finalmente un componente social y cultural (o presión social, modelo de belleza, importancia de redes sociales y medios de comunicación). Más tarde, Cash y Brown en 1987, distinguieron tres componentes principales; el perceptivo, el afectivo y el cognitivo. En este sentido, dieron mayor importancia a las emociones negativas que se experimentan con respecto al cuerpo, pero restaron importancia al contexto sociocultural.

En 1995, Rosen postuló que la insatisfacción corporal podría encontrarse en cualquiera de estos cuatro niveles o en varios de ellos; nivel fisiológico, nivel conductual, cognitivo y emocional. De nuevo el componente sociocultural quedó relegado a un segundo plano. Sin embargo, existe literatura abundante que confirma la importancia de este componente. Los ideales de belleza femenina se transmiten por diversos medios (familia, grupo de iguales, la escuela, deportes, los negocios, los profesionales de salud, etc.) pero son los medios de comunicación, los que tienen más poder y capacidad para transmitir esos ideales de belleza socioculturales (Paxton, Schutz, Wertheim y Muir, 1999; Piker y Rodin, 1991; Thompson y Stice, 2001). Hay

estudios que han mostrado que los intentos de parecerse a las modelos televisivas y de las revistas predicen el desarrollo de la preocupación sobre el peso (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts y Colditz 2001) y la práctica de conductas purgativas. También se ha encontrado que la insatisfacción corporal se relaciona con el uso de material escrito (p. ej., revistas de moda) y audiovisual (p.ej., programas televisivos, redes sociales, etc.) (Groesz, Levine y Murnen, 2002). En un meta-análisis clásico en el que se analizó el impacto de la exposición a cuerpos delgados «ideales», Groesz, Levine y Murnen (2002) y más tarde Blond (2008) concluyeron que había un efecto negativo pequeño de este impacto, pero consistente. Más concretamente, la exposición breve a cuerpos de mujeres delgadas parecía que provocaba más preocupación por el peso (De Braganza y Hausenblas, 2010; Posavac, Posavac y Posavac, 1998), más insatisfacción corporal (Shaw, 1995), más autoconciencia (Wegner, Hartmann y Geist, 2000), estados de ánimo negativos (Phinhas, Toner, Ali, Garfinkel Stuckless, 1999) y disminución de la percepción del propio atractivo (Thornton y Maurice, 1999). Más recientemente, Moreno-Domínguez, Servián-Franco, Reyes del Paso y Cepeda, (2018), también encontraron que la exposición a imágenes de cuerpos de modelos delgadas incrementaba el malestar con el propio cuerpo, mientras la exposición a imágenes de modelos con sobrepeso reducía ese malestar. Teniendo en cuenta estos datos, en el presente estudio asumiremos el modelo de cinco componentes propuesto inicialmente por Garner y Garfinkel (1981).

Cuando el malestar con la apariencia física se vuelve intenso causa sufrimiento psicológico y genera actitudes y acciones que atentan contra la salud física de la persona, como la práctica continua de dietas de adelgazamiento, los atracones de comida, el uso de laxantes o incluso la restricción total de la ingesta alimentaria, pudiendo provocar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Perpiña, Botella y Baños, 2000; Thompson, 1996; ; Toro, 2006; Tuschen-Caffier, Vogële, Bracht y Hilbert, 2003) y dismorfofobia o la vigorexia, (Grieve, 2007; Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997). También puede desencadenar la aparición de ansiedad, depresión, ansiedad social, inhibición, trastornos sexuales y obsesivos (Salaberria, Rodríguez y Cruz. 2007; Cruz-Sáez, Pascual, Wlodarczyk, Polo-López, Echeburúa, 2016). Dada la extensa gama de trastornos en los que se ve envuelta la insatisfacción corporal, podría plantearse si se trata de una dimensión transdiagnóstica y subyacente a diferentes

trastornos y de ser así, si intervenir en el problema de insatisfacción corporal de forma eficaz afectaría positivamente al resto de problemas en los que interfiere el malestar con el cuerpo.

En 1998, Marion Kostanski y Eleonora Gullone, realizaron una investigación con 516 adolescentes (12-18 años) para averiguar si existía relación entre la insatisfacción corporal, autoestima, depresión y ansiedad. Encontraron que presentaban mayores puntuaciones de insatisfacción corporal las chicas frente a los chicos, y que la baja autoestima predecía mayor puntuación en insatisfacción corporal y altos índices de ansiedad. Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan y Eisenberg en 2010, realizaron un estudio similar con 2516 adolescentes, tanto chicos como chicas de entre 12 y 16 años, para comprobar qué relación podría tener la insatisfacción corporal con la baja autoestima y la depresión. Encontraron que la insatisfacción corporal constituía un factor de riesgo en la aparición y mantenimiento de futuros trastornos depresivos y TCA. La relación entre la insatisfacción corporal y la depresión en términos de cuál es la causa o la consecuencia no está clara. Por ese motivo, en el presente estudio, se tendrá en cuenta el posible papel modulador de la sintomatología depresiva en la evolución del tratamiento de la insatisfacción corporal.

¿Qué tipo de intervenciones existen para reducir la insatisfacción corporal? Existen distintas formas de llevar a cabo el abordaje terapéutico de esta problemática, pero por lo general se encuadran siempre dentro de los TCA, siendo el tratamiento de la insatisfacción corporal un componente de las terapias. Es menos frecuente que el malestar con el propio cuerpo se trate de forma aislada o en otro contexto terapéutico (Pellizzer, Tiggemann, Waller y Wade, 2018). La literatura muestra que hay tratamientos e intervenciones desde distintas orientaciones teóricas. Sin embargo, las terapias que han demostrado tener una mayor eficacia han sido las cognitivo-conductuales (Salaberria, Borda, Amor y Echeburúa, 2000; Lewis-Smith, Diedrichs, Rumsey, y Harcourt, 2016). Por lo general, tienen una duración media de 3 meses siendo el número de sesiones entre 9-12, con una duración media de 90 minutos. Se realizan de forma semanal y en formato grupal. Los tratamientos cognitivo conductuales generalmente incluyen las siguientes técnicas: psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición en vivo frente a un espejo, y prevención de recaídas mediante detección de situaciones de riesgo y entrenamiento de estrategias de afrontamiento (Lewis-Smith et al., 2016). En la actualidad, estudios realizados con

terapias de tercera generación también están demostrando su eficacia en el tratamiento de los problemas relacionados con la imagen corporal, sobretudo la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Baer, Fischer y Huss, 2005; Cash y Deagle, 1997; Follette, Heffner y Pearson, 2010; Heffner, Sperry, Eifert y Detweiler, 2002; Juarascio, Forman y Herbert, 2010; Pearson, Follette, y Hayes, 2012; Sandoz, Wilson, Merwin, y Kellum, 2013; Lavender, Jardin y Anderson, 2009). Esta perspectiva sostiene que la preocupación por el peso puede tener la función de evitar emociones o situaciones más difíciles de controlar (relaciones interpersonales, dolor o pérdida) (Pearson, Heffner y Follette, 2010). Algunos estudios han encontrado que los síntomas bulímicos son más frecuentes en aquellas personas que evitan experiencialmente ciertas cuestiones dolorosas, y menos en aquellas que son mentalmente más conscientes (Lavender, Jardin y Anderson, 2009). También se ha encontrado que la aceptación y una mayor flexibilidad psicológica relacionada con el peso correlacionan con hábitos alimentarios más saludables y niveles más bajos de vergüenza relacionada con el peso (Lillis, Hayes, Bunting y Masuda, 2009). En cualquier caso, todas las perspectivas psicológicas presentan programas de intervención que siguen un formato de aplicación tradicional basado en el trabajo presencial.

En las últimas décadas el uso de las nuevas tecnologías se ha extendido y eso ha permitido el desarrollo de programas de intervención en salud física y mental a través de internet. Internet permite que estos programas puedan llegar a sectores de la población que no tendrían acceso a ellos en otras condiciones. Elimina barreras espacio-temporales, con una efectividad similar a la obtenida en las intervenciones presenciales (Anderson y Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010). Según el informe Internet World Stats (2018) alrededor de 4.157 millones de personas, es decir, el 53% de la población mundial utiliza internet diariamente, el 68% de esas personas hace uso de internet través de dispositivos móviles (Internet World Stats, 2018). En España, un informe realizado por Hootsuite y We Are Social (2018) indica el 85% de la población española (39,4 millones de personas) utiliza internet de forma diaria, y de ellos casi el 65%, (27 millones de personas) usan las redes sociales. Pero, ¿Qué importancia tiene esta información para la insatisfacción corporal y su tratamiento?

Con respecto al uso de redes sociales, 3.200 millones de personas en el mundo interactúan en estas redes de forma diaria, siendo Facebook la red preferida, seguida de Twitter e Instagram (Internet World Stats, 2018). Estas plataformas permiten interactuar con otras personas de cualquier lugar del mundo. Para ello, los usuarios crean sus propios perfiles aportando la información de forma voluntaria, de manera que estos perfiles se convierten en la imagen que cada persona quiere proyectar de sí misma en las redes (Cárdenas, 2015). Las acciones de los usuarios, quedan almacenadas y reflejadas en sus perfiles y acaban conformando un historial que el resto de usuarios puede consultar en cualquier momento (Costa, 2009). Por tanto, las redes constituyen el contexto ideal para que los usuarios puedan construir la imagen que desean ofrecer al mundo, sin necesidad de que esta imagen coincida con la imagen real (Infante y Ramírez, 2017). Esta posibilidad que ofrecen las redes sociales no está exenta de problemas. Si partimos de la Teoría de la comparación social de Festinger (1954), en la cual se postula que las personas utilizamos la información que obtenemos de los demás, para establecer valoraciones y comparaciones con ellas mismas, las redes sociales se convierten en una fuente infinita de opiniones y valoraciones constantes. Andsager (2014) añade, que las mujeres que usan redes sociales continuamente están expuestas a diferentes tipos de imágenes, anuncios y vídeos de otras mujeres, en algunas ocasiones famosas, lo que también produciría que se activen modelos de belleza corporales, por lo general de delgadez, en donde la comparativa consigo mismas tenderá a ser negativa. En un estudio realizado por Perloff (2014), vio que personas con tendencias perfeccionistas y pobre autoestima eran más susceptibles a la influencia de las imágenes vistas por redes sociales o medios de comunicación, influyendo así en la percepción de su propia imagen corporal. Tiggermann y Slater (2013) examinaron la relación entre la exposición a internet y la imagen corporal en una población adolescente. Concluyeron que el tiempo que empleaban en internet estaba relacionado de forma significativa con la internalización del ideal de delgadez, ansiedad por obtener un cuerpo delgado y preocupación por el mismo. También se estudió como influía en adolescentes a nivel neuronal interactuar en redes sociales dando o recibiendo “me gusta” en las fotos. Encontraron que cuando los adolescentes miran las fotos que tienen varios “me gusta” se activan los mismos circuitos neuronales que cuando comemos chocolate o se gana dinero, es decir, el circuito de recompensa (Sherman, Payton, Hernandez, Greenfield y Dapretto, 2015).

Otro estudio de ese mismo año con una muestra de 101 adolescentes mujeres (entre 13-15 años) estudió la relación entre subir fotos propias (selfies) con regularidad a las redes y patrones alimentarios restrictivos, imagen corporal, cánones de belleza basados en la delgadez. Encontraron que las participantes que hacían uso frecuente de selfies y de aplicaciones para retocar las fotos presentaban mayor índice de preocupación hacia su cuerpo, más insatisfacción corporal y habían interiorizado en mayor medida un ideal delgado de belleza que las mujeres que no hacían un uso tan frecuente de selfies (McLean, Paxton, Wertheim y Masters, 2015). Todos estos estudios, nos indican que el mundo tecnológico en el que estamos derivando, produce nuevas formas de interacción, distintas a lo que normalmente se aborda en los tratamientos y que además estas interacciones virtuales están incidiendo de forma directa en el individuo produciendo cambios a todos los niveles. Por lo que sería interesante empezar a incluir el mundo tecnológico en los tratamientos psicológicos y ver su influencia real en la vida de los individuos.

Internet ofrece una amplia variedad de actividades interactivas y formatos de actuación, razón por la que las aplicaciones on-line son estrategias ideales para usar entre los profesionales de la salud. Existen distintos tipos de intervención en Internet, y el número continúa creciendo conforme la tecnología va avanzando de forma que cada vez son más variados los nuevos «enfoques electrónicos» que son aplicados para la intervención sobre los problemas físicos y mentales. Los tipos de intervención en el ámbito de la salud son muy variados: programas de asesoramiento/aconsejamiento (e-counselling), psicoeducación, autoevaluación con o sin feedback posterior, participación en foros y chats (abiertos y/o cerrados) programas de intervención a distintos niveles – evaluación, prevención, atención temprana, tratamiento, autoayuda, etc.-. El tipo de apoyo profesional que reciben los usuarios de estos programas puede proceder de distintas fuentes (p.ej. profesionales clínicos especializados, técnicas especializados, grupo de iguales) y el tipo de asistencia también puede ser muy variado (p.ej. guía en intervenciones clínicas, asistencia con las técnicas, feedback con las tareas de casa, apoyo en situaciones de crisis, moderar foros y chats, ofrecer soporte técnico, etc.) (Para una revisión sobre los tipos y estilos de programa de intervención en salud vía internet, ver Proudfoot et al., 2011). También son cada vez más numerosos los estudios de investigación destinados a comprobar la eficacia y eficiencia de la aplicación de programas de evaluación e intervención on-line en múltiples trastornos y enfermedades,

incluido programas de prevención e intervención en TCA e Insatisfacción Corporal (Ljotsson, Mitsell, Lundin, Calbring y Ghaderi, 2007; Tate, Jackyony y Wing, 2006).

Por ejemplo, en Suecia, se incorporó por primera vez en 2007, para el tratamiento en una fase inicial de la Bulimia Nerviosa el uso de email y foros obteniendo resultados positivos. Se combinó la terapia conductual presencial con un soporte social online, se detectaron mejoras relacionadas con la percepción del cuerpo y sintomatología depresiva, en algunas de las participantes también hubo mejoras en niveles de autoestima y en satisfacción con su vida en general (Ljotsson et al., 2007). Otro ejemplo es el proyecto *Student Bodies* (Winzelberg et al., 2000). Se trata de un programa de prevención de los TCA autoaplicado vía on-line, que consta de ocho sesiones semanales en las que los participantes trabajan con los factores que contribuyen a reducir el riesgo a desarrollar TCA, incluyendo cuestiones relacionadas con la preocupación excesiva sobre el aspecto físico. Varios estudios experimentales han confirmado la efectividad del programa y la existencia de altos niveles de adherencia al programa (Beintner, Jacobi y Taylor, 2012; Beintner, Jacobi y Taylor, 2014). Cousineau et al. (2010) también desarrollaron un programa de prevención online para adolescentes con insatisfacción corporal, que obtuvo resultados positivos en 3 sesiones de terapia. La muestra estaba compuesta por 190 adolescentes de entre 12-14 años, que se repartieron en dos grupos, intervención y lista de espera. El programa consistió en ofrecer información sobre los cambios corporales en la pubertad, la autoestima y la imagen corporal. Tras un seguimiento de 3 meses, se encontró que las niñas obtuvieron una menor reducción en insatisfacción corporal que los chicos, pero que ambos sexos y grupos mejoraron sus niveles de autoestima.

En estos últimos años, se están desarrollando algunas de aplicaciones móviles cuyo objetivo principal es reducir la insatisfacción corporal y aumentar los niveles de autoestima fundamentalmente en población femenina. Los resultados que están obteniendo son muy alentadores, pues en los dos estudios piloto en los que pusieron en marcha dichas aplicaciones las participantes (n=53) redujeron significativamente su índice de malestar con el cuerpo y sus síntomas relacionados con el TCA (Kollei, Lucas, Loeber y Berking, 2017; Rodgers et al., 2018). Estos estudios utilizaron un grupo experimental y grupo de control y encontraron que además estas mejoras se mantenían tras un mes y medio de seguimiento. Partiendo de estos datos tan positivos, se planteó la posibilidad aplicar a través de una página web, una intervención en imagen

corporal a través un programa completamente on-line centrado en insatisfacción corporal desarrollado en la Universidad de Jaén, por la Doctora Silvia Moreno Domínguez.

2. Justificación de la investigación y objetivos

Dada la excesiva importancia que hoy en día se da a los estándares de belleza junto a la aceptación social de que es absolutamente normal estar preocupada continuamente por tu aspecto, sobretudo la población femenina, se ha producido un aumento de los problemas de rechazo al cuerpo y de malestar emocional asociado a la apariencia física (Heider et al., 2015; Santos et al., 2017). Un gran volumen de mujeres, tienen una imagen corporal distorsionada de sí mismas y este hecho contribuye de forma decisiva en el desarrollo de problemas de conducta alimentaria, autoestima, de relaciones sociales, ansiedad, depresión, etc. (Cruz-Sáez et al., 2016; Salaberria et al., 2007).

Por ello, y teniendo en cuenta el incipiente uso de las nuevas tecnologías se hace necesario desarrollar y aplicar programas de intervención en esta temática que contemplen las nuevas tecnologías y el uso de internet. De esta forma y con este propósito se desarrolla ÚNICA MUJER un programa de insatisfacción corporal on-line, que pretende así, llegar al mayor número posible de personas, mujeres por el momento, que tengan algún problema con su imagen corporal. Además, al adaptarlo a un formato Web, es posible que comencemos a interactuar o mejor dicho trabajar, desde el mismo mundo que lo hacen las redes sociales, con las características ya expuestas anteriormente, por lo que quizá nos acerquemos o intervengamos en cosas distintas a las que se abordan únicamente de forma presencial y en consulta (Proudfoot et al., 2011).

El presente Trabajo de Fin de Máster forma parte de un proyecto de investigación que se está realizando con el objetivo general de evaluar la efectividad del programa de tratamiento psicológico on-line para la insatisfacción corporal, en población femenina y que tiene prevista una duración aproximada de dos años. Más concretamente, en este trabajo se ha llevado a cabo un análisis preliminar de los resultados obtenidos de los cuatro primeros pasos del programa, así que se trata de un estudio piloto sobre la eficacia del programa. Para ello, se ha aplicado el tratamiento a dos grupos, un grupo experimental y grupo en lista de espera (control). Como objetivos secundarios también se va a estudiar cómo afecta esta primera fase del programa a otras

variables distintas a la Insatisfacción corporal como son los síntomas propios de los trastornos de la conducta alimentarios, la presión social percibida por la apariencia y los síntomas depresivos.

Se espera encontrar que el grupo experimental presente cambios significativos en los niveles de insatisfacción corporal general, con respecto al grupo control como consecuencia de haber recibido la intervención psicológica del programa ÚNICA MUJER. Más concretamente, se espera que las puntuaciones en el cuestionario BSQ de insatisfacción corporal del grupo experimental se reduzcan hasta niveles más cercanos a las presentadas por el grupo control después del tratamiento. Igualmente se espera encontrar que el grupo experimental también presente cambios significativos en el resto de variables estudiadas con respecto al grupo control. Es decir, se espera que las mujeres que han recibido el tratamiento reduzcan la sintomatología propia de los desórdenes de la conducta alimentaria, la presión sociocultural percibida hacia la propia apariencia y los síntomas depresivos.

3. Metodología

3.1. Participantes

La muestra inicial de la investigación contó con 42 mujeres pero durante el transcurso de la intervención abandonaron 3 participantes, por lo que la muestra final se redujo a 39 mujeres con edades comprendidas entre 18-35 años (Media = 22.49 y DT = 3.47 años), con un Índice de Masa Corporal (IMC) entre 19.68 y 35.16 (Media = 26.08 y DT = 4,84) y pertenecientes en su mayoría a Granada (n=15) y a Jaén (n=16), siendo el resto de ellas de otras localidades; Almería (n=2), Cáceres (n=1), Badajoz (n=1), Huelva (n=1), Sevilla (n=1), Málaga (n=1) y Tenerife (n=1). De ellas, el 80% tenían o estaban cursando estudios universitarios, el 20% tenían o estaban cursando de estudios de Bachillerato o de Formación Profesional.

3.2. Instrumentos de evaluación

Body Shape Questionnaire (BSQ) (Cooper et al., 1987). Es un cuestionario que consta de 34 ítems y que mide insatisfacción corporal y preocupación por el peso usando una escala tipo Likert de 6 puntos (donde 6= siempre y 1= nunca). La puntuación obtenida oscila entre 34 y 204, situándose el punto de corte en 105. Una

puntuación en el cuestionario superior a 105 indica que la persona presenta insatisfacción corporal y riesgo de desarrollo de TCA. En este estudio se ha utilizado la adaptación y validación española del BSQ (Raich et al., 1996). Presenta un alfa de Cronbach entre 0.95 y 0.97.

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) (Fairburn y Beglin, 2008)

El EDE-Q es un cuestionario que mide actitudes, emociones y comportamientos típicos de los trastornos de la conducta alimentaria en población general durante los últimos 28 días. Consta de 28 ítems que se responden usando una escala tipo Likert de 7 puntos (donde 0= ningún día y 6= todos los días). Se obtiene una puntuación global y además tiene cuatro sub-escalas; restricción alimentaria, preocupación por la forma corporal, preocupación por el peso y preocupación por la comida. La puntuación global es el promedio de las puntuaciones en las cuatro sub-escalas anteriores. En este estudio se ha utilizado la versión adaptada y validada al español del EDE-Q (Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2013) y tiene un alfa de Cronbach de 0.90.

Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4)

(Schaefer et al. 2011). El SATAQ-4 Es un cuestionario compuesto por 22 ítems que mide el grado de internalización del ideal de belleza característico de la cultura occidental. Los ítem se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde 1 completamente en desacuerdo hasta 5 totalmente de acuerdo. Tiene cinco sub-escalas, tres de ellas miden la presión social percibida por parte de padres, iguales y medios de comunicación y las otras dos miden la internalización de un cuerpo delgado o musculoso. El cuestionario está traducido y validado al español (Llorente, Gleaves, Warren, Perez-de-Eulate y Rakhkovskaya, 2014) tiene un alfa de Cronbach de 0.88.

Beck Depression Inventory II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996). Es un cuestionario compuesto por 21 ítems que mide la gravedad de la sintomatología depresiva. Usa una escala tipo Likert de 4 puntos (0-3) siendo el 0 la ausencia de dicho síntoma y 3 la presencia y por tanto cierta gravedad de dicho síntoma. El objetivo de este cuestionario es medir la gravedad de la sintomatología depresiva presente en la persona. Su interpretación se hace a través de la sumatoria total de los ítems (0-63) que se divide por rangos nuevamente. De 0-13 puntos no habría indicadores de depresión; 14-19, hablaríamos de depresión leve; 20-28 depresión moderada y finalmente de 29-63 depresión grave. El alfa de Cronbach fue de 0.87.

3.3. Procedimiento

La primera fase del estudio se centró en la búsqueda de participantes. Se utilizaron dos formas de captación, a través de carteles colocados en los alrededores de la Universidad de Jaén y mediante anuncios en redes sociales, Facebook e Instagram. La duración de esta fase fue de un mes y se llevó a cabo en enero de 2018. En los anuncios se solicitaba la participación voluntaria de mujeres de 18 a 35 años que creyeran tener problemas de imagen corporal o rechazo a su cuerpo y quisieran recibir un tratamiento psicológico on-line. La totalidad de mujeres mostraron interés por participar en el estudio, pero cuando se les explicó las características del mismo, tres de ellas decidieron no hacerlo finalmente. Los criterios de inclusión fueron los siguientes; no estar recibiendo tratamiento psicológico en el momento de la investigación, no tener diagnóstico de TCA, disponer de conexión a internet y acceso a un ordenador.

Una vez obtenidos los datos de contacto y el consentimiento informado, las participantes completaron una batería de test iniciales y se les realizó una entrevista breve en la que se recogían los datos demográficos: edad, peso y altura, nivel de estudios, expectativas de resultado y auto-eficacia (es decir, si confiaban en el programa y si ellas se veían capaces de completarlo). A partir de las puntuaciones en el cuestionario BSQ se crearon dos grupos, un grupo experimental de 20 mujeres que comenzaron a recibir el tratamiento inmediatamente, y un grupo control de 19 participantes en lista de espera, que comenzaría a recibir la intervención a partir del mes de Junio (Ver Fig.1). Durante un periodo de 10 semanas, se planteó analizar la efectividad de los primeros pasos del programa, a modo de estudio piloto. Por tanto, los datos obtenidos a continuación corresponden únicamente al contenido abordado hasta el paso 4. Una vez finalizados los cuatro primeros pasos del programa, todas las participantes volvían a cumplimentar los test iniciales. Las participantes no recibieron ningún incentivo por participar en la investigación.

Al inicio del programa, se creó un grupo de trabajo mediante la plataforma WhatsApp, a través del cual se iban dando instrucciones periódicamente a las participantes pertenecientes al grupo experimental con los ejercicios que debían de hacer durante la semana. También se utilizó este grupo para promover el diálogo entre las ellas y que utilizaran este espacio para compartir sus preocupaciones o dudas con respecto al programa.

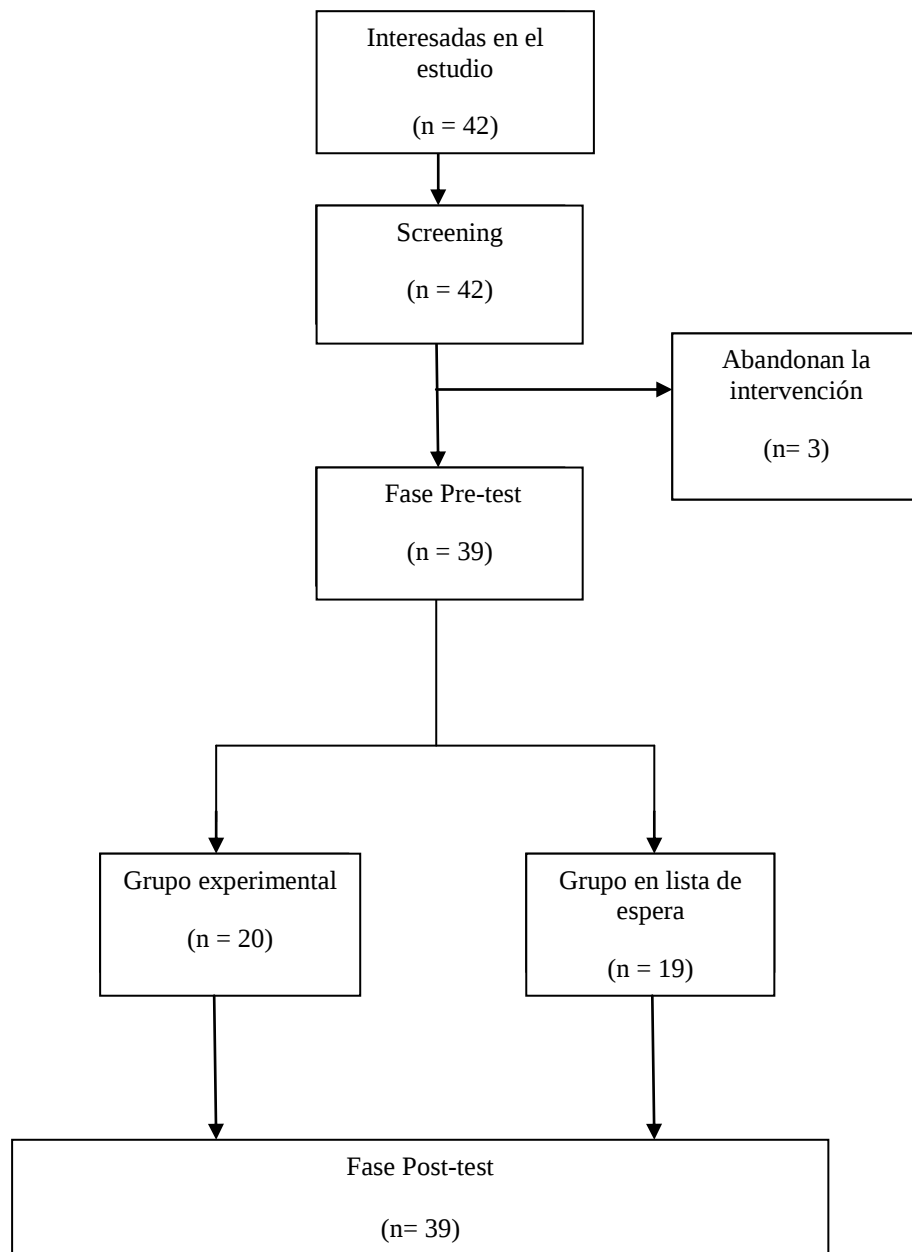


Figura 1: Etapas del Procedimiento

3.4 Programa Única Mujer

El Programa Única Mujer es un programa de intervención psicológica para los problemas de insatisfacción corporal, basado en técnicas de efectividad científicamente demostrada, y que usa un formato on-line que puede ser auto-administrado. Es a su vez, un espacio interactivo, compuesto por audios, autoevaluaciones y lecturas, que pretenden facilitar al usuario/a seguirlo sin dificultad e ir evaluando su progreso de forma continua.

El Programa consta de 8 pasos (ver. Tabla 1), siendo el primer paso y el último un Test para la evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal (TMIC) compuesto por 100 ítems, que una vez contestados, se corrige de forma automática y genera un informe detallado del nivel de insatisfacción corporal global y de cada componente de la imagen corporal. Aunque las participantes en este estudio contestaron al cuestionario en el paso 1, los resultados no se incluirán en el presente trabajo.

El paso 2, denominado *Conoce la causa de tu malestar* es un paso psicoeducativo, en el que se explica qué es la imagen corporal, como se construye y qué componentes la forman. En el paso 3, llamado *Deshazte de las conductas innecesarias*, el objetivo se centra en eliminar o reducir las conductas de comprobación asociados al malestar con el propio cuerpo (por ejemplo, mirarse obsesivamente al espejo, pellizcarse el cuerpo, probarse ropa antes de salir, pesarse o medirse, etc.). A continuación, en el paso 4, *Libérate de tu discurso mental*, el objetivo es aprender a manejar los eventos privados dolorosos en relación con el cuerpo usando técnicas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Mindfulness y Terapia centrada en la Compasión. En el paso 5, *Sé autocompasiva Mindful*, el esfuerzo se centra en apreciar la singularidad y funcionalidad del cuerpo, la aceptación de uno mismo, incluyendo las características que no concuerdan con el ideal establecido y el énfasis en los aspectos corporales positivos en lugar de focalizarse en los defectos. El paso 6, *Termina con el sufrimiento emocional*, es posiblemente el paso más importante de todo el programa y el que más dificultad entraña. Se centra en la Terapia de exposición frente al espejo, por lo que las participantes tendrán que exponerse durante varias semanas a su cuerpo frente a un espejo con el objetivo de reducir el malestar emocional que éste les supone. En este paso se utilizan tres procedimientos: la exposición pura al espejo, la exposición al espejo con descripciones neutrales y la exposición al espejo con descripciones positivas, en este orden. El paso 7, *Deja de*

esconderte, se centra en eliminar o reducir las conductas de evitación (por ejemplo, salidas sociales, uso de ropas diferentes, adoptar posturas nuevas, etc.). El paso 8, es nuevamente el test TMIC para generar un informe pre-post y finalizar el programa. El tiempo estimado para realizarlo de forma completa se situaría alrededor de los 4 meses, con una previsión de dedicación al programa de al menos dos horas semanales.

Tabla 1. Componentes del Programa.

Pasos del Programa	Contenido
Paso 1. Test inicial	Test inicial para la evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal (TMIC) compuesto por 100 ítems.
Paso 2. Conoce la causa de tu malestar	Concepto de Imagen Corporal, explicación de cómo se construye la apariencia física y de qué forma una imagen corporal negativa nos puede llevar a presentar problemas psicológicos.
Paso3. Deshazte de las conductas innecesarias	Eliminación/Reducción de las conductas de comprobación corporal.
Paso 4. Libérate de tu discurso mental	Manejo de Eventos Privados desde ACT.
Paso 5. Sé autocompasiva Mindful	Entrenamiento en Mindfulness.
Paso 6. Termina con el sufrimiento emocional	Exposición frente al espejo.
Paso 7. Deja de esconderte	Eliminación/Reducción de las conductas de evitación.
Paso 8. Test final	Test final para la evaluación Multidimensional de la Insatisfacción Corporal (TMIC) compuesto por 100 ítems.

3.5. Diseño y análisis estadísticos

Con objeto de alcanzar las cotas más elevadas de validez interna en el contexto cuasi-experimental, se ha optado por el diseño de discontinuidad en la regresión. Más en concreto, una variante longitudinal, caso-control, quasi-experimental pretest-posttest, que investiga las relaciones causales de las intervenciones a través de la asignación de un punto corte pre-establecido y por lo tanto conocido (Cook, Campbell y Shadish, 2002).

En este diseño, en función del valor del punto de corte, se divide la muestra en dos grupos, quedando participantes por encima y por debajo de este. Dado el significado de la variable de asignación (más puntuación implica más gravedad), una vez realizada la distribución de las mismas, aquellas que se encuentren por encima del valor establecido reciben la intervención (grupo experimental), mientras que las restantes conforman el grupo en lista de espera (grupo control). Con objeto de cumplir, además, con los estándares éticos en el contexto de psicología clínica y de la salud (Ramos, Catena y Trujillo. 2004), las participantes en lista de espera también recibirán el tratamiento una vez que lo ha finalizado el tratamiento del grupo experimental. El criterio de selección óptimo se fijó de antemano en la puntuación obtenida mediante el cuestionario Body Shape Questionnaire (BSQ, Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987). Este cuestionario establece en 105 el criterio para establecer la presencia de insatisfacción corporal. Además, también establecen otro corte adicional de 120 puntos sobre 204 que indicaría la presencia de una alta insatisfacción corporal. El criterio básico de 105 puntos tuvo que ser descartado dado que más del 80% de la muestra superaba dicho valor, provocando una gran descompensación de los grupos. Por ello, se decidió calcular la mediana ($\mu=127$) y asignar las participantes a cada grupo en función de este estadístico, quedándonos por tanto la muestra repartida de manera uniforme. Otra de las características de este tipo de diseño, es que permite estimar el efecto de tratamiento en investigaciones donde la aleatorización es inviable por la naturaleza de las variables, mediante la comparación de las puntuaciones obtenidas que se extienden a ambos lados del punto de corte.

La variable independiente del estudio vino dada, pues, por la intervención en insatisfacción corporal mediante el Programa ÚNICA MUJER y las variables dependientes a partir de las distintas medidas de autoinforme (cuestionarios) que miden insatisfacción corporal, síntomas propios de los trastornos de la conducta alimentaria,

presión social percibida por la apariencia y síntomas depresivos. Además, se va a controlar estadísticamente la sintomatología depresiva como variable moduladora de la insatisfacción corporal, incluyéndola como un Covariado.

Si bien el análisis estadístico básico de los diseños de discontinuidad en la Regresión viene dado por el Modelo clásico de Regresión Lineal, previa centralización de las variables (Cook, Campbell y Shadish, 2002); dado que, en ocasiones, los datos de este tipo de diseño incumplen los requisitos impuestos por la discontinuidad en la Regresión, se han propuesto diversas librerías especializadas de análisis, que permiten implementar los últimos avances de estadística robusta basados en Regresión Polinómica Local. Una de las más completas es la librería {rddapp}, que puede además implementarse a través de una versión on-line sin necesidad de tener conocimientos sobre la programación de R (ver <https://rddapp.shinyapps.io/shinyrdd/>), de manera que los resultados principales del presente trabajo se basarán en el uso de esta librería. Sin embargo, en ocasiones otro tipo de librerías permite modelizar de manera más adecuada la tendencia local de los datos y por este motivo, el análisis también tendrá en cuenta otras variantes, de manera complementaria. Para lograr este objetivo, se utilizarán las funciones {AllRDD} y {AllRDDCov} creadas por uno de los tutores de este trabajo (ver Ramos-Álvarez, 2018). De manera resumida, los Modelos alternativos que complementarán a la librería básica se basarán bien en el algoritmo IK original (Imbens y Kalyanaraman, 2009) o bien en el algoritmo CCFT con corrección del sesgo según la variante más actual (ver Calonico, Cattaneo, Farrell y Titiunik, 2016).

Finalmente, el nivel de significación se fijará en el nivel convencional de 0.05 para todas las decisiones estadísticas adoptadas.

4. Resultados

En cuanto al análisis descriptivo previo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo de control en ninguna de las variables demográficas: edad, IMC, nivel de estudios, expectativas de resultado y auto-eficacia (todas las probabilidades se situaron por encima del .08). En la **Tabla 2** se describen las puntuaciones obtenidas por las participantes en todos los cuestionarios, incluyendo las sub-escalas de cada uno, en los dos momentos en los que se ha recogido la información, antes y después de la intervención.

Tabla 2. Medias y Desviaciones típicas de las participantes en los instrumentos de evaluación y sub-escalas (n = 39).

Variables	Pretratamiento				Postratamiento			
	Control		Experimental		Control		Experimental	
	(n=19)		(n=20)		(n=19)		(n=20)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
BSQ	92.15	(21.07)	160.95	(20.46)	100.05	(23.19)	135.45	(35.97)
Preoc. Peso	20.68	(7.19)	36.10	(5.11)	21.63	(7.07)	30.45	(9.11)
Preoc.Obesidad	11.21	(2.78)	19.45	(4.26)	12.21	(3.37)	16.25	(5.31)
Insat. General	5.89	(2.30)	12.65	(3.18)	8.00	(3.01)	9.30	(4.65)
Insat. parte inf	6.58	(2.69)	10.70	(1.68)	7.47	(2.59)	9.65	(2.49)
Cond.purgativa	1.16	(0.37)	3.60	(2.39)	2.21	(0.41)	2.85	(2.08)
EDE-Q	11.39	(5.58)	24.55	(4.40)	2.21	(5.07)	21.38	(5.68)
Restric Alimen	6.47	(6.05)	18.45	(5.97)	7.74	(6.43)	13.75	(8.33)
Preoc. comida	7.05	(6.33)	16.65	(5.73)	6.16	(5.82)	14.15	(7.18)
Preoc. Cuerpo	21.68	(9.87)	41.40	(5.57)	21.16	(9.58)	37.80	(8.02)
Preoc. Peso	10.37	(5.86)	21.70	(4.79)	10.63	(5.19)	19.85	(4.81)
SATAQ – 4	55.63	(12.33)	71.80	(12.15)	57.73	(12.14)	67.15	(9.61)
Int. Delgadez	15.53	(5.12)	20.90	(2.78)	15.32	(4.49)	20.55	(3.06)
Int. Musculada	15.32	(6.22)	19.30	(5.93)	15.53	(6.25)	17.35	(5.36)
Presión familia	8.00	(3.63)	10.50	(5.84)	8.58	(3.59)	9.25	(5.09)
Presión Iguales	9.42	(3.58)	11.95	(4.96)	10.53	(3.71)	10.75	(3.11)
Presión Medios	12.95	(4.83)	16.75	(3.89)	13.00	(4.70)	16.85	(3.39)
BDI-II	15.94	(9.31)	29.65	(9.44)	17.00	(11.77)	24.45	(14.82)

Nota: M= Media; DT= Desviación Típica; BSQ= Body Shape Questionnaire; Preoc. Peso= Preocupación por el peso; Preoc. Obesidad= Preocupación por la obesidad; Insat.general= Insatisfacción general; Instat.parte inf.= Insatisfacción parte inferior; Cond. Purgativa= Conducta purgativa; EDE-Q= Eating Disorder Examination Questionnaire; Restric. Alimen= Restricción alimentaria; Preoc. Comida= Preocupación por la comida; Preoc. Cuerpo= Preocupación por el cuerpo; SATAQ-4= Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4; Int. Delgadez= Internalización del canon de delgadez; Int. Musculada= Internalización del canon de mujer musculada; BDI-II= Beck Depression Inventory-II.

Los análisis estadísticos inferenciales se han realizado considerando como covariable las puntuaciones en el cuestionario BDI-II de depresión en el momento pre. Los resultados de los análisis de regresión correspondientes a las puntuaciones globales del BSQ muestran que existe una clara discontinuidad entre las funciones de regresión para las mujeres tratadas con respecto a las no tratadas (ver Figura 2). Se aprecia una disminución de las puntuaciones en el grupo experimental frente al control (Fig. 2). El análisis de Modelización previo, llevó a seleccionar el modelo del tipo Lineal como modelo óptimo para ajustar los datos de esta variable dependiente (se aprecia un ajuste satisfactorio en el Modelo con línea roja discontinua de la Fig.2, el cual coincide plenamente con el modelo local óptimo representado por las líneas continuas de color azul). El análisis a partir de este modelo reveló una diferencia estadísticamente significativa en el punto de corte [diferencia = -89.386 puntos de BSQ (IC 95% = -118.264, -60.509); $z = -6.067$; $p = 0.000$; $d = -0.324$]. Esto confirma que el programa de intervención fue efectivo para reducir la insatisfacción corporal (medida con el BSQ), mostrando un tamaño de efecto mínimo (recordar la interpretación del estadístico d-Cohen sobre el tamaño del efecto: 0.41 -Mínimo-, 1.15 -Moderado- y 2.70 -Fuerte-).

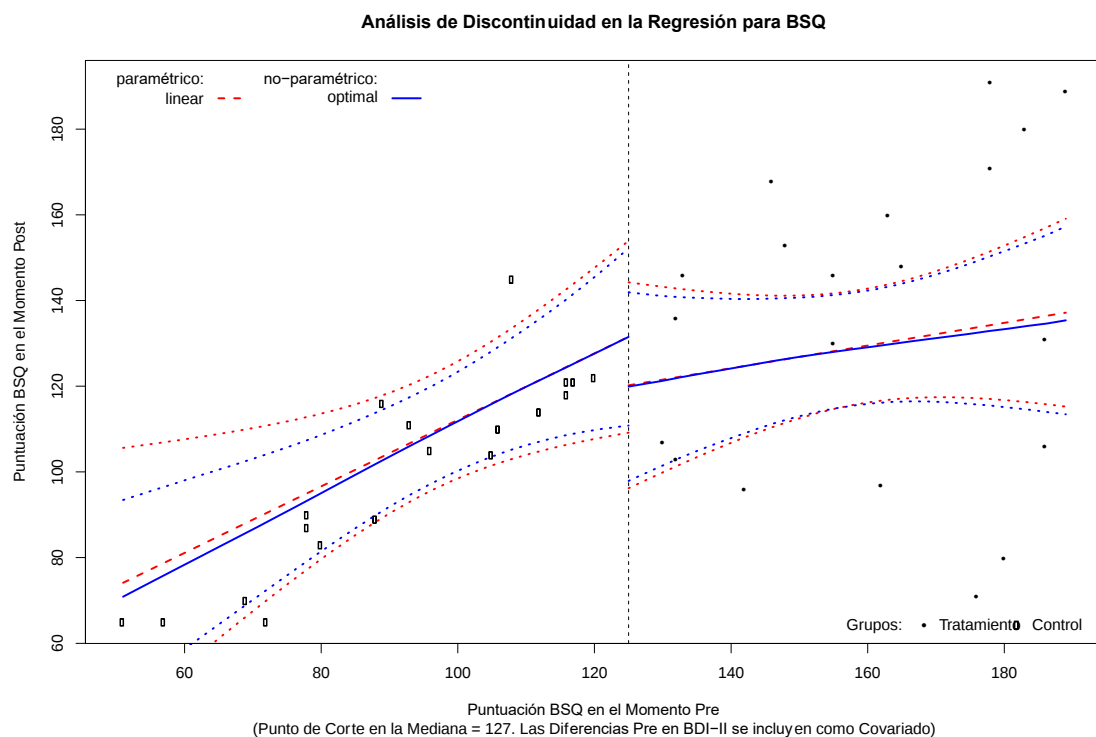


Figura 2. Regresión en la discontinuidad del BSQ.

Con respecto a los análisis de regresión realizados sobre las puntuaciones del cuestionario EDE-Q, solo se encontraron diferencias significativas en la sub-escala *preocupación por la comida*. Los resultados muestran que existe discontinuidad entre las funciones de regresión para las mujeres tratadas con respecto a las no tratadas (ver figura 3). En este caso aparece un aumento en las puntuaciones del grupo experimental justo en el punto de corte y más tarde se estabiliza, en contraposición a la tendencia lineal que exhibe el grupo control (zona a la izquierda del punto de corte, Fig.3). El análisis de Modelización previo llevó a seleccionar el Modelo No paramétrico basado en el algoritmo CCFT con corrección del sesgo, como modelo óptimo para ajustar los datos de esta variable dependiente (Fig.3). El análisis a partir de este modelo reveló una diferencia estadísticamente significativa en el punto de corte [diferencia = 23.382 puntos de EDE-Q (IC 95% Robusto = 5.243, 49.347); $z = 2.426$; $p = 0.015$; $d = 0.203$]. Se confirma así que el programa de intervención fue efectivo para reducir la preocupación por la comida, lo que indica que las mujeres con puntuaciones más altas en insatisfacción corporal presentan una preocupación equivalente a aquellas cuya insatisfacción corporal era menor después de la intervención. En este caso, el tamaño de efecto según los valores d Cohen fue mínimo (el valor estimado de 0.203 entraría en la franja mínima de 0.41).

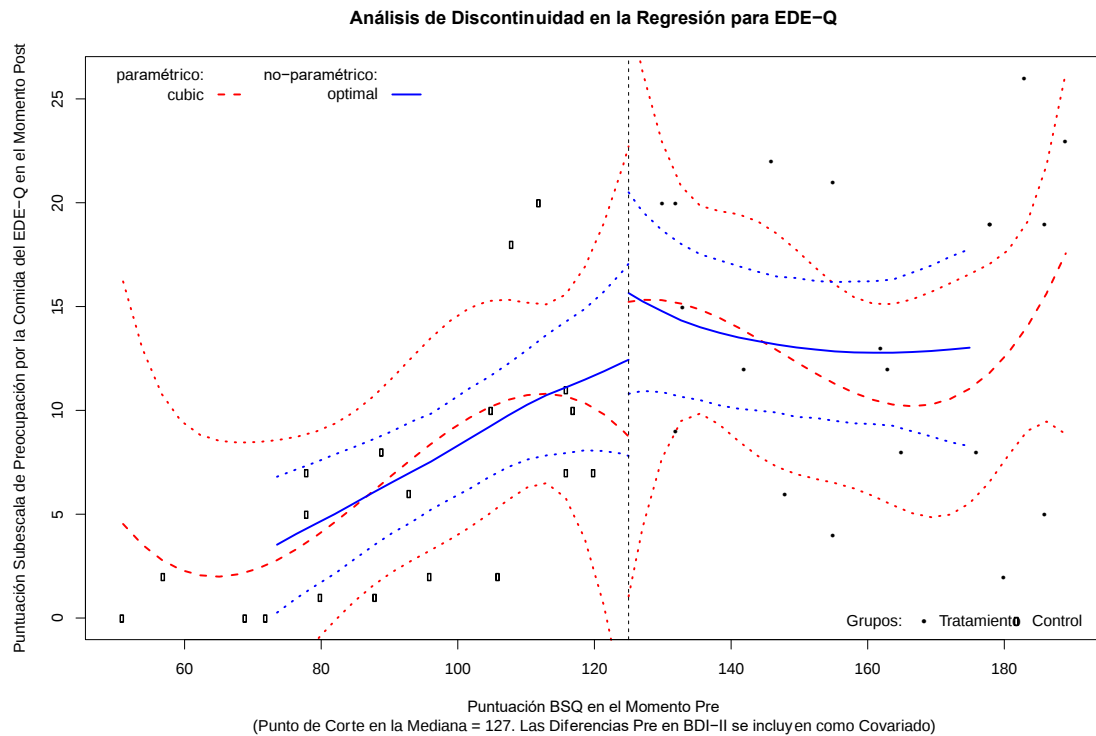


Figura 3. Regresión en la discontinuidad para Sub-escala del EDE-Q Preocupación por la comida.

Los resultados del análisis de regresión correspondientes a la puntuación total del cuestionario SATAQ-4 muestran que también existe discontinuidad entre las funciones de regresión para las mujeres del grupo experimental con respecto a las del grupo control (ver figura 4). En este caso, si bien aparece un incremento de las puntuaciones en la franja del grupo experimental por parte de las participantes que estaban cercanas al punto de corte, las puntuaciones de las mujeres que presentaban mayores niveles de insatisfacción corporal han disminuido notablemente, tendencia que no aparece en el grupo control (comparar las regiones izquierda y derecha respecto al punto de corte, Fig.4). El análisis de Modelización previo, llevó a seleccionar el modelo del tipo Lineal como modelo óptimo para ajustar los datos de esta variable dependiente (Líneas discontinuas, Fig.4). El análisis a partir de este modelo reveló una diferencia estadísticamente significativa en el punto de corte [diferencia = -63.097 puntos de SATAQ-4 (IC 95% = -103.464, -22.729); $z = -3.064$; $p = 0.002$; $d = -0.129$]. Estos resultados indican que el programa de intervención fue efectivo para reducir la presión sociocultural sobre la apariencia especialmente en las mujeres con niveles muy altos de insatisfacción corporal. En este caso, el tamaño de efecto según los valores d Cohen

nuevamente se puede considerar que fue débil (d de 0.129 puntos en valor absoluto, por debajo del valor orientativo de 0.41 puntos).

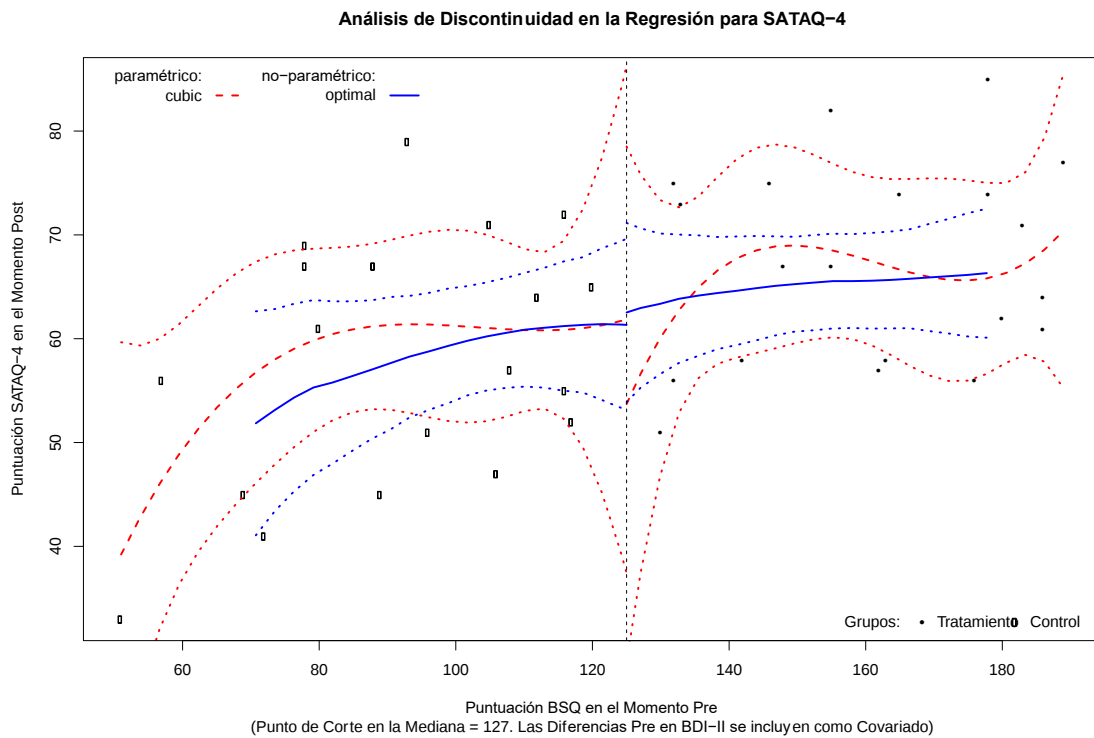


Figura 4. Regresión en la discontinuidad para SATAQ-4.

Con respecto a los análisis de regresión correspondientes a la sub-escala de *Internalización del ideal de delgadez* del SATAQ-4, los resultados muestran que existe discontinuidad entre las funciones de regresión para las mujeres del grupo experimental con respecto a las del grupo control (ver figura 5). En este caso aparece un aumento en las puntuaciones del grupo experimental justo en el punto de corte y una reversión de la tendencia en la zona de puntuaciones correspondientes a las mujeres con niveles más elevados de insatisfacción corporal, tendencia que no aparece en el grupo control. El análisis de Modelización previo, llevó a seleccionar el modelo del tipo Lineal como modelo óptimo para ajustar los datos de esta variable dependiente (Se aprecia un ajuste adecuado del Modelo Lineal, líneas discontinuas rojas, coincidente con el modelo local óptimo representado por las líneas continuas de color azul, Fig.5). El análisis a partir de este modelo reveló una diferencia estadísticamente significativa en el punto de corte [diferencia = -26.826 puntos de SATAQ-4 (IC 95% = -32.565, -21.088); $z = -9.163$; $p =$

0.000; $d = -0.326$]. Este resultado confirma que el programa de intervención fue efectivo para disminuir la internalización del ideal de belleza basada en la delgadez, pero solo en las mujeres con puntuaciones más altas en insatisfacción corporal. El tamaño del efecto fue mínimo (valor absoluto, 0.326, inferior a 0.41).

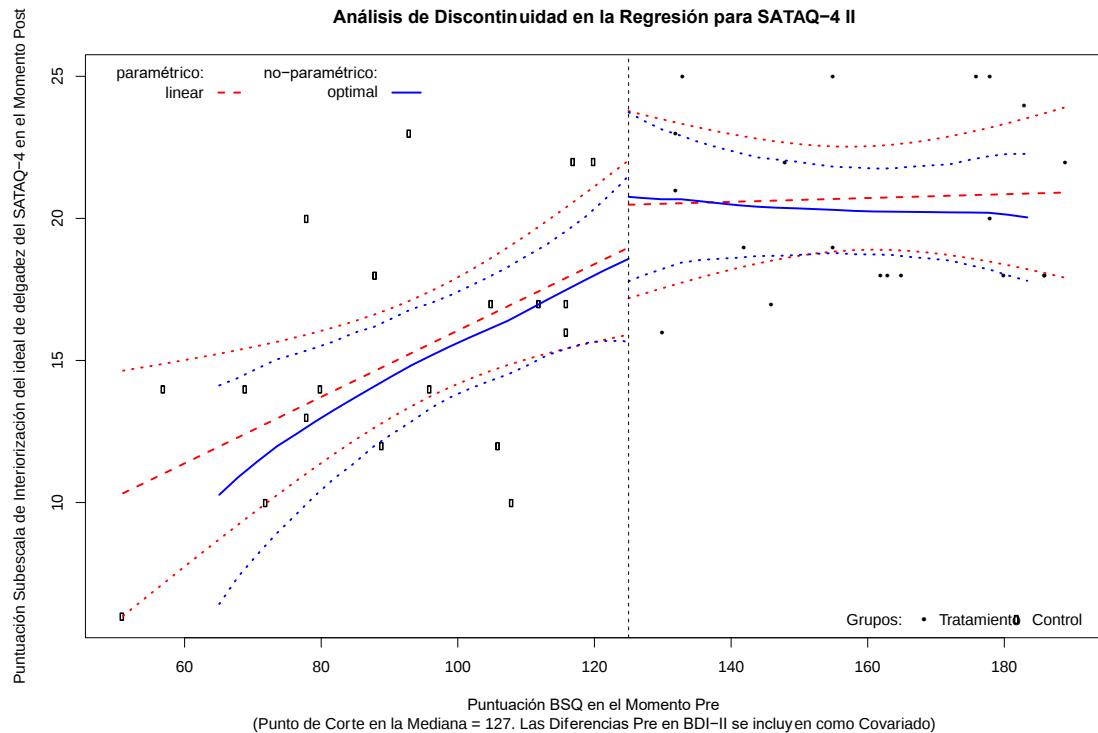


Figura 5. Regresión en la discontinuidad para la sub-escala del SATAQ-4 interiorización del ideal de delgadez.

Los datos correspondientes a las puntuaciones en la sub-escala Presión de los Medios de Comunicación del cuestionario SATAQ-4, indican que existe una clara discontinuidad entre las funciones de regresión para las mujeres del grupo experimental con respecto a las del grupo control (ver figura 6). Aparece un aumento en las puntuaciones del grupo experimental frente al grupo control. El análisis de Modelización previo, llevó a seleccionar en esta variable el modelo del tipo Cuadrático (obsérvese el modelo de u-invertida, Fig.6). El análisis a partir de este modelo reveló una diferencia estadísticamente significativa en el punto de corte [diferencia = 8.612

puntos de BSQ (IC 95% = 0.91, 16.315); $z = 2.191$; $p = 0.028$; $d = 1.925$]. El programa provocó una aumento de la presión que sienten las mujeres por parte de los medios de comunicación, donde las mujeres que han recibido la intervención presentan puntuaciones más altas frente a las que no, mostrando además un tamaño de efecto de magnitud entre Moderado y Fuerte (comparar el valor 1,925 con los criterios: 0.41 - Mínimo-, 1.15 -Moderado- y 2.70 -Fuerte-). Además, este efecto de la intervención es robusto a nivel estadístico, dado que se ve respaldado mediante una alternativa no paramétrica local de regresión robusta [diferencia = 7.099 puntos de BSQ (IC 95% = 0.492, 13.706); $z = 2.106$; $p = 0.035$; $d = 1.586$, ver Líneas continuas azules en la Fig.6].

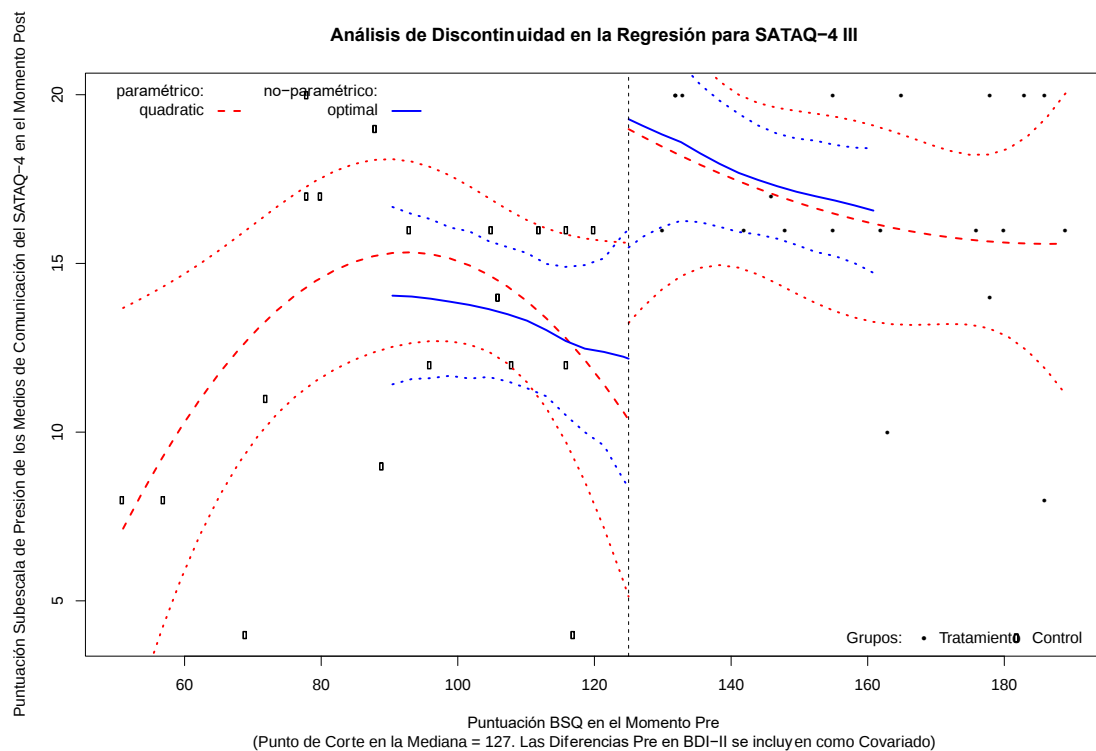


Figura 6. Regresión en la discontinuidad para la sub-escala del SATAQ-4 Presión de los Medios de Comunicación.

Por último, también se realizaron análisis de Regresión de la Discontinuidad sobre las puntuaciones del cuestionario BDI-II. Los datos muestran que también existe discontinuidad entre las funciones de regresión para las mujeres del grupo experimental con respecto a las del grupo control (ver figura 7). En esta variable se aprecia un decremento de las puntuaciones en el grupo experimental frente al control en el punto de corte y además con una reversión en el sentido de la tendencia, en comparación a las puntuaciones en el grupo control (comparar el cambio desde ascendente a descendente de las líneas rojas, Fig.7, respaldado por el modelo local óptimo representado por las líneas continuas de color azul). El análisis de Modelización previo, llevó a seleccionar el modelo del tipo Lineal como modelo óptimo para ajustar los datos de esta variable dependiente (Fig.7). El análisis a partir de este modelo reveló una diferencia estadísticamente significativa en el punto de corte [diferencia = -69.615 puntos de BSQ (IC 95% = -118.282, -20.947); $z = -2.804$; $p = 0.005$; $d = -0.190$]. Esto confirma que el programa de intervención fue efectivo para reducir la sintomatología depresiva. Además las mujeres con puntuaciones más altas en insatisfacción corporal presentan una reducción mayor de la sintomatología depresiva que aquellas cuya insatisfacción corporal era menor, pero según un tamaño de efecto mínimo (0.190 es inferior a la franja mínima, 0.41).

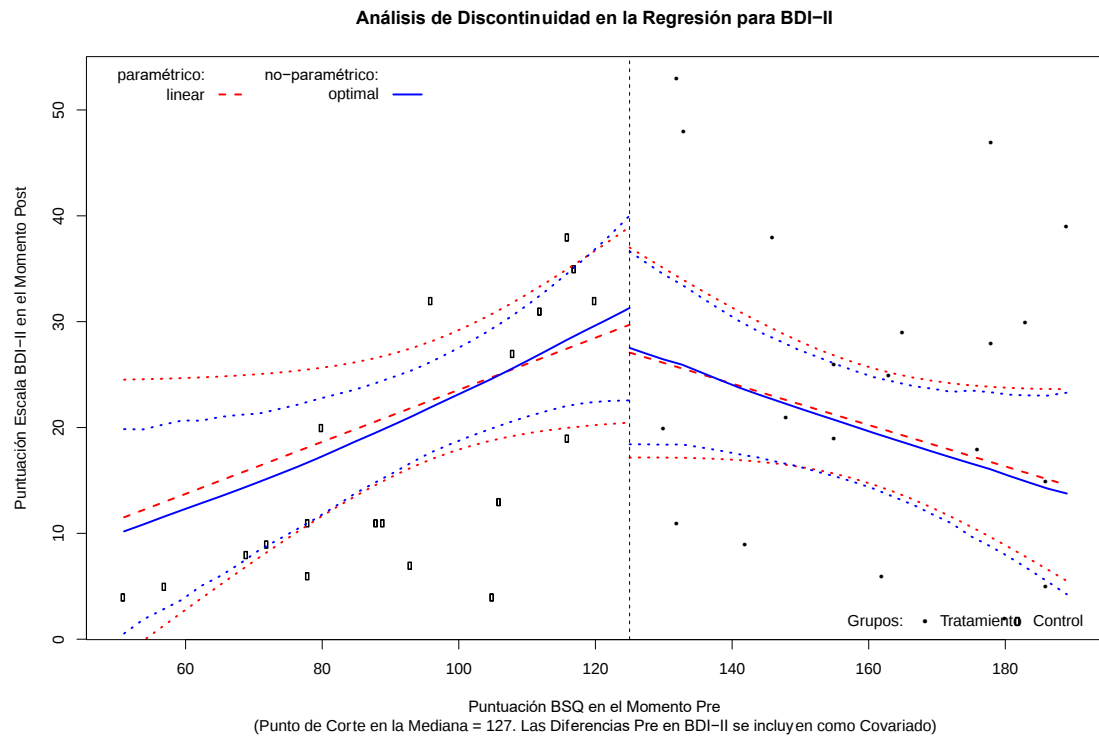


Figura 7. Regresión en la discontinuidad para BDI-II.

5. Discusión

Los cánones de belleza femeninos basados en la delgadez y la juventud causan preocupación excesiva por el peso, la dieta y la imagen corporal (Martínez, Gil y De Los Fayos, 2016). La presión para alcanzar un «cuerpo bello» en el mundo occidental, lleva a muchas mujeres a intentar asemejar su cuerpo al de las imágenes de las modelos televisivas y publicitarias (Murawski et al., 2009; Trujano, Nava, Gracia, Limón, Alatríste, y Merino, 2010; Vázquez, López, Álvarez y Mancilla-Díaz, 2006). Esta preocupación desproporcionada por el peso y la imagen constituye un potente factor de riesgo en el desarrollo de TCA y otros trastornos relacionados (Cruz-Sáez et al., 2016; Perpiña et al., 2000; Thompson, 1996; Toro, 2006; Tuschen-Caffier et al., 2003; Salaberria et al., 2007). Por estos motivos sería de gran utilidad desarrollar herramientas terapéuticas efectivas para el tratamiento de la insatisfacción corporal que se adaptaran al mundo tecnológico en el que vivimos y de esta forma contribuir a disminuir el alto porcentaje de mujeres que sufren por esta problemática. El objetivo principal de este trabajo fue llevar a cabo un estudio piloto para comprobar la eficacia de los primeros

pasos de un programa de intervención psicológica on-line para la insatisfacción corporal. Más concretamente, se analizó si el programa provocaba cambios significativos en los niveles de insatisfacción corporal así como en otros constructos psicológicos como síntomas propios de los trastornos de la conducta alimentaria, sintomatología depresiva y presión social percibida por la apariencia. Los resultados han mostrado que las mujeres que recibieron el programa redujeron su insatisfacción con el cuerpo, disminuyeron la sintomatología depresiva, mejoraron aunque ligeramente los síntomas propios de los trastornos alimentarios y experimentaron un aumento en la presión social percibida por la apariencia. Por tanto, nuestras hipótesis se confirmaron parcialmente. Teniendo en cuenta que se trata de un estudio preliminar y que por ese motivo solo se han analizado los efectos de los cuatro primeros pasos del programa, podría afirmarse que el programa es muy prometedor en términos de efectividad.

Con respecto a la primera hipótesis, se esperaba encontrar que las mujeres del grupo experimental presentarían cambios significativos en los niveles de insatisfacción corporal con respecto al grupo control, como consecuencia de haber recibido la intervención psicológica del programa ÚNICA MUJER. Más concretamente y según el diseño de discontinuidad de la regresión llevado a cabo, se esperaba que las puntuaciones en el cuestionario BSQ del grupo experimental se redujeran significativamente y se acercara a las puntuaciones del grupo control. Por tanto, los resultados obtenidos permiten confirmar nuestra hipótesis. El programa on-line parece ser efectivo para reducir la insatisfacción con el propio cuerpo desde los primeros momentos. En las primeras fases del programa, los contenidos se centran en las causas del malestar con el propio cuerpo. En este sentido estos pasos de carácter psicoeducativo, tienen como objetivo facilitar la comprensión del problema de insatisfacción corporal y familiarizarse con el constructo: qué es la imagen corporal, cómo se construye, cuáles son las razones por las que una imagen corporal negativa conduce a problemas de insatisfacción corporal, y cuáles son los componentes principales de la insatisfacción corporal. En el paso 3, el objetivo se centra en eliminar o reducir las conductas de comprobación asociadas al malestar con el propio cuerpo. La comprobación corporal interfiere negativamente con los tratamientos y, su frecuencia es un indicador de la gravedad de los trastornos de la conducta Alimentaria (Ahrberg, Trojca, Nasrawi y Vocks, 2011; Fitzsimmons-Craft, Bardone-Cone y Kelly, 2011; Hilbert y Hartmann, 2013; Mountford, Haase y Waller, 2007). Por último, en el paso 4, el objetivo es

enseñar a la persona a afrontar los eventos privados dolorosos relacionados con la imagen corporal, aprendiendo primero a reconocer cómo los pensamientos dominan la vida de una persona, y después a distanciarse de aquellos que son dañinos o autocríticos en lugar de luchar contra ellos. Los ejercicios que se realizan en estos pasos trabajan con dos componentes importantes de los problemas de insatisfacción con el cuerpo: el componente conductual y el cognitivo. Estos ejercicios parecen ser suficientes para lograr mejoras en las participantes, de acuerdo con los resultados del presente trabajo. En un formato presencial, investigadores como Lavender, et al., (2009) y Pearson et al., (2010) encontraron resultados similares en insatisfacción corporal utilizando ejercicios similares basados en ACT y la terapia cognitivo conductual Shafran, Lee, Payn y Fairburn, (2007). Es decir, estos autores, utilizando estrategias de reducción de conductas de comprobación en relación con la imagen corporal también obtuvieron mejoras en los niveles de insatisfacción corporal medidos con el cuestionario BSQ. Estos hallazgos además, son congruentes con otros estudios que analizan la efectividad de programas on-line para la insatisfacción corporal. Winzelberg et al., (2000), obtuvo resultados similares en el BSQ aplicando un programa on-line para el tratamiento de la insatisfacción corporal, estructurado en 8 sesiones semanales donde se trabajaban distintos componentes de la insatisfacción corporal y hábitos alimentarios desde una perspectiva cognitivo conductual. También utilizaron contenido interactivo y un foro como lugar de encuentro y soporte para las participantes. Ljotsson et al., (2007) combinaron una intervención presencial y on-line para el tratamiento de la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por atracón. El programa se estructuró en 6 pasos con una duración de 12 semanas. La intervención presencial consistió en terapias grupales y el formato on-line en la realización de actividades relacionadas con insatisfacción corporal, psicoeducación de los TCA y patrones alimentarios saludables. Además, semanalmente podían contactar con un terapeuta vía email para consultar dudas o recibir feedback. También contaban con un foro como soporte grupal. Tras la intervención, los investigadores encontraron resultados parecidos a los mostrados en ese estudio; mejoras significativas en insatisfacción corporal, disminución de la sintomatología característica de TCA y sintomatología depresiva. Por tanto, los resultados de este estudio se encuentran en consonancia con los estudios previos que confirman la efectividad de los programas de intervención psicológica on-line.

En relación a la hipótesis que apostaba por la aparición de cambios significativos en los síntomas propios de los trastornos alimentarios del grupo experimental frente al control medidos con el cuestionario EDE-Q encontramos lo siguiente. Los resultados confirman que estos cambios son muy discretos. Solo se ha encontrado una diferencia significativa en la escala preocupación por la comida del cuestionario. Por tanto, la hipótesis se confirma parcialmente y no podría afirmarse que el programa influya decisivamente en esta sintomatología (al menos los primeros pasos del programa). Sin embargo es interesante observar que el único cambio relevante se produce en torno a la preocupación por la comida. Este dato podría indicar que existe una estrecha conexión entre la imagen corporal y la conducta alimentaria confirmando así la conexión que existe entre la insatisfacción corporal y el riesgo a desarrollar un TCA (Álvarez-Rayón et al., 2009; Perpiña, et al., 2000; Thompson, 1996; ; Toro, 2006; Tuschen-Caffier et al., 2003). Tanto Winzelberg et al., (2000) como Ljotsson et al., (2007) incluyeron en sus programas de intervención módulos específicos para trabajar con pautas de alimentación y relación con la comida. En el programa ÚNICA MUJER no hay ningún ejercicio directamente relacionado con la conducta alimentaria. Aún así y a pesar de no haber abordado de forma directa la relación con la comida en el programa hemos encontrado ligeras mejoras que podrían deberse al contenido abordado en el paso 4 (aprende a manejar los eventos privados) donde se trabaja el manejo de pensamientos, sensaciones y emociones desagradables relacionados con la insatisfacción corporal desde ACT. Este aprendizaje en el manejo del malestar psicológico puede haber producido una mejor gestión de la relación con la comida. Por tanto, será necesario seguir investigando en esta conexión entre imagen corporal y conducta alimentaria, y por supuesto prestar atención lo que ocurre con esta sintomatología cuando se realice el programa completo.

Los resultados obtenidos con respecto a la presión social percibida, medida con el cuestionario SATAQ-4 no son los esperados, pues en el grupo experimental aparece un incremento en las puntuaciones con respecto al grupo de control como consecuencia del tratamiento. Es decir, las participantes del grupo experimental tienen un grado de internalización del ideal de delgadez más alto y perciben una mayor presión de los medios con respecto a su aspecto físico que aquellas que no han recibido intervención. Este resultado podría deberse a que durante el transcurso del programa las participantes han tomado conciencia de la gran influencia que tienen los medios de comunicación en

el mantenimiento de un ideal de belleza basado en la delgadez y juventud y no tanto a un empeoramiento real. Esta cuestión se trabaja sobre todo en el paso de psicoeducación. Donde se denuncia el uso de la belleza y el erotismo de las modelos publicitarias como herramientas de aspiración social para de esta forma convencer de la compra de determinados productos (cosméticos, etc.) y así alcanzar la belleza deseada (Yamamiya, Cash, Melnyk, Posavac y Posavac, 2005). En este paso del programa también se ha trabajado la importancia que tiene en nuestro contexto la belleza femenina, quedando relegadas otras cualidades de la mujer como por ejemplo la inteligencia en detrimento de la belleza. El mensaje que la cultura occidental ha lanzado desde sus orígenes hasta la actualidad a la mujer pasa por valorar más la belleza que cualquier otra cualidad (Llinás, y De Lluch, 2018). El aumento en las puntuaciones de estas sub-escalas podría explicarse por un aumento de la conciencia sobre esta presión social y que por tanto se traduzca en una mayor internalización del ideal de belleza y la presión percibida de los medios de comunicación, pero esta hipótesis deberá explorarse en futuros estudios. También sería importante valorar la posibilidad de utilizar otros instrumentos para medir la presión social y comparar los resultados con los que se han obtenido con el SATAQ-4.

Por último, se confirma la hipótesis relacionada con la sintomatología depresiva donde se esperaba que las mujeres del grupo experimental presentaran una disminución en los síntomas depresivos con respecto al grupo control, como consecuencia de haber recibido la intervención psicológica. Además, las mujeres tratadas que presentaron puntuaciones más altas en insatisfacción corporal son las que obtuvieron una reducción mayor de la sintomatología depresiva. Winzelberg et al., (2000), también encuentra mejoras en sintomatología depresiva tras su intervención on-line en insatisfacción corporal aunque el instrumento de medida que el utiliza es otra escala distinta al BDI-II. Este resultado confirma que existe una estrecha relación entre la baja autoestima, sintomatología depresiva e insatisfacción corporal (Cruz-Sáez, et al., 2016; Salaberria et al., 2007). Por ello se ha decidido utilizar el BDI-II como covariable y de esta forma evitar que los cambios producidos pudieran deberse a una mejora únicamente en sintomatología depresiva. Es necesario apuntar que el programa *per se* no interviene de forma directa sobre sintomatología depresiva pero se esperan cambios dada su relación con la insatisfacción corporal. Investigadores como Paxton et al., (2010) en una

investigación sobre las relaciones entre autoestima, depresión e insatisfacción corporal, encontraron que la insatisfacción corporal podría ser un factor de riesgo para el futuro desarrollo de un trastorno depresivo. En esta misma línea, Martínez et al., (2008) en una investigación con pacientes con sobrepeso encuentra que grado insatisfacción corporal reportada por los pacientes presenta una correlación fuerte con la sintomatología depresiva. La causalidad entre ellas aún no está clara pero cabe esperar que al intervenir sobre insatisfacción corporal obtengamos cambios en ambas dimensiones.

A pesar de obtener resultados alentadores, se han detectado algunas limitaciones del estudio que pueden haber influido en los resultados. En primer lugar, todas las participantes del estudio mostraron interés en participar en el mismo, en tanto que contactaron con nosotros a raíz de los anuncios colgados en internet. Esto quiere decir que probablemente tenían una gran motivación en participar en la investigación y eso haya podido influir en la obtención de resultados positivos. En el futuro sería interesante aplicar el programa a personas con menos motivación por el tratamiento, como pacientes de anorexia y bulimia nerviosa ingresadas en unidades y hospitales. En segundo lugar, no se ha controlado el número de horas que cada participante ha invertido en la realización del programa, tampoco se ha proporcionado ningún tipo de feedback de si los pasos se estaban ejecutando o no de forma correcta y no se evaluado el grado de comprensión de las participantes en cada paso. Este procedimiento es habitual en los estudios empíricos para investigar la eficacia de los programas de intervención en formato on-line, para mantener las circunstancias propias de este tipo de programas. Los tratamientos on-line se caracterizan precisamente por la libertad para llevar a cabo las actividades propuestas y en este sentido, en este estudio se ha seguido un procedimiento similar al usado por otros estudios parecidos (Kollei, Lucas, Loeber y Berking, 2017; Ljotsson et al., 2007, Rodgers et al., 2018; Winzelberg et al., 2000). No obstante, sería posible llevar a cabo un estudio futuro en el que se compare la efectividad del programa sin instrucciones específicas y con el uso de indicaciones más precisas sobre los ejercicios. Otra de las limitaciones a considerar es que los datos obtenidos solo se pueden tomar como resultados preliminares y teniendo en cuenta que el programa no ha sido completado en su totalidad. Por ello, todas estas cuestiones se tendrán en cuenta en la investigación futura prevista para el año próximo en la que se pretende analizar el programa completo para comprobar su efectividad.

A modo de conclusión, cabe decir que sí se han producido efectos en la mayoría de las escalas y sub-escalas analizadas en relación con insatisfacción corporal y sintomatología depresiva. Lo que indica que existe evidencia de que el programa propuesto es efectivo para el tratamiento de la insatisfacción corporal con el añadido de que la muestra que participó en el estudio era clínica y presentaba puntuaciones del BSQ superiores al punto de corte establecido originalmente por el autor. Curiosamente, las participantes que más se han beneficiado de la intervención son aquellas cuya puntuación en el BSQ era más alta, es decir que se encontraban más insatisfechas con su cuerpo. Quizá estos resultados puedan deberse a una mayor dedicación y/o motivación con respecto al programa por parte de estas participantes, puesto que se controlaron las expectativas de resultado y de autoeficacia entre todas las participantes y no presentaron diferencias.

Por último, hacer hincapié en la necesidad actual de aportar nuevas herramientas terapéuticas que se adapten mejor al mundo tecnológico ya que más de la mitad de la población mundial utiliza de forma diaria Internet para trabajar y relacionarse. Y más específicamente, herramientas orientadas a reducir la preocupación cotidiana que sufre con el cuerpo más del 70% de la población femenina.

6. Referencias Bibliográficas

- Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N. y Vocks, S. (2011). Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 375-381.
- Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J. M., & Vázquez-Arévalo, R. (2009). Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Salud pública*, 11, 568-578.
- Beintner, I., Jacobi, C. y Taylor, C. B. (2012). Effects of an internet-based prevention programme for eating disorders in the USA and Germany—a meta-analytic review. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 1-8.
- Beintner, I., Jacobi, C., & Taylor, C. B. (2014). Participant adherence to the Internet-based prevention program StudentBodies™ for eating disorders—A review. *Internet Interventions*, 1(1), 26-32.
- Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image*, 5(3), 244-250.
- Bohon, C., Stice, E. y Burton, E. (2009). Maintenance factors for persistence of bulimic pathology: A prospective natural history study. *International Journal Of Eating Disorders*, 42, 173-178.
- Byrne, S., Cooper, Z. y Fairburn, C. (2003). Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *International journal of obesity*, 27(8), 955-962.
- Calonico, S., Cattaneo, M. D., Farrell, M. H. y Titiunik, R. (2016). rdrobust: Robust data-driven statistical inference in regression-discontinuity designs [Computer software manual]. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=rdrobust> (R package version 0.93).
- Cash, T.F. y Brown, T.A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11, 487-521.
- Cash, T. F. y Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-126.

- Cash, T.F. y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Nueva York. Guilford Press.
- Cattarin, J.A. y Thompson, J.K. (1994). A three-year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Eating Disorders*, 2, 114-125.
- Cook, T. D., Campbell, D. T. y Shadish, W. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal Of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Cortés, I., Solé, A., Luque, A. y López, A. (2008). Estudio de insatisfacción corporal. *Zainak*, 30, 147-159.
- Cousineau, T. M., Franko, D. L., Trant, M., Rancourt, D., Ainscough, J., Chaudhuri, A. y Brevard, J. (2010). Teaching adolescents about changing bodies: randomized controlled trial of an internet puberty education and body dissatisfaction prevention program. *Body Image*, 7(4), 296-300.
- Cruz-Sáez, M. S., Pascual Jimeno, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R. y Echeburúa Odriozola, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutricion hospitalaria*, 33(4), 935-940.
- De Braganza, N. y Hausenblas, H. A. (2010). Media exposure of the ideal physique on women's body dissatisfaction and mood: The moderating effects of ethnicity. *Journal of Black Studies*, 40(4), 700-716.
- Devlin, M. J. y Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *JAMA*, 286(17), 2159-2159.
- Diener, E., Emmons, R. y Griffin, S.(2001). The satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* , 49 (1), 71-75.

- Follette, V., Heffner, M. y Pearson, A. (2010). Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. New Harbinger Publications.
- Fairburn, C.G. y Beglin, S.J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*, 309–313.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. y Colditz, G. A. (2001). Parent, peer and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics*, 107, 55-60.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Bardone-Cone, A. M. y Kelly, K. A. (2011). Objectified body consciousness in relation to recovery from an eating disorder. *Eating behaviors*, 12(4), 302-308.
- Granero-Gallegos, A., Lucas, J. M. A., Sicilia, Á., Medina-Casaubón, J. y Alcaraz-Ibáñez, M. (2018). Análisis de los estereotipos socioculturales hacia cuerpo delgado y cuerpo musculoso: diferencias en función del sexo y discrepancia con el peso. *Revista de Psicodidáctica*, 23(1), 26-32.
- Grieve, F. G. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating disorders*, 15(1), 63-80.
- Groesz, L. M., Levine, M. P. y Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of eating disorders*, 31(1), 1-16.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. Barcelona. Paidós.
- Internet World Stats (2018), Recuperado de: [http:// www.internetworldstats.com](http://www.internetworldstats.com)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). Terapia de Aceptación Y Compromiso: Proceso Y Práctica Del Cambio Consciente: *Mindfulness*. Guilford Press.

- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. y Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232-236.
- Heider, N., Spruyt, A. y De Houwer, J. (2015). Implicit beliefs about ideal body image predict body image dissatisfaction. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9.
- Hilbert, A. y Hartmann, A. S. (2013). Body image disturbance. *A clinician's guide to binge eating disorder, 1st edn.* Routledge, New York, 78-90.
- Imbens, G. y Kalyanaraman, K. (2009). Optimal bandwidth choice for the regression discontinuity estimator (Working Paper No. 14726). *National Bureau of Economic Research*. Retrieved from <http://www.nber.org/papers/w14726>
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. y Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior modification*, 34(2), 175-190.
- Kollei, I., Lukas, C. A., Loeber, S. y Berking, M. (2017). An app-based blended intervention to reduce body dissatisfaction: A randomized controlled pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1104-1108.
- Kostanski, M. y Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(2), 255-262.
- Lavender, J. M., Jardin, B. F. y Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating behaviors*, 10(4), 228-231.
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Rumsey, N. y Harcourt, D. (2016). A systematic review of interventions on body image and disordered eating outcomes among women in midlife. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 5-18.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. y Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.

- Llinás, R. y De Lluch, M. (2018). La inteligencia también es bella: ¿Qué vemos primero, su belleza o su capacidad?.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M. y Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour, Research And Therapy*, 45, 649-661.
- Llorente, D.H., Gleaves, C., Warren, L., Perez-de-Eulate, L. y Rakhkovskaya, L. (2014). Translation and Validation of a Spanish Version of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *International Journal Of Eating Disorders*, (en prensa).
- Martínez, M. Á. C., Gil, R. B. y de Los Fayos, E. J. G. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(1), 54-63.
- Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., Wiella, G. R., Millán, J. P. P. y Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta medica grupo Ángeles*, 6(4), 147.
- McLean, S. A., Paxton, S. J., Wertheim, E. H. y Masters, J. (2015). Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1132-1140.
- Moreno-Domínguez, S., Servián-Franco, F., Reyes del Paso, G. y Cepeda Benito, A. (en prensa). Images of thin and plus size models produce opposite effects of women's selfimage, body dissatisfaction and mood. *Sex Role*.
- Moreno, S. (2018). *Palabras para desnudar un espejo*. Almería. Círculo Rojo.
- Mountford, V., Haase, A. M. y Waller, G. (2007). Is body checking in the eating disorders more closely related to diagnosis or to symptom presentation?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2704-2711.

- Murawski, B. M., Elizathe, L. y Rutzstein, G. (2009). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal: Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Anuario de investigaciones*, 16, 65-72.
- Pearson, A. N., Follette, V. M. y Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.
- Peláez-Fernández, M.A., Labrador, F.J. y Raich, R.M. (2013). The Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q): Norms for adolescent and young adult men and women. *Psicothema*, 25 (1).
- Pellizzer, M. L., Tiggemann, M., Waller, G. y Wade, T. D. (2018). Measures of body image: Confirmatory factor analysis and association with disordered eating. *Psychological Assessment*, 30(2), 143-153.
- Perpiña, C., Botella, C. Y Baños, R. (2000). Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Valencia. Promolibro.
- Pinhas, L., Toner, B. B., Ali, A., Garfinkel, P. E. y Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 223-226.
- Pope Jr, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. y Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
- Posavac, H. D., Posavac, S. S. y Posavac, E. J. (1998). Exposure to media images of female attractiveness and concern with body weight among young women¹. *Sex roles*, 38(3-4), 187-201.
- Proudfoot, J., Klein B., Barak, A., Calbring, P., Cuijpers, P., Lange, A., Ritterband L. y Andersson, G. (2011). Establishing guidelines for executing and reporting internet intervention research. *Cognitive Behavior Therapy*, 40, 82-97.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal*. Madrid. Pirámide.

- Ramos, M. M., Catena, A. y Trujillo, H. M. (2004). *Manual de métodos y técnicas de investigación en Ciencias del Comportamiento*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramos-Alvarez, M.M. (2018). Comprehensive Regression Discontinuity Design Analysis, <http://www4.ujaen.es/~mramos/RDDMMRa/DisconRegres18.Rmd>
- Robinson, L., Prichard, I., Nikolaidis, A., Drummond, C., Drummond, M. y Tiggemann, M. (2017). Idealised media images: The effect of fitspiration imagery on body satisfaction and exercise behaviour. *Body image*, 22, 65-71.
- Rodgers, R. F., Donovan, E., Cousineau, T., Yates, K., McGowan, K., Cook, E. y Franko, D. L. (2018). BodiMojo: Efficacy of a Mobile-Based Intervention in Improving Body Image and Self-Compassion among Adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 1-10.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M. y Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: the body image-acceptance and action questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1), 39-48.
- Santos, G., Alberte, R., Colmenero, N., De la Montaña, J. y Míguez, M. (2017). Percepción de la imagen corporal en relación a la composición corporal en estudiantes de la Universidad de Vigo.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E. y Fairburn, C. G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 113-121.
- Shaw, J. (1995). Effects of fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent and adult females. *European Eating Disorders Review*, 3(1), 15-23.
- Sherman, L. E., Payton, A. A., Hernandez, L. M., Greenfield, P. M. y Dapretto, M. (2016). The power of the like in adolescence: effects of peer influence on neural and behavioral responses to social media. *Psychological science*, 27(7), 1027-1035.

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825.
- Thoemmes, F., Liao, W. y Jin, Z. (2017). The Analysis of the Regression-Discontinuity Design in R. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 42(3), 341-360.
- Thornton, B. y Maurice, J. K. (1999). Physical attractiveness contrast effect and the moderating influence of self-consciousness. *Sex Roles*, 40(5-6), 379-392.
- Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*, 203-228.
- Trujano, P., Nava, C., Gracia, M., Limón, G., Alatríste, A. L. y Merino, M. T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio en preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de la Psicología*, 25(2), 279-287.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S. y Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour, Research And Therapy*, 41, 573-586.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G. L. y Mancilla-Díaz, J. M. (2006). Insatisfacción corporal e influencia de los modelos estéticos en niños y jóvenes varones mexicanos. *Enseñanza e Investigación Psicológica*, 11(1), 185-197.
- Winzelberg, A. J., Eppstein, D., Eldredge, K. L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. y Taylor, C. B. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 346.
- Yamamiya, Y., Cash, T. F., Melnyk, S. E., Posavac, H. D. y Posavac, S. S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: Body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body image*, 2(1), 74-80.

