



Estudios e Investigaciones

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y LA EXPOSICIÓN A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN CHICAS ADOLESCENTES

Abstract

2003- 2005

Equipo investigador dirigido por: **María Lameiras Fernández**

- María Calado Otero
- Yolanda Rodríguez Castro

Universidad de Vigo

NIPO: 207-06-053-4

Ref: 703-/05

INTRODUCCIÓN	1
---------------------	----------

I. MARCO TEORICO	4
-------------------------	----------

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	4
---	----------

<i>1.1. Clasificación diagnóstica actual</i>	5
--	----------

<i>1.2. Epidemiología</i>	6
---------------------------	----------

1.2.1. Incidencia y prevalencia	9
--	----------

1.2.2. Factores de riesgo	11
----------------------------------	-----------

2. EL ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE PROPORCIONAR UN CONTEXTO SOCIAL PARA LOS TCA	16
--	-----------

<i>2.1. Medios de comunicación e Imagen Corporal</i>	16
--	-----------

<i>2.2. Los medios de comunicación difusores de estereotipos de género</i>	18
--	-----------

3. EL ROL QUE JUEGAN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA ETIOLOGÍA DE LOS TCA	22
---	-----------

<i>3.1. Exposición a modelos de revistas</i>	22
--	-----------

3.2. Exposición a información e imágenes de televisión	24
---	-----------

4. TEORIAS EXPLICATIVAS SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS COMUNICACIÓN EN LOS TCA	28
--	-----------

4.1. Explicaciones psicológicas	28
--	-----------

4.1.1 Teoría del uso y la gratificación	29
--	-----------

4.1.2. La comparación social	30
-------------------------------------	-----------

4.2. Explicaciones sociológicas-estructurales	33
--	-----------

4.2.1. Teoría de la Cultivación o del Cultivo	33
--	-----------

4.2.2. Teoría de la Objetivación	36
---	-----------

4.2.3. Teoría de la Interiorización	37
--	-----------

II. POBLACION Y METODOLOGIA	40
------------------------------------	-----------

1. PROPOSITO DE ESTUDIO	40
--------------------------------	-----------

2. HIPOTESIS	41
---------------------	-----------

3. TIPO DE ESTUDIO	52
---------------------------	-----------

4. DISEÑO MUESTRAL	53
---------------------------	-----------

4.1.	<i>Ambito geográfico y poblacional</i>	55
------	--	----

4.2.	<i>Tamaño muestral</i>	55
------	------------------------	----

4.3.	<i>Selección de los elementos muestrales</i>	56
------	--	----

4.4.	<i>Descripción de la muestra y tasas de respuesta</i>	57
------	---	----

5.	FECHA DE EJECUCION	59
----	---------------------------	----

6.	TRABAJO DE CAMPO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	59
----	--	----

6.1.	<i>Contacto con los centros</i>	59
------	---------------------------------	----

6.2.	<i>Implementación de los cuestionarios</i>	59
------	--	----

6.3.	<i>Pre- test</i>	60
------	------------------	----

6.4.	<i>Control de Variables Extrañas</i>	60
------	--------------------------------------	----

6.5.	<i>Instrumentos</i>	61
------	---------------------	----

6.5.1.	Cuestionario Sociodemográfico	61
--------	--------------------------------------	----

6.5.2. Cuestionario Sociomediático	62
6.5.2.1. Usos televisión y revistas	62
6.5.2.2. Frecuencia visión de la televisión	62
6.5.2.3. Frecuencia Lectura Revistas Especializadas	64
6.5.2.4. Frecuencia visión y lectura de información en secciones de los magazines de TV y las revistas	65
6.5.3. Cuestionarios de TCA	65
6.5.3.1. Physical Appearance Comparison Scale (PACS)	65
6.5.3.2. Objectified Body Consciousness Scale (OBCS)	65
6.5.3.3. Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire- Review (SATAQ-R)	66
6.5.3.4. Body Dissatisfaction (BD- Eating Disorder Inventory, EDI-2)	67
6.5.3.5. Eating Attitudes Test- 26 (EAT- 26)	68
6.5.3.6. Self- Esteem Scale (SES)	69
7. ELECCION PUNTOS CORTE	70
7.1. Punto corte actitudes patológicas hacia la comida (EAT- 26)	70

7.2.	<i>Punto</i>	<i>corte</i>	<i>insatisfacción</i>	<i>corporal</i>	<i>(BD)</i>
71					

7.3.	<i>Población</i>	<i>riesgo</i>	<i>TCA</i>
71			

8. VARIABLES INCLUÍDAS EN LA INVESTIGACION	72
--	----

8.1.	<i>Variables</i>	<i>Sociodemográficas</i>
72		

8.2.	<i>Variables</i>	<i>Medios</i>	<i>Comunicación</i>
72			

8.3.	<i>Variables</i>	<i>Psicológicas</i>
74		

8.4.	<i>Imagen</i>	<i>Corporal</i>	<i>y</i>	<i>desórdenes</i>	<i>alimentarios</i>
74					

9. METODO DE VALIDACION	75
-------------------------	----

10. ANALISIS ESTADISTICOS	76
---------------------------	----

II. RESULTADOS	77
----------------	----

1. ANALISIS VALIDEZ	77
---------------------	----

1.1.	<i>Análisis</i>	<i>Factorial</i>
77		

1.1.1. PACS	77
-------------	----

1.1.1.1. Extracción factores	77
1.1.2. OBCS	78
1.1.2.1. Extracción factores	79
1.1.3. SATAQ-R	81
1.1.3.1. Extracción factores	81
1.1.4. EAT-26	83
1.1.4.1. Extracción factores	83
1.2.	<i>Correlaciones bilaterales</i>
85	
1.3. Conclusiones	87
2. ANALISIS FIABILIDAD	88
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO UNIDIMENSIONAL	92
3.1.	<i>Perfil variable sociodemográfica: IMC</i>
92	
3.2.	<i>Perfil variables medios comunicación</i>
93	
3.3. Perfil variables psicológicas	96
3.4.	<i>Perfil imagen corporal y desórdenes alimentarios</i>
97	
4. ANALISIS BIVARIADOS	99

4.1. Estudio de la relación entre las variables psicológicas con IMC	99
---	-----------

4.2. Estudio de la relación entre las variables psicológicas con TV	100
--	------------

4. 3. Estudio de la relación entre las variables psicológicas con Revistas	102
---	------------

4.4. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA e IMC	104
--	------------

4.4.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	105
--	------------

4.4.2. Insatisfacción corporal (BD)	105
--	------------

4.4.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	106
--	------------

4.5. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y las variables psicológicas	106
---	------------

4.5.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	108
--	------------

4.5.2. Insatisfacción corporal (BD)	109
--	------------

4.5.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	109
--	------------

4.6. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA e información secciones magazines de TV y revistas	110
---	------------

4.6.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	113
--	------------

4.6.2. Insatisfacción corporal (BD)	115
--	------------

4.6.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	116
--	------------

4.7. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y uso medios comunicación	118
--	------------

4.7.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	120
--	------------

4.7.2. Insatisfacción corporal (BD)	120
--	------------

4.7.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	121
--	------------

4.8. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y el nivel de visión TV a la semana	121
--	------------

4.8.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	122
--	------------

4.8.2. Insatisfacción corporal (BD)	122
--	------------

4.8.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	123
--	------------

4.9. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y nivel de visión de programas TV	123
--	------------

4.9.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	126
--	------------

4.9.2. Insatisfacción corporal (BD)	127
--	------------

4.9.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	128
--	------------

4.10. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y	
---	--

<i>nivel de lectura de revistas a la semana</i>	130
---	-----

4.10.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	130
--	-----

4.10.2. Insatisfacción corporal (BD)	130
--------------------------------------	-----

4.10.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	131
--	-----

<i>4.11. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y el nivel de lectura de revistas especializadas</i>	131
--	-----

4.11.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	133
--	-----

4.11.2. Insatisfacción corporal (BD)	134
--------------------------------------	-----

4.11.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	134
--	-----

5. ANALISIS MULTIVARIADO	136
--------------------------	-----

5.1.Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)	137
--	-----

5.2.Insatisfacción corporal (BD)	140
----------------------------------	-----

5.3.Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)	142
--	-----

6. VERIFICACIÓN HIPOTESIS	146
---------------------------	-----

7. CONCLUSIONES	150
-----------------	-----

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
-------------------------------	--

ANEXOS	
--------	--

INDICE DE TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

I. MARCO TEÓRICO

Tabla 1.1. Tipos de TCA según DSM-TR (APA, 2002)	7
---	---

II. POBLACION Y METODOLOGIA

Tabla II.1. Criterios de etapas y de estratificación.	53
Tabla II.2. Definición de estratos.	54
Tabla II.3. Relación de centros, unidades muestrales y error estadístico según Comunidad Autónoma.	56
Tabla II.4. Coeficientes de ponderación aplicados para el tratamiento conjunto de la información.	57
Figura II.1. Centros escolares contactados.	57
Tabla II.5. Causas de exclusión.	58
Figura II.2. Cuestionarios válidos de alumnas.	58
Tabla II.6. Distribución según edad de las encuestas válidas.	59
Tabla II.7. Distribución según curso de las encuestadas válidas.	60

III. RESULTADOS

Tabla III.1. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el PACS.	77
Tabla III.2. Matriz de componentes extraídos de PACS.	78
Tabla III.3. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el OBCS.	79

Tabla III.4. Matriz de componentes rotados del OBCS.	81
Tabla III.5. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el SATAQ-R.	81
Tabla III.6. Matriz de componentes rotados del SATAQ-R.	83
Tabla III.7. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el EAT-26.	83
Tabla III.8. Matriz de componentes rotados del EAT-26.	85
Tabla III.9. Correlaciones bilaterales entre las diferentes escalas de síntomas de desórdenes alimentarios.	86
Tabla III.10. Validez de las escalas.	87
Tabla III.11. Validez de los ítems de los autores y propios para cada factor.	87
Tabla III.12. Alfa de Cronbach estandarizada para toda la población.	88
Tabla III.13. Análisis de fiabilidad del PACS: Alfa de Cronbach.	88
Tabla III.14. Análisis de fiabilidad del OBCS: Alfa de Cronbach.	89
Tabla III.15. Análisis de fiabilidad del SATAQ-R: Alfa de Cronbach.	90
Tabla III.16. Análisis de fiabilidad de SES: Alfa de Cronbach.	90
Tabla III.17. Análisis de fiabilidad de BD: Alfa de Cronbach.	91
Tabla III.18. Análisis de fiabilidad del EAT-26: Alfa de Cronbach.	91
Tabla III. 19. Distribución de frecuencias de visión de las secciones de los magazines de TV.	93
Tabla III.20. Distribución de frecuencias de lectura de las secciones de las revistas.	93
Tabla III.21. Distribución de frecuencias del uso de la TV y las revistas.	94
Tabla III.22. Distribución de frecuencias para el nivel de visión de TV entre semana y el fin de semana.	94
Tabla III.23. Distribución de frecuencias para el nivel de visión semanal de los programas del género de ficción.	94
Tabla III.24. Distribución de frecuencias para el nivel de visión semanal de los programas del género de entretenimiento	95
Tabla III.25. Distribución de frecuencias para el nivel de visión semanal de los programas de deportes, información y otros programas de TV.	95
Tabla III.26. Distribución de frecuencias para el nivel de lectura de revistas.	95
Tabla III.27. Distribución de frecuencias para el nivel de lectura de revistas	96

especializadas a la semana.

Tabla III.28. Medias, sigmas y número de sujetos de las escalas y subescalas que evalúan las variables psicológicas.	97
Tabla III.29. Descriptivos riesgo según riesgo de TCA	98
Tabla III.30. Correlación Pearson variables psicológicas con variables de IMC.	100
Tabla III.31. Correlación Pearson variables psicológicas con variables de TV: uso, frecuencia exposición y programas TV.	102
Tabla III.32. Correlación Pearson variables psicológicas con variables de revistas: uso, frecuencia exposición semana y revistas especializadas.	104
Tabla III.33. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el IMC.	104
Tabla III.34. T-Student sobre variables psicológicas en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA.	107
Tabla III. 35. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para la frecuencia de visión de las secciones de los magazines de TV.	111
Tabla III.36. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para la frecuencia de lectura de las secciones de las revistas.	112
Tabla III.37. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA según el uso de la televisión y las revistas.	119
Tabla III.38. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión de TV entre semana y el fin de semana.	121
Tabla III.39. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA hacia la comida para el nivel de visión semanal de los programas del género de ficción.	124

Tabla III.40. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de los programas del género de entretenimiento.	125
Tabla III.41. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de los programas de deportes.	125
Tabla III.42. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de los programas del género de información.	126
Tabla III.43. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de otros programas.	126
Tabla III.44. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de lectura de revistas.	129
Tabla III.45. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de lectura de revistas especializadas a la semana.	132
Tabla III.46. Método de WALD. Variables en la ecuación para EAT-26, I.	138
Tabla III.47. Método de WALD. Variables en la ecuación para EAT-26, II.	139
Tabla III.48. Método de WALD. Variables en la ecuación para BD, I.	141
Tabla III.49. Método de WALD. Variables en la ecuación para BD, II.	141
Tabla III.50 Método de WALD. Variables en la ecuación para riesgo de TCA, I.	143
Tabla III.51. Método de WALD. Variables en la ecuación para riesgo de TCA, II.	144
Tabla III.52. Verificación hipótesis.	147
 Gráfico III.1. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del PACS.	 78
Gráfico III.2. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del OBCS.	80
Gráfico III.3. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del SATAQ-R.	82

Gráfico III.4. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del EAT-26.	84
Gráfico III.5. Distribución por grupos de IMC.	92
Gráfico III.6. Porcentajes de casos válidos en función del Riesgo de TCA.	98

INTRODUCCION

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se pueden considerar en estos momentos uno de los problemas más importantes que afecta a las adolescentes de nuestro país. Entre otros factores debido al incremento de su incidencia y prevalencia en los últimos años, a la dificultad de su diagnóstico y el elevado índice de cronificación. Y aunque la mayoría de los síntomas relativos al comportamiento alimentario están por debajo de los niveles clínicos, éstos abarcan a una población suficientemente amplia como para que impliquen un algo coste personal y social; además de limitar de forma drástica las actividades de quienes los padecen por vergüenza corporal.

No hay una única causa que explique la aparición de los TCA sino que son causados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Es necesario que se den un conjunto de situaciones, circunstancias o factores para explicar por qué se desarrollan estos trastornos. Sin embargo, lo que sí se puede afirmar es que el progresivo incremento de la incidencia de estas enfermedades en las sociedades occidentales y el hecho de que se dé en una proporción mucho mayor en las mujeres, tiene como causa la presión por el ideal estético, especialmente por el ideal de belleza femenina, que los medios de comunicación se encargan de publicitar.

Los medios de comunicación nos invaden con imágenes de un ideal de cuerpo delgado para las mujeres, un ideal corporal que ha perdido peso progresivamente desde la década de los 50. El ideal de mujer presentado en la actualidad en los anuncios, TV y música normalmente podría calificarse como alta, blanca, con un cuerpo “tubular” (sin curvas) y una melena rubia (Dittmar y Howard, 2004; Lin y Kulik, 2002; Polivy y Herman, 2004; Sands y Wardle, 2003; Schooler, Ward, Merriwether y Caruthers, 2004; Tiggemann y Slater, 2003). Y para muchas adolescentes y mujeres adultas este ideal irreal que retratan los medios es percibido como real. Estas imágenes se centran en el valor del aspecto y la delgadez por lo que tienen un impacto negativo significativo en la

satisfacción corporal, preocupación del peso, patrones alimentarios y bienestar emocional de las mujeres.

La influencia que los medios de comunicación ejercen en nuestra sociedad condiciona la necesidad de estudiar el papel que juegan éstos en el inicio y desarrollo de los TCA. Los estudios desarrollados a tal efecto muestran resultados concluyentes: una clara relación entre la exposición a los medios de comunicación (televisión, revistas) con el inicio y mantenimiento de la insatisfacción corporal, patología alimentaria y en el peor de los casos el desarrollo de TCA. Sin embargo, aunque las mujeres que se presentan en la televisión, las películas y las modelos de moda son excepcionalmente delgadas, prácticamente todas las mujeres occidentales se exponen a este estereotipo, y no todas desarrollan desórdenes alimentarios clínicos o parciales, entonces ¿cómo y cuándo influyen los medios? Para dar respuesta a esta pregunta es necesario disponer de investigaciones que nos ayuden a comprender por qué las mujeres están motivadas a leer revistas de moda y ver programas de televisión en las que se sobreexponen a información e imágenes en las que se exalta la belleza de la delgadez, y cómo esta exposición afecta a las mujeres en general, generando un descontento normativo, y, a algunas mujeres en particular dando lugar a sintomatología clínica relacionada con la conducta alimentaria (Levine, Piran y Stoddard, 1999; Levine y Smolak, 1996, 1998).

Durante la pubertad cobran gran importancia los cambios físicos (subida de peso y cambios en la forma corporal) y la relación del aspecto con la autoestima en las adolescentes. Ahondar en el conocimiento sobre la influencia que los medios de comunicación tienen en la transmisión de estereotipos de género en torno al cuerpo y la belleza puede ser beneficiosa para entender la percepción y valoración de los cambios y las expectativas vinculadas a la imagen corporal durante este periodo del ciclo vital, así como, su incidencia sobre la génesis de TCA, al encontrarse en el momento evolutivo de mayor vulnerabilidad.

En esta investigación se evalúa la asociación entre variables corporales, psicológicas y medios de comunicación en la insatisfacción corporal, actitudes patológicas hacia la comida y probables casos de TCA. Se estudia una muestra representativa de adolescentes españolas de segundo ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), ya que, representa una población de alto riesgo para su inicio y desarrollo. Estudio que resulta importante si tenemos en cuenta los efectos físicos y emocionales que pueden aparecer en las adolescentes relacionados con los estándares

sociales de cómo las chicas deberían ser o actuar, vinculados a la insatisfacción corporal y desórdenes alimentarios.

El informe que aquí se presenta está organizado en dos grandes partes. La primera parte, está dedicada a la aproximación teórica en la que se lleva a cabo la exposición de los principales conocimientos disponibles en relación a la influencia que los medios de comunicación tienen en la génesis de insatisfacción corporal para las mujeres en general y en el desarrollo de TCA en un subgrupo significativo. Para dar cuenta de esta información se organiza esta primera parte en un breve marco teórico sobre los TCA, el análisis sobre el rol que juegan los medios de comunicación para proporcionar el contexto social y la etiología de los TCA, y, finalmente, una reflexión sobre aquellas teorías (psicológicas y socio- estructurales) que tratan de explicar la influencia de los medios de comunicación en los TCA.

En la segunda parte, se expondrá el trabajo empírico con estudiantes de secundaria orientado a identificar la dinámica de autoexposición a imágenes y mensajes televisivos, así como, de los medios impresos (por ej. revistas) y su influencia en la génesis de sintomatología tanto preclínica como clínica en relación a la conducta alimentaria. Para ello se estructura esta segunda parte exponiendo los datos relacionados con la población y metodología del trabajo, resultados de los análisis factoriales y de fiabilidad de las escalas, resultados de los análisis univariados, bivariados y multivariantes de las variables objeto de estudio; y, para finalizar con la discusión y conclusiones más destacadas.

I. MARCO TEORICO

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En las últimas décadas estamos siendo testigos del incremento de un tipo de patologías que compromete a uno de nuestros comportamientos más vitales como es la alimentación. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son entidades o síndromes clasificados en base al conjunto de síntomas con los que se presentan, en los que existe una importante interacción entre sus síntomas psicológicos y fisiológicos. Su etiología multifactorial solo puede entenderse por la interacción de diversos factores psicológicos y fisiológicos que se suscitan, potencian y modifican mutuamente dando lugar a una notable complejidad funcional y estructural (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz, 2003).

La insatisfacción corporal y el anhelo hacia la delgadez representan el común denominador de todos los trastornos alimentarios y viene desencadenada por un peligroso proceso de asociaciones entre cuerpo extremadamente delgado (o ya emaciado) y el autoconcepto. De tal modo que las mujeres con TCA extienden sus creencias negativas sobre su apariencia física al conjunto de características estructurales del “yo”, equiparando la evaluación de su autoconcepto a la que hacen de su imagen corporal. Y así la valoración negativa del cuerpo invade todo su autoconcepto. En el siguiente nivel el atractivo físico autopercebido condiciona la valoración del autoconcepto: la autoestima. Permitiendo que una variable tan importante para el bienestar psicológico personal quede supeditada a algo tan externo, variable y en gran medida ajeno a nuestro control como es la apariencia física. Esta clara vinculación entre cuerpo y autoestima en las mujeres con TCA (Joiner, Schmitd y Wonderlich, 1997) les lleva a subestimar la presencia de otros aspectos personales como las habilidades

intelectuales, atléticas, artísticas, sociales o emocionales y elaborar una autoestima global monofactorial determinada en exclusividad por el atractivo físico autopercibido. Por tanto los factores socioculturales juegan un importante papel etiológico en el desarrollo y mantenimiento de los desórdenes alimentarios y la insatisfacción corporal.

El incremento de la incidencia y la prevalencia de los casos clínicos y subclínicos han favorecido la evolución de todos los aspectos del conocimiento en esta temática: desarrollo de los criterios diagnósticos, epidemiología, etiología y tratamiento. Todo ello gracias al incremento de profesionales dedicados/as al estudio de estos trastornos y al volumen de investigaciones que se han llevado a cabo, especialmente en la última década. Los medios de comunicación y las revistas científicas de psicología y psiquiatría les dedican monográficos y reportajes especiales a esta problemática. Se crean servicios y clínicas de tratamiento específico. Se constituyen sociedades científicas internacionales y nacionales. También se dispone en la actualidad de revistas especializadas como “Eating and Weight Disorders”, “European Eating Disorders Review”, “International Journal of Eating Disorders” y “Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention”.

Los datos relativos al incremento de estas patologías en el colectivo de mujeres cobran más relevancia si tenemos en cuenta que en los años 60 apenas se habían identificado estos trastornos y en el DSM-II (A.P.A., 1968) tan sólo estaba incluida la AN en “Síntomas Especiales no Clasificados en Otras Categorías”. Además, se han detectado trastornos alimentarios de diferente forma y a través de diferentes culturas y momentos temporales. La primera documentación médica de la AN apareció en 1873 con Gull y Lasegue que publicaron por separado sus casos clínicos. La BN fue reconocida como un TCA distinto en la década de los 70, apareciendo por primera vez, como tal, en el DSM en 1976, y el TIC está siendo revisado desde la década de los 90 con el DSM-IV para determinar si debe considerarse entidad diagnóstica diferente.

1.1. Clasificación diagnóstica actual

La clasificación DSM- IV- TR distingue el siguiente conjunto de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (ver tabla I.1): Anorexia Nerviosa (AN; y subtipos restrictivo y bulímico), Bulimia Nerviosa (BN; tipo purgativo y no-purgativo),

Trastornos de la Ingesta Compulsiva (TIC) y Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).

La patología alimentaria está despertando una gran alarma social, justificada por la gravedad de la sintomatología asociada, el índice de cronificación y de mortalidad, al representar la AN la enfermedad mental más letal, situándose los valores de mortalidad después de los 20 años entorno al 15- 20% (Garner, Vitousek y Pike, 1997), el más elevado de todas las psicopatologías (Vitiello y Lederhendler, 2000).

Pero aún cuando no se cumplan todos los criterios diagnósticos para un TCA, los comportamientos o consecuencias asociados con los desórdenes alimentarios (como vómitos frecuentes, ejercicio físico excesivo, dieta, ansiedad...) pueden ser graves a largo plazo. Actualmente, se presentan muchas formas de desórdenes o problemas alimentarios subclínicos que pueden llevar a problemas físicos y psicológicos que a su vez con posterioridad pueden asociarse al desarrollo de trastornos alimentarios clínicos. La intervención temprana puede prevenir la progresión de un desorden alimentario hacia un caso clínico de TCA, así como, la prevención de consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

1.2. Epidemiología

Se puede definir la epidemiología como el estudio de la distribución y de los determinantes de los desórdenes en las poblaciones. Los objetivos de los estudios epidemiológicos son para Hoek (1993): describir la ocurrencia de los trastornos, determinar los factores asociados con su inicio y controlar su distribución. Por su parte, Hsu (1996) considera que el objetivo de los estudios epidemiológicos es aportar datos estadísticos sobre la morbilidad (Ej., AN, BN y otros desórdenes alimentarios como la restricción alimentaria) en la población y relacionar estos datos con las características del ambiente y de la población (Ej. edad, sexo, clase social o actitudes personales) para detectar asociaciones entre posibles factores de causalidad.

Tabla I.1. Tipos de TCA según DSM-IV- TR (A.P.A., 2002).

AN	BN	TIC	TCANE
Se caracteriza por: ▪ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal y pérdida de al menos un 15% ▪ Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso incluso estando por debajo del peso normal ▪ Alteración de la percepción del peso o silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación y negación del peligro que comporta el bajo peso corporal ▪ En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos	Se caracteriza por: La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales que lleva a patrones alimentarios fuera de control: ▪ Presencia de atracones recurrentes caracterizados por: ingesta de gran cantidad de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. 2 horas), asociados con sentimiento de pérdida de control y/o culpa ▪ Intentos de compensar los atracones y evitar ganar peso por alguna de las siguientes medidas insanas: vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo etc	Se caracteriza por ▪ Episodios recurrentes de atracones ▪ Ausencia de mecanismos compensadores para perder peso Mientras que la obesidad no se considera un TCA en si mismo, puede ser resultado de un trastorno por ingesta compulsiva	Hay un amplio rango de patrones que no se incluyen específicamente en ninguna de las categorías anteriores: ▪ Para mujeres, todos los criterios de AN excepto trastorno menstrual ▪ Todos los criterios de AN excepto pérdida significativa de peso ▪ Todos los criterios de BN excepto la frecuencia de atracones y mecanismos compensadores, aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses ▪ Uso regular de mecanismos compensadores en un individuo de peso normal tras ingerir pequeña cantidad de comida. Muchas veces el sentimiento de haber sufrido un episodio bulímico no vendrá determinado por la cantidad de comida ingerida, así pequeñas cantidades de comida pueden ser vividas como un enorme descontrol con efectos catastróficos sobre su peso

Estas definiciones de la epidemiología son consonantes con el enfoque de la etiología multicausal vinculada a los trastornos alimentarios y de la consideración de las conductas de riesgo como la preocupación por la figura y el seguimiento de dietas de adelgazamiento (Raich, 1998; Toro, 1999). Así, la investigación epidemiológica actual sobre los TCA no sólo estudia los cuadros clínicos, sino también los comportamientos alimentarios desajustados y las variables cognitivas asociadas a la percepción de la imagen corporal con la finalidad de detectar los factores de riesgo y los sujetos más vulnerables.

Sin embargo, la epidemiología se expresa normalmente en términos de incidencia y prevalencia. La incidencia se refiere al número de casos nuevos que aparecen en un periodo de tiempo específico (normalmente un año) en una población determinada (Zahner, Hsieh y Fleming, 1995), normalmente expresada por 100.000 habitantes. El valor de la incidencia no representa el inicio del trastorno sino el momento de su detección. La prevalencia se define como la proporción de la población que presenta una condición de salud particular en un determinado periodo de tiempo (Hsu, 1996). La prevalencia durante el periodo de un año corresponde al sumatorio de la prevalencia con la incidencia anual (Hoek, 1993).

La opinión generalizada es que la prevalencia de los TCA se ha incrementado en especial en los últimos 30 años. Sin embargo, esta afirmación no es aceptada por todos (Toro, 2000). En las tres últimas décadas, se han debatido las causas del incremento de la frecuencia de estas enfermedades en nuestro entorno aludiendo a las conclusiones de trabajos realizados en registros hospitalarios o especializados, en muchos casos sin el rigor metodológico adecuado. Toro (2000) enumera cinco razones que pueden explicar en parte los resultados que encuentran un incremento importante en los TCA en España: en primer lugar, destaca el incremento de la prevalencia de los TCA como consecuencia de la oficialización, difusión y sucesivas modificaciones de los criterios diagnósticos; en segundo lugar, pone de manifiesto que con anterioridad se producía un tratamiento de los TCA como una enfermedad médica y no desde la psiquiatría; en tercer lugar, alude a que los reingresos de los casos graves pueden tergiversar la elevada frecuencia; en cuarto lugar, incluye la sobrevaloración pública y médica de incluir como casos que en épocas anteriores no se incluían o se diagnosticaban con otras enfermedades; finalmente, el mayor número de expertos en TCA incrementa el diagnóstico de las

pacientes. Por tanto, el autor concluye que no existen estudios epidemiológicamente correctos en épocas anteriores que permitan comparar resultados con los datos obtenidos en la actualidad.

De lo que no cabe duda es que la prevalencia encontrada resulta preocupante y que puede ser mucho mayor a la obtenida en los estudios de dos fases, ya que, la mayor parte de las chicas o mujeres con algún tipo de TCA tienden a minimizar e incluso negar el comportamiento alimentario patológico. Además quienes reúnen todos los criterios diagnósticos internacionales representan el extremo del espectro del continuo. Este continuo iría de la normalidad a la patología. Si bien los criterios diagnósticos permiten realizar un diagnóstico con mayor precisión del paciente hospitalizado, no sucede lo mismo en la población general (Guillelot y Laxenaire, 1994). Sin embargo, hay que destacar las innegables ventajas de disponer de cierta información estadística y de permitir comparar diferentes estudios entre sí.

La investigación epidemiológica de los TCA todavía se encuentra en la fase de determinar la incidencia y la prevalencia de casos en muchas poblaciones y la comparación de estos datos. Los resultados de los estudios epidemiológicos pueden llegar a diferentes resultados en función de las variables de la población estudiada tales como edad y sexo, pero también en función del método de selección y del método de diagnóstico. Por ello a continuación se articulan los resultados obtenidos en la literatura sobre epidemiología descriptiva (incidencia- prevalencia), así como, unas breves nociones sobre los resultados obtenidos en la epidemiología analítica (causalidad de los TCA).

1.2.3. Incidencia y prevalencia

En la década de los ochenta se empieza a disponer de datos fiables sobre la epidemiología de los TCA, ya que, se llevan a cabo investigaciones en población general y se recurre a la utilización de evaluaciones psicométricas homogéneas. Durante la década de los noventa proliferan los estudios epidemiológicos con una cuantificación más rigurosa. España, de hecho, destaca internacionalmente por sus publicaciones sobre la prevalencia de los TCA (Pérez - Gaspar, Gual, De Irala- Estevez, Martínez, LaHortiga, y Cervera, 2000; Morandé y Casas, 1997). Sin embargo, son escasos los

trabajos sobre incidencia por lo que queda pendiente el desarrollo de estudios epidemiológicos de este tipo (Toro, 2000).

Los estudios de incidencia de esta patología en población general son escasos, ya que, la investigación epidemiológica inicial de los trastornos alimentarios se ha basado en registros de casos en poblaciones clínicas (Hoek, 1993; Ruiz- Lázaro, 2003). Estos estudios presentan valores bastante inferiores a los de la incidencia y prevalencia reales porque no todos los casos clínicos de la comunidad acuden a tratamiento. Sin embargo, debido a que la incidencia de los trastornos alimentarios es baja la realidad no sufre gran alteración.

Hsu (1996) considera que la validez de este tipo de estudios está condicionada por la exactitud del diagnóstico realizado y la detección de casos reales. Mora y Raich (1993a) plantean que en el caso de la BN se suma la dificultad de que el tratamiento en muchos casos de esta patología comienza después de muchos años de cronicidad, y con este tipo de muestras se ignoran aquellos casos que no acuden a tratamiento.

Un ejemplo de estudios de caso en nuestro país es el trabajo de Otero, Mazuelos, López, Sanz y Rodado (2002) cuyo objetivo es evaluar la incidencia de la AN en una unidad de salud mental de niños/as y adolescentes. Llevan a cabo una revisión de 3849 historias clínicas recogidas durante nueve años en pacientes entre 0 a 16 años. Estos autores encuentran que el porcentaje de casos de AN comparado con el resto de las psicopatologías es muy bajo, los casos de TCA han crecido en los últimos cuatro años y que los casos de AN no han crecido en la última década. Los autores explican los resultados discordantes con respecto al alarmante incremento de los trastornos alimentarios, en otros estudios de índole internacional, poniendo de manifiesto que los TCA han incrementado su incidencia en mujeres mayores de 18 años y su muestra tiene una edad máxima de 16 años.

Los estudios de dos fases, por su parte, se caracterizan metodológicamente por la detección de casos clínicos en dos fases o momentos. En la primera fase se utiliza un instrumento o cuestionario que permite identificar la población en riesgo, es decir, la población que muestra una puntuación superior al punto de corte del cuestionario o instrumento. En la segunda fase, se lleva a cabo una entrevista clínica semiestructurada con la población en riesgo, detectada en la primera fase, y con una muestra aleatoria de individuos con valores inferiores al punto de corte, para confirmar los casos detectados. Estos estudios permiten superar las limitaciones de los estudios de detección de casos y

reducir los elevados costes que implicaría entrevistar a toda la población o la muestra seleccionada. Los datos obtenidos en este tipo de trabajos dependen en gran parte de la capacidad del instrumento o cuestionario utilizado para la detección de casos potenciales de trastornos alimentarios (Fairburn y Beglin, 1990).

En España se han realizado varios estudios con entrevista diagnóstica (dos fases) (Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda, y Muñoz, 2003; Morandé, Celada, J., y Casas, 1999; Pérez- Gaspar, Gual, De Irala- Estevez, Martínez, LaHortiga, y Cervera, 2000; Ruiz- Lázaro et al., 1998). Por su parte Gandarillas y su equipo (2003) analizan los resultados de los estudios realizados hasta el momento de doble fase en España y encuentran que la prevalencia de caso para adolescentes de AN estaría entre el 0.1% y el 0.8%, para la BN se situaría entre el 0.5% y el 1.5% y para los TCANE entre el 2.7% y el 3.8% en mujeres adolescentes. Estos autores encuentran datos entre estos intervalos para los diagnósticos de AN y BN y prevalencia menor en TCANE y el total de TCA, pero las diferencias de prevalencia no son estadísticamente significativas.

Los resultados de los estudios nacionales son relativamente consistentes con los obtenidos en muestras internacionales. La revisión reciente de Hsu (1996) identifica una prevalencia de AN entre 0.2 a 0.5%; aunque el valor normalmente citado de prevalencia de anorexia nerviosa es de 1% que proviene del estudio de Crisp, Palmer y Kalucy (1976). En relación a la BN la revisión de Fairburn y Beglin (1990) encuentra una prevalencia del 1%. Destaca también en los estudios internacionales las elevadas cifras de TCNAE.

Se puede concluir que en España se estima que aproximadamente entre el 1- 4.7 % de las adolescentes desarrollan alguno de los cuadros incluidos en los TCA (Gandarillas et al., 2003; Ruíz- Lázaro, 1998; Morandé Celada y Casas, 1999; Pérez – Gaspar et al., 2000), datos que convergen con los estudios internacionales. Así por su parte la American Psychiatric Association en 1994 considera que la prevalencia de los TCA parece estar aumentando en los últimos años y que se situaría entorno al 1- 4% de adolescentes y mujeres jóvenes (APA, 1994). Prevalencia de por si ya preocupante aunque no se descarta que estos datos den cuenta solamente de una parte del problema y que la prevalencia real pueda ser incluso mayor.

1.2.4. Factores de riesgo

Entre las variables sociodemográficas más estudiadas a la hora de analizar los datos epidemiológicos de los diferentes tipos de TCA destacan: *edad*, *sexo*. Además como variable psicológica de riesgo más estudiada se encuentra la *insatisfacción corporal*, aunque también se han propuesto otros factores de riesgo en los estudios clínicos como la dieta, la baja autoestima o la distorsión de la imagen corporal.

En relación a la primera variable edad, los estudios resaltan que los TCA se inician a edades cada vez más tempranas; pero la franja de edad para el comienzo de AN y BN oscila entre los 15- 25 años. Las adolescentes debido al momento evolutivo de cambio fisiológico, cognitivo-emocional y psicosocial, constituyen un grupo de mayor riesgo para que aparezca sintomatología de la conducta alimentaria. Probablemente vinculada a la interiorización de estándares culturales sobre la estética y el peso corporal ideal para las mujeres. La aparición de desórdenes alimentarios durante la adolescencia representa, de hecho, una adaptación desajustada a las transiciones específicas que se producen durante el desarrollo. Las tareas evolutivas de transición de la infancia a la adolescencia incluyen como tarea primordial la integración de un cuerpo en rápida “transformación” asimilando los cambios para desarrollar una buena imagen corporal. Pero este no representa el único momento vulnerable, el paso de la adolescencia a la vida adulta supone una segunda oportunidad de alto riesgo para la aparición de TCA.

La emergencia de los trastornos alimentarios en estas dos transiciones nos permite abordar los diferentes cuadros clínicos desde una perspectiva evolutiva. Así, la mayoría de los casos de AN se diagnostican durante la adolescencia, siendo más infrecuentes los casos que se inician en la edad adulta (Pawluck y Gorey, 1998). Por su parte la BN y los TIC comienzan con más probabilidad durante el paso de la adolescencia a la vida adulta; y no es infrecuente que se mantengan ocultos durante años con las repercusiones que implican para la salud mental y física de estas mujeres.

En relación a la segunda de las variables aludidas sexo, hay que destacar la mayor incidencia de los TCA en mujeres (razón mujer/varón 10/1) (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurland, 1991; Moller- Madsen y Nystrup, 1992). En primer lugar nuestra sociedad sigue sometiendo a hombres y mujeres a estereotipos de género en función de los que se describen sus cualidades (cómo deben ser) y prescriben sus conductas (qué deben hacer). Dentro de los estereotipos de género se ha reforzado y estimulado la mayor objetivización del cuerpo de las mujeres. Lo que supone considerar que en ellas su

aspecto físico es más importante que en ellos, asociando en las mujeres de forma más dramática la delgadez como estándar sociocultural de belleza.

Así, en el trabajo de Thompson, Corwin y Sargent (1997) encuentran que chicas y chicos consideran que el ideal corporal de las chicas es más delgado que el ideal de los chicos, y aún más clarificador fue comprobar como el ideal corporal femenino descrito por las chicas era aún más delgado que el ideal corporal femenino descrito por los chicos. Este estudio es particularmente valioso porque se elicitó los ideales interiorizados por los adolescentes, y no se recurre a un estándar explícito. Para las mujeres el valor en alza está representado por “cuerpos tubulares”, esbeltos y extremadamente delgados. Para los hombres el cuerpo ideal es un cuerpo musculoso, que se cultiva a través del ejercicio físico. Esto implica que en las mujeres la insatisfacción con el cuerpo siempre opera en la dirección de perder peso. Así, frente a la imagen “débil” y “frágil” de la delgadez femenina se está afianzando la imagen “fuerte” y “vigorosa” del cuerpo masculino. La mujer “leptosomática” frente al hombre “atlético” establece una peligrosa asociación entre cuerpo y salud.

Un estudio cualitativo con adolescentes ingleses, utilizando entrevistas centradas en discusiones de grupo, añaden una nueva dimensión a estos ideales culturales (Lloyd, Dittmar, Jacobs, y Cramer, 1997). Una diferencia entre el atractivo femenino y masculino fruto de las conversaciones con los/as adolescentes es que los hombres son vistos como más atractivos en acción (ej. haciendo deportes) mientras que se prefiere a las mujeres estáticas o decorativas. Lo que confirma los estereotipos de género en función de los cuales las mujeres son “objetivadas” y ubicadas en el polo de pasividad frente al polo de actividad asociado a la masculinidad.

Es obvio, por todo lo que se está exponiendo, que los estándares socioculturales de belleza no han discurrido de forma paralela para ambos sexos y esta asimetría también se ha encontrado en aquellos trabajos que evalúan las partes con las que hombres y mujeres se sienten más insatisfechos/as, que de nuevo confirman los estereotipos de género. Así, Franzoi y Shields (1984) han encontrado importantes diferencias de género en los contenidos y estructura de las dimensiones relacionadas con el cuerpo. Los hombres tienen preocupaciones asociadas con la fortaleza del cuerpo (pecho, bíceps y fuerza muscular), mientras que las mujeres manifiestan preocupaciones con el peso (por ejemplo satisfacción con la figura o tamaño del pecho). Moore (1993) ha encontrado que las adolescentes americanas están más insatisfechas con sus muslos, caderas,

cintura y nalgas, todas estas partes quieren tenerlas más delgadas y su pecho tenerlo más grande. Los chicos con frecuencia informan que les gustaría que sus brazos, pecho y hombros fueran más grandes.

También cabe destacar que las diferencias de género en la insatisfacción corporal están sujetas a los cambios evolutivos que se producen en la adolescencia. En su estudio Dittmar y colaboradores (2000) comprueban como los cambios que se producen en la pubertad (ensanchamiento de las caderas, incremento de tejido adiposo en muslos entre otros) aleja a las chicas de los ideales culturales de belleza femeninos, mientras que, acerca a los chicos de los ideales de belleza masculinos (altura, hombros amplios y musculatura). Por tanto, se observa un decremento de la satisfacción corporal en las chicas y se sugiere un incremento en la satisfacción de los chicos lo que puede ser un reflejo de las discrepancias de los cambios de ambos sexos entre sus desarrollos corporales durante la pubertad y los estándares culturales de belleza.

De hecho la adolescencia es un momento de dramáticos cambios corporales, así como, un momento en el que se incrementa la comprensión cognitiva de las relaciones interpersonales. La imagen corporal tiene una mayor influencia sobre la autoestima (Abell y Richards, 1996; Polce- Lynch, Myers, Kilmartin, Forssmann-Flack, y Klierer, 1998), y tanto las chicas como los chicos adolescentes dan más importancia a la apariencia que los adultos e informan de altos niveles de insatisfacción corporal (Cash, Winstead y Janda, 1986). Estos hallazgos implican claramente que la apariencia es un aspecto saliente de la identidad adolescente y por eso coloca a este colectivo, especialmente a las mujeres en una situación de alto riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

La tercera variable que analizaremos será la *insatisfacción corporal*. Se ha estudiado la correlación entre las alteraciones de la imagen corporal y los TCA pero también la causalidad entre ambas. Los resultados de las investigaciones apuntan a que la preocupación por la figura y la insatisfacción corporal son consideradas conductas de riesgo de los TCA (Raich, 1998; Toro, 1999).

Sin embargo, estos resultados cobran más importancia cuando se tiene en cuenta que la insatisfacción corporal y la percepción de una misma como gorda junto con otros comportamientos alimentarios (dieta) son características ampliamente prevalentes en las mujeres. Estos síntomas afectan en la población general a mujeres normales sin trastorno alimentario (Mora y Raich, 1993b; Sepúlveda et al., 2002) y en la clínica a

mujeres con TCA. Se podría hablar entonces de un “descontento normativo” de las mujeres con sus cuerpos (Rodin, Silberstein y Striegel-Moore, 1985) .

Atendiendo a los trabajos que se han llevado a cabo en España se confirma esa insatisfacción corporal generalizada, ya que, la mayoría de las mujeres quieren pesar menos aunque presenten un peso normal (Baile y Garrido, 1999; Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003; Merino, Pombo y Godás, 2001; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991; Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989); y que de forma sistemática las chicas muestran mayor insatisfacción corporal que los chicos (Acosta y Gómez, 2003; Baile, Guillén y Garrido, 2002; Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003; Merino, Pombo y Godás, 2001).

2. EL ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN PROPORCIONAR UN CONTEXTO SOCIAL PARA LOS TCA

En la actualidad se reconoce que no hay una única causa de los TCA sino que son causados por la interacción de factores fisiológicos o biológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales (Kaplan y Sadock, 2001). De todos estos factores es necesario prestar atención al conjunto de factores más externos al sujeto y a los que pueden estar expuestos un mayor número de personas: los factores socioculturales, dentro de los que los medios de comunicación se erigen como portavoces.

Las investigaciones actuales sobre los TCA que se dirigen especialmente hacia el estudio de las variables socioculturales analizan cómo influyen en la autovaloración negativa de la imagen corporal y la estimulación de comportamientos alimentarios desajustados (Groesz, Levine, y Murnen, 2002).

2.1. Medios de comunicación e Imagen corporal

La perspectiva multifactorial sobre la etiopatogenia de los TCA que actualmente impera se plantea la influencia de la apariencia y los cánones de belleza e imagen corporal culturales en la génesis de los trastornos alimentarios. Las diferencias de género, etnia, trans-culturales, históricas y de edad en los niveles de estima corporal sugieren que la cultura y la sociedad juegan un rol importante en la construcción de la imagen corporal y en consecuencia en la génesis de TCA. Sin embargo, nadie que se exponga a las imágenes de los medios de comunicación desarrolla un TCA sin más. Los TCA como la AN se han documentado en la literatura médica desde 1800, mucho antes de que las revistas o la TV fueran inventadas y cuando el ideal corporal imperante de mujer era muy diferente al de estos momentos. Además, las mujeres que se presentan en los medios de comunicación son excepcionalmente delgadas y, prácticamente todas las

mujeres occidentales se exponen a este estereotipo pero no todas desarrollan desórdenes alimentarios clínicos o parciales, entonces ¿cómo y cuándo influyen los medios de comunicación en las mujeres para explicar la génesis de la insatisfacción corporal y en última instancia el desarrollo de patología alimentaria?.

El clima sociocultural es el común denominador que influencia la imagen corporal que cada persona construye (Santiso, 2001). Y es precisamente la insatisfacción con dicha imagen corporal la que representa un aspecto psicopatológico nuclear en los desórdenes alimentarios y TCA. La imagen corporal no es un constructo unidimensional sino que su adecuado abordaje supone reconocer su multidimensionalidad. Los estudios relativos a este constructo defienden la presencia de tres componentes: el perceptual, el cognitivo-afectivo y comportamental (Mora y Raich, 1993b; Sepúlveda, Botella y León, 2002).

Los medios de comunicación ejercen su influencia directamente e indirectamente al influenciar los valores que transmiten los grupos de socialización primarios como son la familia y la escuela, quienes se encargan de generar en primer lugar el espacio en el que se crean los valores de referencia, en general y en particular en relación al cuerpo y sus atributos. Una vez proyectado el mensaje los medios de comunicación también se encargan de reforzarlo a través de la exposición selectiva y repetida de contenidos e imágenes. Así los medios de comunicación representan el principal vehiculizador de los estándares culturales de belleza asociados al cuerpo. Y esta presión por la delgadez para las mujeres se ha intensificado en los últimos años (Garner, Garfinkel, Schwartz, y Thompson, 1980; Silverstein, Peterson y Perdue, 1986; Wiseman, Gray, Mosiman, y Ahrens, 1992).

En la investigación desarrollada por Levine, Smolak, y Hayden (1994) se comprueban que un grupo de chicas de educación media con padres e iguales inmersos en la pérdida de peso utilizan con frecuencia las revistas como fuente de información sobre la estética corporal. Estas chicas viven en la “subcultura de la dieta” y presentan mayores niveles de insatisfacción corporal, inmersión en la delgadez, más uso de métodos de control de peso y desórdenes alimentarios. Estos autores encuentran que recibir el mensaje sobre la importancia de la delgadez de varios agentes socializadores incrementa el riesgo de los trastornos alimentarios.

Por su parte, Wertheim, Paxton, Schutz y Muir (1997) ponen de manifiesto la importancia de la influencia de los medios de comunicación en las actitudes corporales

sanas e insanas de las adolescentes (entre 14- 16 años) y la moda hacia la delgadez. Son pocos los sujetos que llevan a cabo dietas influenciados por los padres y los iguales directamente siendo más frecuentes las influencias sociales indirectas (comparación social, dieta compartida y evitación de la desaprobación social). En el estudio llevado a cabo por Dunkley y su equipo (2001) comprueban que la información de las revistas sobre los métodos de pérdida de peso se asocia con dietas restrictivas y que los sujetos estiman que los anuncios de las revistas tienen gran importancia en determinar cómo conseguir un buen cuerpo, incluso más importancia que los iguales o los padres.

2.2. Los medios de comunicación difusores de estereotipos de género

Jayme (1999) afirma que los medios de comunicación difunden los estereotipos de género, describiendo como los medios de comunicación presentan, mantienen o rechazan conductas, a través de los anuncios publicitarios y las series de televisión, películas y programas que refuerzan los valores sociales tradicionales asociados a la masculinidad (poder adquisitivo) y feminidad (atractivo físico).

Son numerosos los trabajos que han analizado los estereotipos de género que se transmiten tanto a través de la televisión como de la prensa escrita. Los datos de las investigaciones con revistas (Evans, Rutberg, Sather, y Turner, 1991; Schlenker, Caron y Halteman, 1998) nos permiten corroborar que existe un doble estándar social en función del género y que los chicos/as de nuestra sociedad utilizan las revistas como un medio para ajustarse al estándar asignado en función de su género.

Por su parte, en relación a los estudios sobre la televisión destacan los llevados a cabo para el National Institute of Mental Health en los que se evalúan los estereotipos de género que se transmiten en los personajes que aparecen (Lauer y Lauer, 1994), los estudios que analizan el contenido de los anuncios de TV en diferentes países industrializados (Arima, 2003; Coltrane y Adams, 1997; Dennis, Prinsen y Netzley, 2003; Downs y Harrison, 1985), aquellos que estudian la relación entre el género de los/as guionistas y las interacciones verbales sobre comentarios de apariencia de los personajes de las series de TV (Lauzen y Dozier, 1999, 2002). También se ha analizado la programación de dibujos animados (Cantor, 1977; Carter, 1991; Streicher, 1974), la programación nocturna (Beal, 1994; Boyer, 1986; Davis, 1990) y musical (Basow, 1992; Seidman, 1999; Sherman y Dominick, 1986; Tavis y Wade, 1984). Toda esta

investigación que examina el doble estándar con el que se valora a través de los mensajes transmitidos por la TV a mujeres y hombres pone de manifiesto las diferencias en función del género, de la edad, aspecto y aptitud es de los personajes de TV. Encontrando en definitiva que se perpetúan los estereotipos de género tradicionales.

Pero el ideal de belleza femenino no ha permanecido estático sino que ha ido mutando al son de los tiempos incorporando cada vez cuerpos más delgados y esbeltos, y los medios de comunicación están siendo los encargados de su “masiva” difusión. Precisamente los primeros estudios encaminados a analizar la relación de los medios de comunicación con los TCA destacaron como dato “alarmante” el decremento de peso de las modelos, las actrices y participantes de concursos de belleza a lo largo de la historia. Estudios más recientes documentan la tendencia del incremento de la delgadez de las mujeres de las páginas centrales de Playboy, las concursantes de Miss America y las modelos de revistas de moda entre 1950 y 1998 (Garner et al., 1980; Silverstein, Perdue, Peterson, Vogel y Fantini, 1986; Spitzer, Henderson y Zivian, 1999; Wiseman et al., 1992). Este excesivo énfasis en la delgadez ha llevado a que mayoritariamente se considere el peso como indicador de la insatisfacción corporal de las mujeres (Dittmar et al., 2000). De hecho la mayoría de los personajes femeninos de TV están más delgadas que la media de la mujer americana y los sujetos en sobrepeso están infrarepresentados (Fouts y Burggraf, 1999; 2000; Fouts y Vaughan, 2002; Kauffman, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson, y Kelley, 1986). Como contrapartida tan solo un pequeño porcentaje de mujeres en los países occidentales están dentro de estos criterios presentados en los medios de comunicación (Dittmar y Howard, 2004; Thompson y Stice, 2001); así, las mujeres se exponen repetidamente a las imágenes de los medios que envían el mensaje de que la mujer no es aceptada y atractiva si no presenta ese estándar de belleza excesivamente delgado (Dittmar y Howard, 2004). Además los contenidos de los mensajes que los medios de comunicación lanzan sobre la imagen corporal de las mujeres de las sociedades occidentales muestran la asociación de la imagen corporal con belleza y éxito claramente inmersos en los estereotipos de género dentro de los que se sobrevaloriza el cuerpo de la mujer sobre otras cualidades. Se relega a las mujeres así a un papel “decorativo” y “pasivo”. Wolf (1991) enumera tres mentiras entorno a los valores relacionados con la imagen corporal que se difunden en los medios de comunicación: (1) La belleza, la juventud y la delgadez son condiciones indispensables para el acceso al poder; (2) Cualquier mujer puede conseguirlo con esfuerzo; y, (3) Nunca serás lo suficientemente bella, joven y delgada.

A esto hay que sumar que la sociedad actual otorga un papel tan importante al cuerpo de la mujer que incluso en el ámbito laboral interviene la figura, y no sólo en aquellas actividades que requieren un cuerpo delgado: bailarinas, gimnastas, etc. Se produce claramente una asociación entre belleza (asociada a un cuerpo excesivamente delgado en la mujer) y éxito. Una vez más los análisis de contenido realizados en los medios de comunicación reflejan la realidad. Los personajes femeninos con exceso de peso son significativamente objeto de menos comentarios positivos que los personajes más delgados en las comedias de TV (Fouts y Burggraf, 1999). Estos estereotipos parecen cumplirse en la vida real, ya que, se asignan rasgos más positivos a la gente atractiva, incluso se considera que la gente atractiva es más interesante, más fuerte, más amable, más inteligente y sexualmente más excitante, aunque no se encuentra correlación entre esos rasgos. Como contrapartida la sociedad tiende a rechazar a los obesos (Martínez, Toro, Salamero, Bleuca, y Zaragoza, 1993). Los estereotipos sobre obesidad incluyen la creencia de que el peso es controlable lo que implica un perjuicio (Blaine y McElroy, 2002; Crandall, 1994; Crandall y Martínez, 1996).

Los medios construyen así un mundo soñado de esperanzas y altos estándares corporales que incorporan la glorificación de la delgadez y la pérdida de peso para vender productos dietéticos, cosméticos y de ejercicio, (Groesz et al., 2002; Kilbourne, 1999; Levine y Smolak, 1996). Estos ideales se potencian debido a los grandes intereses económicos que se mueven, encontrándonos en la actualidad con que una conducta esencial por razones económicas se transforma en una virtud social (Santiso, 2001). Esta multimillonaria industria del adelgazamiento depende en gran parte del fuerte énfasis en la vinculación sobre la importancia de la belleza y apariencia en las mujeres. Toro y colaboradores (1989) analizan de la “publicidad proesbeltez” de 10 revistas “femeninas” con más de 150.000 ejemplares publicadas en España. Las destinatarias son mujeres entre 14 y 24 años. Se encuentra que casi 1 de cada 4 anuncios invita directa o indirectamente a perder peso o hacen deseable un peso más bajo. Fuera de nuestras fronteras Garner y colaboradores (1980) comprueban el incremento de artículos sobre dietas que se produce entre 1959 y 1978 en seis revistas populares de mujeres. Wiseman y colaboradores (1992), en un estudio similar al de Garner y su equipo (1980), encuentran un incremento significativo de 1959 a 1988 de artículos sobre dieta, y ejercicio-dieta juntos en seis revistas de mujeres; los artículos sobre dieta pasan de un 0.5% en 1959 a un 1.8% en 1981; a partir de esta fecha disminuyen los artículos sobre dieta, e incrementan los artículos sobre dieta y ejercicio juntos. Interpretan esta

tendencia como el surgimiento de una redefinición cultural que aprueba los métodos que permiten perder peso. Además en las revistas más vendidas destinadas a las adolescentes aparecen más anuncios y artículos con respecto a la dieta, la forma corporal y la comida (Anderson y DiDomenico, 1992; Nemeroff, Stein, Diehl, y Smilack, 1994; Silverstein, Perdue, Peterson, y Kelley, 1986).

3. EL ROL QUE JUEGAN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA ETIOLOGÍA DE LOS TCA

Para dar cuenta de las investigaciones relativas a la influencia que los medios de comunicación tienen en la aparición de problemas con la imagen corporal y en última instancia con patología alimentaria se organiza la información más relevante en función del tipo de medio a través del que se canaliza la información: Revistas y Televisión (Groesz, Levine y Murnen, 2002).

3.1. Exposición a modelos de revistas

Las chicas empiezan a leer revistas de adolescentes a edades cada vez más tempranas y se sobreexponen a mensajes en los que se muestra una determinada imagen corporal y se sobredimensiona su importancia. En el trabajo de Field y colaboradores (1999a) se comprueba como ya en la escuela primaria la mayoría de las chicas leen alguna revista de vez en cuando y un 25 % las leen dos veces a la semana.

Sin embargo, las investigaciones dirigidas a evaluar la asociación entre el consumo de determinadas revistas y la presencia de una autoimagen corporal negativa y desórdenes alimentarios en el colectivo de adolescentes no son concluyentes. Así, algunos estudios no encuentran correlación positiva entre la cantidad de exposición de los medios a la glorificación de la delgadez y el nivel de trastorno alimentario (Abramson y Valene, 1991; Edwards- Hewitt y Gray, 1993). Por otro lado, en otros trabajos se demuestra que el uso de revistas para obtener información de belleza y peso se relaciona con la imagen corporal en las chicas al final de la escuela elemental y al comienzo de la adolescencia (Field et al., 1999a; Levine et al., 1994). Levine y colaboradores (1994) comprueban que la lectura de revistas de moda correlaciona con el impulso a adelgazar y los trastornos alimentarios en chicas de 10 a 14 años. Field y colaboradores (1999a) evalúan directamente el impacto de los medios impresos sobre

las creencias del peso y la forma corporal en 548 chicas de primaria y secundaria; comprobando que el 69% consideran que las fotografías de revistas de moda influyen en su concepto de figura corporal ideal y un 47% quieren perder peso debido a esta influencia. También comprueban la relación positiva entre la frecuencia de lectura y el llevar a cabo dietas para perder peso, la iniciación de programas de ejercicios para perder peso o mejora de la forma corporal y el sentimiento de que las imágenes de las revistas influyen en el concepto de figura femenina. Concluyen su trabajo defendiendo la asociación entre la frecuencia de lectura de revistas y el descontento corporal (forma y peso), presente para la mayoría de las chicas.

La mayoría de los estudios sobre la influencia de la información e imágenes que aparecen en las revistas sobre la imagen corporal y el desarrollo de trastornos alimentarios se llevan a cabo con muestras de estudiantes universitarias y con metodología correlacional. Así, en el trabajo de Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein (1994) se comprueba la correlación positiva entre la exposición de revistas del ideal de delgadez y los niveles de preocupación por el peso y síntomas bulímicos en 238 universitarias. Por su parte, Harrison y Cantor (1997) ponen de manifiesto que la exposición a los medios que promueven la delgadez predice los síntomas de los trastornos alimentarios en universitarias de Estados Unidos. Las mujeres que leen con más frecuencia revistas sobre estar en forma y dietas tienen más signos de trastornos alimentarios que aquellas que no las leen. Para las mujeres, el uso de estas revistas predice sintomatología de trastornos alimentarios, impulso a adelgazar e ineficacia. Concluyendo que la lectura de revistas es un predictor más consistente que la exposición a la televisión. Posteriormente, Harrison (2000) replica la investigación de Harrison y Cantor (1997) con una muestra de 366 adolescentes. Las medidas incluyen interés en contenido de medios de comunicación sobre mejora corporal, exposición a revistas del ideal de delgadez, exposición a revistas de deportes y sintomatología de trastorno alimentario. La exposición a revistas de ideales de delgadez y a revistas de deportes predice la sintomatología de trastornos alimentarios en mujeres, especialmente en mujeres más mayores. Las relaciones son significativas cuando se controla la exposición selectiva basada en el interés del contenido del cuerpo.

Cusumano y Thompson (1997) estudian el descontento corporal, aspecto físico, bulimia, impulso a adelgazar, ideales de forma corporal, autoestima y exposición de revistas de 175 universitarias de Estados Unidos. Las participantes indican cuánto

tiempo al mes leen cada revista seleccionada. Posteriormente, se evalúan las formas corporales que aparecen en las revistas más populares con el The Contour Drawing Rating Scale, de uno (más delgada) a nueve (más gorda). Con el The Breast/Chest Rating Scale se clasifica el tamaño del pecho de las mujeres de las revistas, de uno (pechos más pequeños) a 5 (pechos más grandes). Los autores concluyen que no se encuentra un efecto negativo inmediato entre la lectura de revistas y la insatisfacción corporal pero si encuentran que algunas mujeres son más vulnerables a la lectura de estas revistas.

Botta (2003) considera que son las revistas de deportes y salud/fitness las que pueden aportar información sobre cómo conseguir esos cuerpos idealizados de los hombres y las mujeres y evalúa el grado con el que la lectura de este tipo de revistas se relaciona con la imagen corporal y los desórdenes alimentarios, incluyendo la musculatura en casi 400 estudiantes de secundaria y universitarios/as. En las chicas, la lectura de revistas de salud/fitness se vincula al impulso a la delgadez e incremento de intenciones y comportamientos anoréxicos y bulímicos, como vómitos, abuso de laxantes y ayuno. Paralelamente al estudio de Botta (2003), Tiggemann (2003) investiga la relación de la exposición a revistas con la insatisfacción corporal, desórdenes alimentarios y conocimiento e interiorización de los ideales sociales en 104 estudiantes universitarias. Los resultados muestran una correlación positiva entre la cantidad de lectura de revistas con la interiorización de los ideales de delgadez.

3.2. Exposición a información e imágenes de televisión

La relación de la TV con la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios ha recibido menos atención que la dispensada a las revistas, y no hay una explicación clara para ello. A pesar de ello disponemos de interesantes investigaciones en las que se analiza la relación que la exposición a los contenidos e imágenes televisivas tienen en la génesis de los trastornos alimentarios (ej. Barret, 1997; Dietz, 1990; Durant, Baranowsky, Johnson, y Thompson, 1994; Fouts y Burggraf, 1999; Fouts y Burgraff, 2000; Meermann, Vandereycken y Napierski, 1986; Silverstein, Perdue, Peterson, y Kelley, 1986; Tiggemann, y Pickering, 1996; Verri, Verticale, Vallero, Bellone, y Nespoli, 1997).

En su trabajo Tiggemann, Winefield, Winefield y Goldney (1994) encuentran relación positiva entre el peso actual y el sobrepeso percibido con el tiempo que las mujeres adultas jóvenes ven la televisión. McCreary y Sadava (1999) examinan la relación entre el uso de TV con las percepciones de su salud, peso y estar en forma física en 341 adultos. Los sujetos que ven más la TV tienden a verse en sobrepeso; además, la cantidad de tiempo que se ve la TV cada semana se relaciona con peores autoinformes sobre el estado físico y la salud general en las mujeres. Jan Van den Bulck (2000) encuentran relación entre las personas que ven más TV y las autoevaluaciones sobre el peso, su ideal de peso y el aspecto en 1035 adolescentes. Tiggemann (2003) investiga la vinculación de la exposición a la TV con la insatisfacción corporal, desórdenes alimentarios y conocimiento e interiorización de los ideales sociales en 104 estudiantes universitarias, y concluyen que la cantidad de exposición a la TV correlaciona negativamente con el conocimiento de los ideales socioculturales y la autoestima quiere decir que las chicas que son menos conscientes de la presencia del ideal no realista de los medios se exponen más a la TV. Además se comprueba que la cantidad de exposición a la TV correlaciona negativamente con la autoestima.

Frente a las investigaciones dirigidas a evaluar la asociación entre tiempo de exposición a la TV e insatisfacción corporal, desórdenes alimentarios y TCA Tiggemann y Pickering (1996) afianzan una nueva línea de investigación al poner de manifiesto que lo importante no es la cantidad de TV que ven las adolescentes sino el **tipo de programa**. En función de la premisa de que el tipo de contenidos que se visualizan, no el tiempo global de visión de TV, el que se relaciona con la insatisfacción corporal o el impulso a adelgazar y en última instancia con la aparición de trastornos alimentarios. Estos autores encuentran que pasar más tiempo viendo series y películas y menos tiempo viendo deportes se asocia con mayor insatisfacción corporal; a su vez, pasar más tiempo viendo vídeos musicales predice un mayor impulso para adelgazar.

La importancia que tiene el tipo de programación que se visualiza en la génesis de los trastornos alimentarios ha estimulado las investigaciones centradas en evaluar la influencia que del consumo de determinados programas que representan y promueven la delgadez (TDP). Así, Harrison y Cantor (1997) examinan la relación entre el consumo de los medios que representan y promueven la delgadez (TDP) y la sintomatología de los trastornos alimentarios en universitarios/as (232 chicas y 190 chicos). Se registra cuánta TV ven en general y cuántas veces ven ciertos shows

populares de televisión, cuántas revistas populares leen cada mes clasificadas en cinco grupos: salud y aptitud, belleza y moda, entretenimiento y chisme, noticias y sucesos actuales, y revistas de entretenimiento de hombres. Con el EAT evalúan la sintomatología de los desórdenes alimentarios. Se encuentra que los niveles más altos de medios TDP conducen a niveles más altos de desórdenes alimentarios. Específicamente, el consumo de los medios, especialmente medios TDP predicen significativamente sintomatología de trastornos alimentarios de las mujeres y actitudes a favor de la delgadez y de la dieta de los hombres. También se encuentra que los resultados son más consistentes con la lectura de revistas que la visión total de la televisión. Aunque los efectos son significativos, encuentran que la proporción de la varianza explicada por las variables de varios medios de consumo raramente excede el .05. En definitiva, la lectura de revistas y la visión de la TV predicen diversos factores de la sintomatología de los trastornos alimentarios.

Por su parte, Harrison y Cantor (1997) encuentra que la exposición a la TV predice la insatisfacción corporal de universitarias incluso en aquellas sin interés en fitness y dieta como tópicos televisivos. Harrison (2000) replica la investigación anterior con adolescentes (n=366) de educación primaria a secundaria superior. La exposición a la TV de personajes gordos predice sintomatología de trastornos alimentarios en chicas, especialmente en chicas de más edad.

Borzekiowski, Robinson y Killen (2000) estudian la relación del uso de los medios electrónicos (televisión, videotapes, juegos de computadoras y vídeos y vídeos musicales) y la importancia percibida de la apariencia y las preocupaciones sobre el peso con 837 chicas adolescentes de noveno grado. Solo la visión de los vídeos musicales se relaciona con la importancia percibida sobre la apariencia y con las preocupaciones sobre el peso. Por lo que los autores concluyen que los vídeos musicales pueden ser un factor de riesgo que incremente la percepción de la importancia de la apariencia y el incremento de las preocupaciones sobre el peso en las adolescentes.

En un estudio más reciente, Schooler et al. (2004) encuentran que aquellas mujeres que informan de mayor exposición a los programas de TV durante la adolescencia presentan mayor probabilidad de experimentar altos niveles de trastornos de la imagen corporal que aquellas mujeres sin altos niveles de exposición a la TV.

Hasta el momento todos los estudios citados examinan poblaciones crónicamente expuestas a los medios, lo que dificulta discernir las consecuencias que tiene la exposición nueva a los medios en los síntomas de los trastornos alimentarios lo que aportaría una prueba más concluyente y fiable de dicha influencia. Para superar esta limitación Becker, Burwell, Gilman, Herzog y Hamburg (2002) llevan a cabo un estudio naturalístico en el que estudian actitudes y comportamientos alimentarios de la exposición a la TV prolongada en chicas adolescentes de la etnia Fijia en la Polinesia. Se investigan los patrones de los desórdenes alimentarios antes (1995) y después (1998) de la exposición a la TV de una sociedad en desarrollo, comparando las dos muestras de escolares ($n= 63$ en 1995 y $n= 65$ en 1998). Los trastornos alimentarios se evalúan con una versión modificada Eating Attitudes Test de 26 ítems y a continuación se confirman los síntomas autoinformados en una entrevista semiestructurada. Los resultados son inequívocos al demostrarse el significativo impacto que tiene la exposición a los medios de comunicación visuales en las actitudes y comportamientos relacionados con los desórdenes alimentarios antes y después de la presencia de la TV.

En el metaanálisis más reciente llevado a cabo por Groesz y sus colaboradores (2002) se encuentran apoyo a la perspectiva sociocultural de que las revistas de moda y la TV promueven y establecen un estándar de belleza delgado que lleva a muchas mujeres a sentirse mal con su cuerpo y su forma corporal (Levine y Smolak, 1996; Stice, 1994; Thompson, Coover, y Stormer, 1999; Thompson y Stice, 2001). Para muchas mujeres este efecto incrementa las emociones negativas y la frecuencia con la que se sienten mal no sólo con su cuerpo sino también consigo mismas, relacionándose normalmente con cuestiones emocionales como la baja autoestima.

4. TEORIAS EXPLICATIVAS SOBRE LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS COMUNICACIÓN EN LOS TCA

Todas las evidencias empíricas a las que se ha hecho referencia en el apartado anterior documentan el impacto que los medios de comunicación tienen en la génesis de la insatisfacción corporal y la patología alimentaria (Groesz et al., 2002; Spettigue y Henderson, 2004; Stice, 2002).

Con el ánimo de organizar y estructurar todas las evidencias empíricas acumuladas hasta ahora se han desarrollado diferentes teorías y modelos explicativos. Algunas de estas teorías han sido elaboradas ad hoc y otras han sido reelaboradas para aportar una estructura plausible a la comprensión de este fenómeno. Por un lado, algunas teorías desarrolladas ponen el énfasis en la orientación psicológica acentuando los procesos intrapsíquicos a la hora de entender como influyen los medios de comunicación en la patología alimentaria; mientras que, otras han puesto el acento en los determinantes socioestructurales que nos ayudan a entender de qué forma influyen los medios en la génesis de la patología alimentaria con una orientación sociológica contextual. A continuación se exponen las principales teorías planteadas de ambas perspectivas.

4.1. Explicaciones psicológicas

Las teorías que ponen el acento en los aspectos psicológicos se proponen explicar la influencia de los medios de comunicación enfatizando que papel pueden jugar varios procesos psicológicos tras la exposición a los medios de comunicación, tales como: la organización de los roles sociales establecidos que definen el comportamiento normal; la proporción de modelos corporales que representan el ideal actual; las expectativas recompensas y castigos de comportamientos vinculadas a los estereotipos de género; la

comparación social. Toda esta información se integra teniendo en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo y las experiencias personales.

4.1.2 Teoría del uso y la gratificación

Alan Rubin (1994) desde la perspectiva psicológica de los modelos de uso-gratificación en los medios de comunicación plantea que la utilización mediática se orienta en dos sentidos complementarios: utilización *ritualizada* (de diversión o entretenimiento) o *instrumental* (utilitaria). El contenido de los medios es importante pero los efectos del contenido están determinados por lo que el usuario espera obtener del medio, de las predisposiciones esquemáticas en el procesamiento de la información, las consecuencias de asimilación y la puesta en práctica de la información extraída (Rubin, 1994). Esto implica que un mensaje mediático no puede influir si no tiene utilidad.

Las orientaciones mediáticas ritualizadas e instrumentalizadas explican la cantidad, tipos de uso mediático, y, actitudes y expectativas de los medios de comunicación. El uso mediático ritualizado es con frecuencia un medio para consumir tiempo y divertirse que se suele relacionar con mayor exposición y afinidad al medio. Sugiere utilidad, pero es un estado menos activo y menos dirigido a un objetivo determinado. El uso mediático instrumental es un medio para buscar información y se relaciona con mayor exposición a noticiarios y a contenido informativo, por lo que se percibe el contenido como realista. Sugiere utilidad, intención, selectividad e involucración; es activo e intencional.

Tiggemann (2003) considera que una posible razón por la que no se llega a resultados concluyentes en esta temática es que las investigaciones han tratado todos los medios de una forma unitaria. Todos los medios estudiados hasta el momento (TV y revistas) son considerados equivalentes y esto resulta inadecuado. Afirmación que se constata ante los resultados diferenciados sobre la relación de uno y otro medio con la imagen corporal y la génesis de trastornos alimentarios. Si bien es cierto, que los

análisis de contenido sugieren que los ideales de delgadez son presentados tanto en TV como en revistas, la forma en qué se responde y procesa la información remitida por los diversos medios de comunicación es diferente.

La aplicación de la teoría del uso y la gratificación Rubin (1994) a esta temática plantea que la gente usa los diferentes medios de comunicación de diferente forma, con diferentes objetivos: Estos objetivos pueden incluir diversión, relajación, entretenimiento, evasión, información, identidad personal o estándares de comportamiento o apariencia. Esta perspectiva teórica enfatiza la capacidad de los individuos de hacer elecciones sobre cuándo, qué y cuánto ven la TV y leen revistas. El individuo es conceptualizado como un consumidor activo de los medios.

En el caso de las revistas de moda, los autoinformes de las mujeres jóvenes indican que leen este material al menos parcialmente para obtener información sobre belleza, fitness, cuidados y estilo (Levine y Smolak, 1996; Tiggemann, 2003). Por su parte, la exposición a la TV tendría como finalidad el entretenimiento por lo que la presentación de los mensajes del ideal de delgadez en las comedias y películas es implícita y no explícita. Esta distinción de exposición activa vs. incidental al ideal de belleza es congruente con los resultados de las investigaciones que plantean que la lectura de revistas parece predecir de forma más consistente la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios que la visión de la TV (Harrison y Cantor, 1997).

Este modelo también puede explicar la relación de los medios de comunicación con los desórdenes alimentarios en las adolescentes que consumen revistas de moda y ven programas de TV como guía de belleza, moda y para mantener el peso (uso instrumental); encontrando una fuerte tendencia de mayor preocupación por la salud sobre el peso y la forma corporal (Gonzalez- Lavin y Smolak, 1995; Levine et al., 1994).

Sin embargo este modelo no explica qué motiva ese uso instrumental de los medios que hace que determinadas personas se sobreexpongan a mensajes relativos a moda y belleza.

4.1.3. La comparación social

La teoría de la comparación social de Festinger (1954) se ha utilizado para explicar qué motiva la autoexposición a los mensajes e imágenes expuestos en los medios de comunicación, y su influencia en la imagen corporal y los TCA.

El concepto de comparación social nace con la formulación de la perspectiva de la similitud. Se plantea el interés de la información sobre opiniones y habilidades de los similares como forma de evaluar el ajuste a las situaciones nuevas e incrementar el valor de la información que se puede obtener a través de la comparación. La finalidad de la comparación es la de autovalorar actitudes y capacidades para evaluar y mejorar las opiniones y capacidades (Festinger, 1954).

Festinger considera que las autovaloraciones son necesarias y que las comparaciones sociales pueden ser de dos tipos: ascendentes vs. descendentes. Se realizan **comparaciones ascendentes** con sujetos que desempeñan excepcionalmente bien la dimensión de la habilidad, por lo que, el resultado puede llevar a bajas autovaloraciones en la dimensión comparada. Con respecto a la imagen corporal la comparación con los cuerpos ideales presentados en los medios de comunicación son típicamente ascendentes y cuando está motivada para autovaloración es probable que disminuya la autoestima corporal. La teoría de la comparación social explica un mecanismo que, una vez activado, induce a peores autovaloraciones y afecto negativo pero no está claro qué activa y qué refuerza este mecanismo. Sin embargo, las comparaciones ascendentes no son intrínsecamente desagradables porque en algunos casos pueden estimular el afecto positivo cuando están motivadas por el deseo de automejora o para adquirir habilidades. La dificultad es determinar cuándo las comparaciones ascendentes son para autoevaluación (desmoralizan) y cuándo para automejora (animan). Las comparaciones para la automejora protegen o aumentan la autoestima (Wood, 1989), puede hacer sentir mejor y aumentar las autovaloraciones considerándose cercanos a ellas.

Por su parte, la **comparación descendente** aporta información sobre el menor desempeño de los otros, así que, tiende a mejores autovaloraciones y se relaciona con la preservación de la autoestima. Cuando la dimensión en cuestión (ej. delgadez) es muy relevante para la persona y cuando el objetivo es la automejora, se suelen realizar comparaciones descendentes (Wood, 1989).

Sin embargo, es necesario señalar que el ámbito de la imagen corporal se plantean dos dificultades: (1) Los estándares objetivos no existen aunque se lleven a cabo

representaciones subjetivas de los otros por medio de comparaciones con los otros parecidos o sociales en su apariencia; y, (2) El marco original de Festinger no es directamente aplicable a la imagen corporal, dado que el aspecto no es una opinión ni una capacidad. A pesar de estos inconvenientes los estudios empíricos muestran que los medios de comunicación proporcionan objetivos fuertes de comparación y se detectan efectos inmediatamente después de su exposición cuando se evalúa el atractivo de una misma y de las otras.

Esta explicación ha sido y continúa siendo una de las más estudiadas en esta temática. De hecho las mujeres que realizan más comparaciones sociales relacionadas con el aspecto físico están más descontentas con su imagen corporal (Faith, Leone, y Allison, 1997; Richins, 1991; Stormer y Thompson, 1996; Thompson et al., 1999). Stormer y Thompson (1996) comprueban que la comparación social puede desempeñar un papel en el desarrollo de la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios incluso controlando el nivel de autoestima y de obesidad. Por su parte, Thompson y colaboradores (1999) demuestran que la comparación social de la apariencia física es una variable mediadora del efecto de las burlas relacionadas con la apariencia sobre la imagen corporal y desórdenes alimentarios.

Las chicas de la escuela elemental y media que se comparan con las modelos informan de mayor insatisfacción corporal y mayores niveles de desórdenes alimentarios (Field, Camargo, Taylor, Berkey y Colditz, 1999b; Levine, et al. 1994; Taylor et al., 1998). Los estudios demuestran que la presentación de imágenes de modelos delgadas a adolescentes afecta la valoración del peso, satisfacción de la figura, atractivo y talla corporal (Irving, 1990; Martin y Kennedy, 1993; Myers y Biocca, 1992; Waller et al., 1992). Es más probable que las chicas adolescentes se comparen con modelos delgadas que las chicas preadolescente (Martin y Gentry, 1997). Pero en definitiva las evidencias empíricas demuestran que hay un significativo número de chicas y mujeres exponiéndose y comparándose desfavorablemente con las modelos que aparecen en los anuncios (Martín y Gentry, 1997; Martin y Kennedy, 1993, 1994a, 1994b; Then, 1992).

Posavac, Posavac y Weigel (2001) plantean que la investigación reciente ha demostrado que la exposición al estándar ideal de delgadez presentado normalmente en los medios de comunicación contribuye a alteraciones de la imagen corporal en mujeres, y son los procesos de comparación social la base de este fenómeno. Las mujeres

comparan rutinariamente sus cuerpos con las imágenes de belleza femenina contenida en los medios y esto hace que estén más insatisfechas con sus cuerpos. Posavac, Posavac y Weigel (2001) evalúan tres intervenciones preventivas en mujeres que se exponen a imágenes de los medios comprobando que la interrupción del proceso de comparación social disminuye la probabilidad de comparar sus cuerpos con las imágenes de los medios, lo que previene las alteraciones de la imagen corporal inducidas por los medios.

La mayoría de los estudios citados muestran una correlación significativa entre la tendencia a compararse con las imágenes idealizadas y los desórdenes alimentarios e insatisfacción de la imagen corporal. De cualquier manera, la correlación en si misma no es suficiente para demostrar que la comparación social es el mecanismo subyacente. De hecho algunos estudios cuestionan la explicación de la comparación social. Lennon, Lillethum y Buckland (1999) informan que a sus participantes no les gusta el ideal no realista atractivo de las modelos, así como, los artificios utilizados para construir ese atractivo. Desde un punto de vista causa-efecto es difícil comprobar como las actitudes negativas pueden motivar en mujeres jóvenes el uso de modelos atractivas no realistas de los anuncios como referencias realistas a las que aspirar.

4.2. Explicaciones sociológicas-estructurales

Las teorías sociológicas estructurales tienen como punto de partida la cultura dentro de la que se desarrolla el individuo. A continuación, se revisará la teoría de la cultivación o cultivo y las teorías feministas vinculadas a los procesos de objetivación e interiorización.

4.2.1. Teoría de la Cultivación o del Cultivo

Gerbner, Gross, Morgan, y Signorelli (1994) proponen la teoría de la cultivación y parten de la premisa de que la TV es la fuente del mayor intercambio de imágenes y mensajes, ya que es el ambiente simbólico más frecuente en el que niñas y niños nacen

y viven. La constante repetición de ciertas formas y temas (valores), así como, la constante omisión de ciertos tipos de personas, acciones e historias influye y homogeneiza las concepciones del espectador/a sobre la realidad social. El efecto del cuantioso uso de la televisión, revistas y otros medios de comunicación establece y refuerza gradualmente una preferencia por ciertas creencias sobre la naturaleza de la realidad (Gerbner et al., 1994; Potter, 1991), a través del modelado de actitudes y comportamientos con incentivos vicarios.

Los ‘cultivos’ sobre la psicología, la percepción y el conocimiento personal se relacionan con la intensidad de la exposición al medio de comunicación. Por tanto, influye el tiempo de consumo, acentuándose los efectos de la visión del mundo y las consecuencias de esa visión en los sectores más dependientes del medio de comunicación. El ‘cultivo’ comparte una analogía con el mundo vegetal: el nutriente audiovisual acentúa su intensidad y da frutos según el tiempo de exposición cotidiano y la persistencia del hábito del receptor.

Gerbner y colaboradores (1994) describen dos tipos de efectos: *mainstreaming* y *resonance*. En relación al primero los autores plantean que al incrementar el tiempo de exposición a la TV a grupos con visiones previas diferentes del mundo, converge hacia una comunidad que se basa en la realidad televisiva. No es la TV la que desarrolla el carácter de las personas u otro tipo de patologías sociales, sino su consumo continuado y excluyente; la autoexposición intensiva a TV limita el consumo de otros medios de comunicación y fuentes de información lo que favorece el desarrollo de determinadas actitudes y visiones del mundo. Por otro lado, el efecto resonante produce efectos más evidentes cuando el emisor busca un ‘público diana’ y crea una línea narrativa que lo atrapa, no hay diferencias significativas entre los grupos cuando se ve poco la televisión, las diferencias aparecen cuando se incrementa el tiempo.

Desde esta aproximación teórica se pone de manifiesto que la TV cultiva una visión de la realidad que es significativamente diferente del mundo real. Como resultado de esta bifurcación en las realidades perceptuales, la hipótesis del cultivo predice que aquellos que ven mucho la TV tienen opiniones representativas del mundo de la televisión, mientras que, los que la ven menos tienen una visión más fiel de la realidad social. La evidencia de esta hipótesis se ha dado a través de dos tipos de estudios: investigaciones sobre el contenido de la televisión, distorsiones entre la realidad social y

la presentada en televisión; y, diferencias entre sujetos que ven mucho la TV y los que la ven poco.

Al aplicar esta perspectiva sociocultural a la comprensión y en última instancia la prevención de los trastornos alimentarios se plantean las siguientes asunciones. En primer lugar que los medios de comunicación distorsionan la diversidad de la forma y peso corporal humano, asociando delgadez con belleza, éxito y; en segundo lugar que la exposición repetida a esas imágenes y lecciones lleva a lectoras y telespectadoras a sobreestimar la prevalencia actual y el valor de esas formas, así como, la mutación del cuerpo humano; en tercer lugar, que es más probable que las personas con distorsiones cognitivo-emocionales tengan una imagen corporal negativa y lleven a cabo prácticas no saludables para mantener el peso y la forma corporal; y, en cuarto lugar que los medios de comunicación tienen efecto cuando se construyen como meras diversiones, cuando los modelos (cuerpos de las mujeres) se aceptan sin crítica como realistas, y cuando hay pocas alternativas y múltiples fuentes de refuerzo que estandarizan el ideal corporal vigente (Bordo, 1993; Harris, 1994; Kilbourne, 1994; Levine et al., 1994; Stice, 1994).

McCreary y Sadava (1999) encuentran apoyo a esta teoría en relación con el contenido de la TV en aspectos relacionados con la imagen corporal. Según los autores se produce una asociación negativa entre la visión de la TV y la percepción del propio peso (se autoperciben con más sobrepeso después de controlar el peso corporal); la visión de la TV se relaciona significativamente con las diferencias en la forma en que la gente se percibe a sí misma. Estos autores también encuentran efectos moderados, que demuestran que la cantidad de TV que las mujeres ven a la semana se relaciona con peores autoinformes del estado físico y de la salud general. Por su parte, Tiggemann (2003) también explica la correlación negativa entre la conciencia del ideal de delgadez sociocultural y la visión de la TV debido a que las telespectadoras que ven mucho en TV las figuras de mujeres delgadas posiblemente se normalizan de acuerdo con la teoría de la Cultivación. Se produce el efecto acumulativo de los modelos expuestos en la TV de ciertos valores, tipos de personas y temas sobre las concepciones de los telespectadores de la realidad social. Los efectos ocurren sin necesaria conciencia cuando se ve la TV, lo que es más difícil que ocurra en las lectoras de revistas, ya que en estos casos hay una representación explícita de los ideales de belleza (Tiggemann, Gardiner y Slater, 2000).

Potter (1991) por su parte plantea que no solamente es necesario profundizar en los pasos que se dan para el “cultivo” de actitudes y comportamientos sino también del rol que juegan los factores de desarrollo. Así, Van Ezra (1990) pone de manifiesto que las usuarias asiduas son menos selectivas y más automáticas en su compromiso con los medios de comunicación, experimentan más redundancia pero también puede variar el contenido en función del periodo de desarrollo. Las adolescentes son susceptibles de fuertes efectos porque tienen un conocimiento limitado de base, un acceso limitado a otro tipo de información y mayor tendencia a percibir el contenido de la TV como realista. Dada la complejidad de los procesos cognitivos implicados en la teoría y la variabilidad a través de los programas de TV y las diferentes audiencias la teoría no ha estado ajena a las críticas (Harris, 1994; Potter, 1991; Van Ezra, 1990).

4.2.2. Teoría de la Objetivación

Esta perspectiva pone el énfasis en las definiciones sociales que se elaboran sobre las mujeres centrándose en las presiones socioculturales, antes que considerar los problemas alimentarios como una patología primariamente individual.

La teoría de la objetivación permite comprender cómo las diferentes experiencias que viven las mujeres pueden llevar al desarrollo de los trastornos alimentarios. Así, la cultura androcéntrica dominante trata de forma diferente los cuerpos de los hombres y las mujeres siendo más probable que sea el cuerpo de las mujeres más mirado, evaluado y potencialmente objetivado. Socializadas en esta cultura las mujeres acaban viéndose a sí mismas como objetos que son mirados y evaluados por los demás, lo que incrementa la probabilidad de que sientan culpa o ansiedad por no adecuarse a ese “modelo” cuando internalizan este ideal.

Desde esta teoría se aporta una explicación parsimoniosa de estos y otros factores de riesgo relacionados con el género en el desarrollo de los trastornos alimentarios. La cultura de la delgadez junto con el acoso sexual y las limitadas oportunidades de éxito están unidas por el hilo común de la definición primaria de mujer como un cuerpo.

Los medios de comunicación representan un vehículo privilegiado a través del que se transmite la mayor “objetivización” de los cuerpos de las mujeres (Wiederman, 2000). Los medios de comunicación están implicados en la objetivación de varias

formas. Por un lado, los roles de las mujeres en la pornografía, las películas y la TV ponen de manifiesto que se ven los cuerpos de las mujeres antes que sus actos; por otro lado, la mayor “objetivización” del cuerpo de la mujer contribuye a que reciban un mayor número de mensajes de los medios de comunicación y la publicidad, sobre cómo perder peso y alcanzar el atractivo físico a costa de tener un cuerpo extremadamente delgado. En definitiva, esta teoría parte de la premisa de que la cultura de la delgadez transmitida en los medios de comunicación forma parte de los aspectos que contribuyen a las diferencias de género en los trastornos alimentarios en la cultura occidental.

Recientemente McKinley y Hyde (1996) desarrollan la escala “Objectified Body Conscious” (OBC) para medir la experiencia de las mujeres con sus propios cuerpos. Partiendo de la perspectiva de que el cuerpo de la mujer es un “objeto de deseo” del hombre (Spitzak, 1990), lo que provoca que muchas mujeres experimenten su cuerpo como objetivado (McKinley, 1995). Esta escala consta de tres componentes: a) Vigilancia del cuerpo como observador externo; b) Sentimiento de culpa cuando se internalizan de los estándares culturales que especifican el ideal femenino corporal y de belleza; c) Creencias de control sobre la apariencia. Se encuentra una alta asociación entre puntuaciones altas en estas escalas y trastornos alimentarios.

La teoría de la objetivación también ayuda a clarificar los procesos implicados en los cambios de la imagen corporal en función de la edad. Tiggeman y Lynch (2001) investigan la imagen corporal de las mujeres en toda su vida desde la perspectiva de la objetivación. Evalúan la insatisfacción corporal, la autoobjetivación y sus consecuencias en un estudio cross-sectorial, con una muestra de 322 mujeres de 20 a 84 años. La insatisfacción corporal se muestra estable con la edad. Pero la autoobjetivación habitual sobre el cuerpo, la ansiedad sobre la apariencia y la sintomatología de los desórdenes alimentarios disminuyen significativamente con la edad. De modo que la autoobjetivación media la relación entre la edad y la sintomatología de los desórdenes alimentarios.

Murnen, Smolak, Mills y Good (2003) muestran imágenes de cuatro mujeres y hombres objetivadas/os a chicas/os de 6 a 12 años, respectivamente. Las chicas y los chicos responden positivamente a las imágenes objetivadas de su mismo género, pero las chicas tienen una respuesta más consistente. Se encuentran relaciones más fuertes entre las respuestas de las chicas a las imágenes, al conocimiento e interiorización de las imágenes de los medios y a la estima corporal. A su vez, las chicas con respuesta de

rechazo (consistente) a las imágenes tienen mayor autoestima corporal que aquellas con respuestas inciertas. Concluyen que debido a las imágenes y presiones culturales, las chicas desarrollan con más facilidad una respuesta consistente a las imágenes objetivadas de mujeres (que los chicos que tienen imágenes objetivadas de hombres) y esto se relaciona con sus sensaciones corporales.

4.2.3. Teoría de la Interiorización

La interiorización de un estándar social significa que al menos dos cosas suceden: se es consciente del estándar y se considera que alcanzar ese estándar es importante. El proceso de interiorización supone la constitución de la realidad subjetiva, en especial la constitución de la personalidad individual. El proceso de socialización puede llevar a las chicas y mujeres a interiorizar la mirada del otro y por tanto a “tratarse a sí misma como objetos que son mirados y evaluados”. La objetivación es interiorizada induciendo a avergonzarse, generando ansiedad por lo que resulta potencialmente psicopatológica, ya que, sólo si se llevaran a cabo esfuerzos extraordinarios habría una remota posibilidad de conseguir el estándar de belleza que la objetivación envuelve. El deseo de parecer choca con la realidad lo que desemboca en un descontento normativo de la mayoría de chicas y mujeres con sus cuerpos.

El “descontento normativo” comienza a interiorizarse en la infancia (Lawrence y Thelen, 1995). Pero en la adolescencia se interioriza en mayor medida la prescripción cultural de los roles y comportamientos femeninos estereotipados, y así sus esfuerzos de logro se pueden centrar en actividades típicas de mujeres, lo que incluye el mandato social de ser físicamente atractivas. Como consecuencia aumenta la focalización en arreglarse y otros comportamientos de mejora de la imagen y disminuye la confianza en otras actividades que no se relacionan con la apariencia.

Stice (1994) propone un modelo en el que diferentes variables individuales moderan potencialmente el impacto de las imágenes de los medios sobre la imagen corporal. Argumentando que la exposición a los medios puede incrementar el riesgo de la patología alimentaria porque la exposición repetida promueve la interiorización de los

estándares de belleza y actitudes sobre la delgadez y gordura que no se relacionan con las percepciones y sentimientos inmediatos sobre la propia forma corporal y es corroborada empíricamente.

Tiggemann (2003) investiga dos de estas variables propuestas: la autoestima y el sobrepeso de las mujeres, y confirma la propuesta de que la baja autoestima hace más vulnerable a los efectos de los medios de comunicación. Aunque no siempre encuentra datos estadísticamente significativos los resultados sugieren que el peso modera la influencia de la interiorización. Así, las variables sobrepeso y alta interiorización interactúan para predecir una mayor insatisfacción corporal y desórdenes alimentarios. Los resultados muestran que las revistas parecen trabajar a través de la interiorización pero la TV se une directamente a la insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal media la relación entre los medios y los desórdenes alimentarios, aunque en las revistas también hay un efecto directo de la interiorización sobre los desórdenes alimentarios. Por tanto, la lectura de revistas se relaciona con la interiorización del ideal de delgadez pero la visión de la TV no, así que, solo se ha apoyado el modelo de Stice (1994) en el caso de las revistas.

Stice y Shaw (1994) encuentran que la insatisfacción corporal y la interiorización del ideal de delgadez de la sociedad se relacionan positivamente con la sintomatología bulímica. La exposición al ideal de delgadez lleva a sentimientos negativos, los cuales llevan a la insatisfacción corporal que puede desencadenar en síntomas bulímicos en ciertas mujeres predispuestas. Por lo que, la interiorización de las presiones socioculturales media los efectos adversos del ideal de delgadez. Quizás las mujeres con comportamientos de trastornos alimentarios que han internalizado la importancia de la delgadez buscan con más probabilidad los medios de información relacionados con la dieta y la delgadez. Sin embargo, la exposición a los medios y los desórdenes alimentarios se puede desarrollar de forma independiente a la interiorización del estereotipo de ideal corporal (Stice et al., 1994).

Se han llevado a cabo dos revisiones de aquellos trabajos que estudian el rol de la imagen corporal en el comienzo y mantenimiento de los trastornos alimentarios (Groesz et al., 2002; Stice y Shaw, 2002). Groesz et al. (2002) ponen de manifiesto en su metaanálisis de los experimentos en los que es medida la insatisfacción corporal previa a la exposición a los modelos el efecto negativo de las imágenes es mayor cuando las mujeres son vulnerables porque han interiorizado el ideal de belleza de delgadez

(Cattarin, Thompson, Thomas y Williams, 2000; Heinberg y Thompson, 1995) y/ o porque ellas tienen grandes preocupaciones corporales o altos niveles de insatisfacción corporal (Posavac, Posavac y Posavac, 1998). Otros estudios han confirmado que la interiorización de los ideales de delgadez es un fuerte predictor de la insatisfacción corporal y los desórdenes alimentarios en mujeres adultas y adolescentes (ej. Cusumano y Thompson, 1997; Mautner, Owen y Furnham, 2000) e incluso en niñas de ocho años (Cusumano y Thompson, 2001).

II. POBLACION Y METODOLOGIA

1. PROPOSITO DE ESTUDIO

La investigación actual sobre los trastornos alimentarios estudia muchos factores implicados en su desarrollo, este trabajo se centra en el papel de los medios de comunicación. El desorden alimentario incluye muchos tipos de comportamientos y actitudes relacionadas con la alimentación. Desde trastornos alimentarios subclínicos hasta trastornos clínicamente diagnosticables como la anorexia y bulimia nerviosas.

El propósito de este estudio es investigar la relación entre los medios de comunicación, variables psicológicas e Índice de Masa Corporal (IMC) y el riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA); específicamente determinar si:

- Según el IMC se proponen diferencias entre las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA y aquellas sin síntomas de trastornos alimentarios
- Con respecto a la comparación social, objetivación, actitudes socioculturales hacia la apariencia, la autoestima y el IMC se propone que aquellos sujetos con actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA presentarán niveles más altos de patología que aquellos sin síntomas de trastornos alimentarios.

- Hay diferencia del uso, frecuencia de visión y tipo de medios de comunicación (TV y revistas especializadas) entre adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

2. HIPOTESIS

En el presente estudio se parte de las siguientes hipótesis de investigación:

HIPOTESIS 1. ¿Existe relación entre las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) con IMC?.

H0: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de IMC.

H1: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) se relacionan estadísticamente con las variables de IMC.

HIPOTESIS 2. ¿Existe relación entre las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA-

conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) con TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV)?

H0: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV).

H1: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) se relacionan estadísticamente con las variables de TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV).

HIPOTESIS 3. ¿Existe relación entre las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas)?

H0: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas).

H1: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal -BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-

26-) se relacionan estadísticamente con las variables de revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas).

HIPOTESIS 4. ¿Habrán diferencias en las proporciones del IMC entre adolescentes con presencia vs. ausencia de las actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones de IMC que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 5. ¿Habrán diferencias en las proporciones del IMC entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones de IMC que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 6. ¿Habrán diferencias en las proporciones del IMC entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones de IMC que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 7. ¿Habrán diferencias en las variables psicológicas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26) informarán de diferentes niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26).

HIPOTESIS 8. ¿Habrá diferencias en las variables psicológicas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 9. ¿Habrá diferencias en las variables psicológicas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 10. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV entre adolescentes con presencia vs. ausencia de las actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 11. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de las actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 12. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines emitidos de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 13. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 14. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 15. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de información de las secciones de las revistas que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de información de las secciones de las revistas que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 16. ¿Habrá diferencias en las proporciones del uso (entretenimiento o información) de los medios de comunicación entre adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 17. ¿Habrá diferencias en las proporciones del uso (entretenimiento o información) de los medios de comunicación entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 18. ¿Habrá diferencias en las proporciones del uso (entretenimiento o información) de los medios de comunicación entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 19. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 20. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 21. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 22. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición a los programas emitidos en TV entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 23. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición a los programas emitidos en TV entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 24. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición a los programas emitidos en TV entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de frecuencia de exposición a los programas de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de frecuencia de exposición a los programas de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 25. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas a la semana entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 26. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas a la semana entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 27. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas a la semana entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 28. ¿Habrá diferencias en las proporciones del en el nivel de lectura de revistas especializadas entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

HIPOTESIS 29. ¿Habrá diferencias en las proporciones del en el nivel de lectura de revistas especializadas entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin insatisfacción corporal.

HIPOTESIS 30. ¿Habrá diferencias en las proporciones del en el nivel de lectura de revistas especializadas entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin riesgo de TCA.

HIPOTESIS 31. ¿Habrá asociación entre las variables que resultaron significativas en los análisis bivariados (variables independientes) con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente)?.

H0: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente).

H1: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) se asocian estadísticamente con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente).

HIPOTESIS 32. ¿Habrá asociación entre las variables que resultaron significativas en los análisis bivariados (variables independientes) con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente)?.

H0: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente).

H1: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) se asocian estadísticamente con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente).

HIPOTESIS 33. ¿Habrá asociación entre las variables que resultaron significativas en los análisis bivariados (variables independientes) con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente)?.

H0: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente).

H1: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) se asocian estadísticamente con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente).

3. TIPO DE ESTUDIO

Las características de esta investigación que tiene como objetivo instrumental:

“evaluar los efectos de la visión a los medios de comunicación, procesos de comparación durante la visión a los medios de comunicación y objetivos de la visión a los medios de comunicación en chicas. El objeto poblacional está centrado en chicas de tercer y cuarto cursos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO)”.

Para cumplir el objetivo es necesario un diseño que permita un doble nivel de análisis (descriptivo y analítico). En función de los objetivos del presente estudio y del marco teórico de referencia, así como, de los recursos con los que se cuenta, se realiza un diseño de investigación cuyas características se presentan a continuación.

El estudio es, por una parte, de tipo transversal por cuanto que trata de conocer para una población definida que individuos presentan unas influencias de los medios de comunicación determinadas en un tiempo dado. Es un estudio que ofrece un doble nivel de análisis: descriptivo, en relación con las conductas de las personas y que permite formular hipótesis respecto a qué factores explicativos pueden estar más asociados con insatisfacción corporal y síntomas de trastornos alimentarios; y analítico, ya que, permite evaluar las hipótesis formuladas. El presente estudio también es de tipo muestral puesto que estudia chicas de tercer y cuarto cursos de ESO en España, con un tipo de muestreo que se comenta más adelante; así mismo, el hecho de utilizar técnicas cuantitativas permite hablar también de un estudio distributivo.

Los pasos que se han seguido para alcanzar el objetivo propuesto son los siguientes:

1. Diseño y selección de la muestra.
2. Desarrollo de la metodología más adecuada para llevar a cabo la recogida de información.

3. Codificación, supervisión, revisión y depuración de los cuestionarios decepcionados.
4. Grabación y verificación de los datos.
5. Elaboración de los ficheros de datos.
6. Análisis de datos.
7. Redacción del informe de los resultados más destacados obtenidos.

4. DISEÑO MUESTRAL

El diseño muestral está condicionado por la necesidad de garantizar la representatividad de la muestra de la población femenina y masculina escolarizada durante el curso 2004- 2005 en España. Por ello, se lleva a cabo un muestreo conglomerado en dos etapas (Tabla II.1). La unidad de primera etapa son los centros y la de segunda etapa las estudiantes de los mismos.

Tabla II.1. Criterios de etapas y de estratificación.

<i>Etapas</i>	<i>Criterios de estratificación</i>
<i>Unidad de primera etapa:</i> <i>Centros escolares de secundaria</i>	<i>Comunidad autónoma</i>
<i>Unidad de segunda etapa:</i> <i>Estudiantes de los centros</i>	<i>Titularidad del centro</i> (publico vs. privado)

La selección de las unidades muestrales se llevó a cabo mediante muestreo estrictamente aleatorio por aulas. Con este método de selección de las unidades muestrales se asegura que la muestra sea representativa para cada comunidad autónoma. No se recogieron datos en las comunidades autónomas de País Vasco y Cataluña, ya que, era preciso hacer la traducción de los cuestionarios a las lenguas de estas comunidades lo que implicaba una demora del trabajo. Los criterios de estratificación de la muestra son la comunidad autónoma y la titularidad del centro (público vs. privado) (Tabla II.2).

Tabla II.2. Definición de estratos.

Estratos	Comunidad autónoma	Titularidad
Estrato 1	ANDALUCÍA	Centros Públicos
Estrato 2	ANDALUCÍA	Centros Privados
Estrato 3	ARAGÓN	Centros Públicos
Estrato 4	ARAGÓN	Centros Privados
Estrato 5	ASTURIAS	Centros Públicos
Estrato 6	ASTURIAS	Centros Privados
Estrato 7	C. LA MANCHA	Centros Públicos
Estrato 8	C. LA MANCHA	Centros Privados
Estrato 9	C. VALENCIANA	Centros Públicos
Estrato 10	C. VALENCIANA	Centros Privados
Estrato 11	CANARIAS	Centros Públicos
Estrato 12	CANARIAS	Centros Privados
Estrato 13	CANTABRIA	Centros Públicos
Estrato 14	CANTABRIA	Centros Privados
Estrato 15	CASTILLA LEÓN	Centros Públicos
Estrato 16	CASTILLA LEÓN	Centros Privados
Estrato 17	EXTREMADURA	Centros Públicos
Estrato 18	EXTREMADURA	Centros Privados
Estrato 19	GALICIA	Centros Públicos
Estrato 20	GALICIA	Centros Privados
Estrato 21	ISLAS BALEARES	Centros Públicos
Estrato 22	ISLAS BALEARES	Centros Privados
Estrato 23	LA RIOJA	Centros Públicos
Estrato 24	LA RIOJA	Centros Privados
Estrato 25	MADRID	Centros Públicos
Estrato 26	MADRID	Centros Privados
Estrato 27	MURCIA	Centros Públicos
Estrato 28	MURCIA	Centros Privados
Estrato 29	NAVARRA	Centros Públicos

4.1. Ambito geográfico y poblacional

El ámbito geográfico y poblacional se refiere a las chicas adolescentes de 3º y 4º de ESO de 15 Comunidades Autónomas de España. La edad de esta población abarca en su mayor parte un rango de los 14 a los 16 años.

4.2. Tamaño muestral

Con el objetivo de obtener de 600 entrevistas válidas, lo que garantiza un nivel de confianza del 95.5% (dos sigmas), y $p = q$, el error es de $\pm 4.20\%$. Para representar a esta población se admiten finalmente como casos válidos una muestra constituida por 568 chicas estudiantes de ESO. Con el tamaño muestral establecido se espera un error de muestreo final inferior al 5% a un nivel de confianza del 95%. Se planteó una muestra de 30 centros con un rango de 19 a 99 encuestados por Comunidad Autónoma (Tabla II.3).

Tabla II.3. Relación de centros, unidades muestrales y error estadístico según Comunidad Autónoma.

Comunidad Autónoma	Ciudad	Centros	Titularidad del Centro		N Total
			n Público	n Privado	
ANDALUCÍA	CÁDIZ	Argantonio (Privado) I.E.S. COLUMELA (Público)	18	5	23
ARAGÓN	ZARAGOZA	Colegio Lestonac (Privado) Colegio Pedro de Luna (Público)	27	11	38
ASTURIAS	OVIEDO	Colegio Amor de Dios (Privado) IES. Leopoldo Alas Clarín (Público)	26	14	40
C. LA MANCHA	CIUDAD REAL	Colegio Nuestra Señora del Prado (Privado) IES Maestro Juan de Ávila (Público)	36	11	47
C. VALENCIANA	VALENCIA	Colegio Juan Comenius (Privado) El Clot (Público)	30	11	41
CANARIAS	GRAN CANARIA	Colegio San Ignacio de Loyola (Privado) IES Mesa y López (Público)	37	10	47
CANTABRIA	SANTANDER	Salesianos (Privado) IES. Albarto Picó (Público)	34	8	42
CASTILLA LEÓN	SALAMANCA	Colegio Antonio Machado (Privado) IES Federico García Bernalt (Público)	28	12	40
EXTREMADURA	BADAJOS	Santo Angel (Privado) IES SAN FERNANDO (Público)	0	9	9
GALICIA	SANTIAGO	NUESTRA SRA. DOS REMEDIOS (Privado) IES. Arcebispo Xelmírez I (Público)	21	17	38
ISLAS BALEARES	PALMA	Luis Vives (Privado) Instituto Politécnico (Público)	17	15	32
LA RIOJA	LOGROÑO	Colegio Los Salesianos, Los Boxos (Privado) IES Escultor Daniel (Público)	21	7	28
MADRID	MADRID	CC. Presentación de Nuestra Señora (Privado) IES. Joaquín Rodrigo (Público)	29	19	48
MURCIA	MURCIA	Maristas la Merced (Privado) IES. Mariano Baquero (Público)	35	12	47
NAVARRA	PAMPLONA	Colegio Hijas de Jesús (Privado) IES Navarro Villoslada (Público)	25	23	48
TOTAL	15	30	384	184	568

4.3. Selección de los elementos muestrales

La asignación de centros a cada estrato se realizó atendiendo a la variable titularidad del centro, así se elige un centro público y otro privado en cada Comunidad

Autónoma. Esta variable determinó también la proporción final de chicas a entrevistar en los centros públicos y en los privados. La selección de las aulas dentro de cada centro se realizó con probabilidad igual entre el conjunto de aulas de cada centro. Bajo estos supuestos es preciso ponderar los resultados muestrales para poder tratar los datos a nivel de universo. Cada una de las Comunidades Autónomas necesita los coeficientes de ponderación que se presentan en la Tabla II.4.

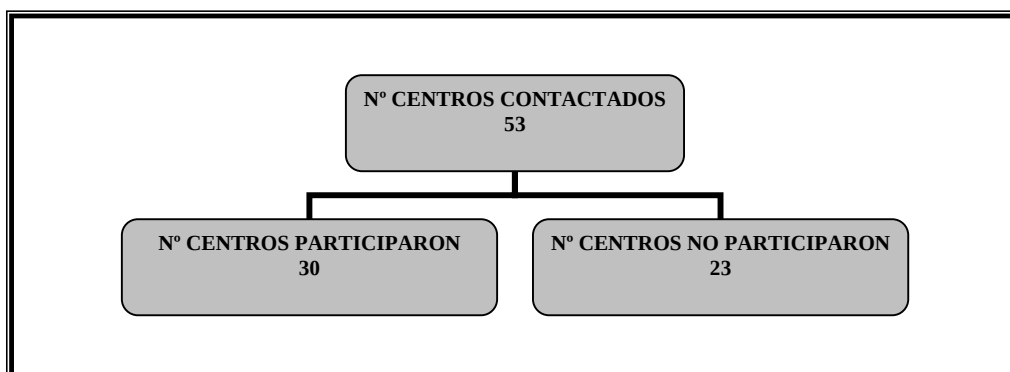
Tabla II.4. Coeficientes de ponderación aplicados para el tratamiento conjunto de la información.

Comunidad Autónoma	Ciudad	n	Coef	n pond
ANDALUCÍA	CÁDIZ	23	6.3351008	146
ARAGÓN	ZARAGOZA	38	0.4763372	18
ASTURIAS	OVIEDO	40	0.3493432	14
C. LA MANCHA	CIUDAD REAL	47	0.6836397	32
C. VALENCIANA	VALENCIA	41	1.7495999	72
CANARIAS	GRAN CANARIA	47	0.7278108	34
CANTABRIA	SANTANDER	42	0.1926605	8
CASTILLA LEÓN	SALAMANCA	40	0.9342073	37
EXTREMADURA	BADAJOS	9	2.2090842	20
GALICIA	SANTIAGO	38	1.0725718	41
ISLAS BALEARES	PALMA	32	0.4682357	15
LA RIOJA	LOGROÑO	28	0.1537579	4
MADRID	MADRID	48	1.9611088	94
MURCIA	MURCIA	47	0.5101493	24
NAVARRA	PAMPLONA	48	0.1801634	9
TOTAL	15	568		568

4.4. Descripción de la muestra y tasas de respuesta

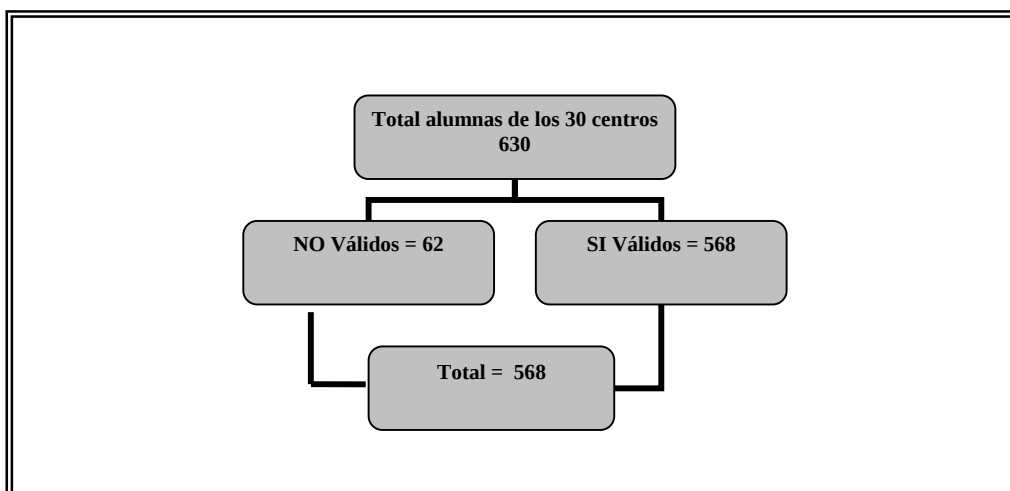
El estudio se ha desarrollado en 30 centros escolares de 15 Comunidades Autónomas de ESO. El 56.60% del total participaron. (Figura II.1).

Figura II.1. Centros escolares contactados.



En los 30 centros finalmente seleccionados se aplicaron un total de 630 cuestionarios entre alumnas de ESO. De estos cuestionarios 568 fueron finalmente validados, el 90.16% total administrado (Figura II.2).

Figura II.2. Cuestionarios válidos de alumnas.



Por un lado, como es evidente, no se realizó la encuesta a alumnas ausentes, aquellas de baja en el colegio o aquellas que se negaron a realizarla; por otro lado, de los 630 cuestionarios recogidos una mínima parte presentaban lagunas importantes de respuesta o secuencias de respuestas irregulares, por lo que fueron eliminados (ver Tabla II.5).

Tabla II.5. Causas de exclusión.

Causas exclusión	Alumnas	%
Cadencias graves en el cuestionario	10	16.12
Incoherencias graves en el cuestionario	13	20.97
Alumnos de 1º de ESO	13	20.97
Alumnos de 2º de ESO	26	41.94
TOTAL	62	100

El 94.2% del total que participaron tenían entre 14 y 16 años. Las chicas tienen una edad media de 14.81 años ($S_x = 0.87$). Los 568 cuestionarios que componen la muestra válida final presentan características de edad que se resumen a continuación en la Tabla II.6:

Tabla II.6. Distribución según edad de las encuestas válidas.

Edad	Recuento	% columna
13	3	0.5
14	231	40.7
15	237	41.7
16	67	11.8
17	26	4.6
18	4	0.7
Total	568	100.0

5. FECHA DE EJECUCION

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2004 y enero de 2005.

6. TRABAJO DE CAMPO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

6.1. *Contacto con los centros*

Una vez seleccionados los centros escolares se les remitió por correo la solicitud de participación junto con un resumen del estudio y los pasos a seguir en el centro en el caso de participar. Posteriormente se han mantenido reuniones con los directores de cada centro para fijar las fechas y detalles organizativos.

6.2. Implementación de los cuestionarios

A los sujetos se les aplicaron las pruebas durante sus horas de clase. Se presentaron cada uno de los cuestionarios ordenados consecutivamente. Cada prueba tenía su propia consigna. El/la encuestador/a resolvió las posibles dudas que se pudieran presentar durante la presentación de los cuestionarios. La duración de la implementación de las encuestas para cada aula osciló entre 50 y 60 minutos.

6.3. Pre- test

Con la intención de realizar un pretest “Obradoiro de Socioloxia” pasó en 5 aulas de 1º a 4º de la ESO para evaluar las dudas e incidencias que se podían plantear con la encuesta elaborada. Tras la realización de este pretest, tal y como, se había postulado se encontró que los alumnos de 1º y 2º curso de ESO tardaban más tiempo y tenían más dificultades en la comprensión de las preguntas del cuestionario. Tal y como se ha postulado en el planteamiento del problema se pasan el resto de las encuestas solo en 3º y 4º de ESO (Tabla II.7).

Tabla II.7. Distribución según curso de las encuestadas válidas.

Curso	Recuento	% columna
3º E.S.O.	344	60.6
4º E.S.O.	224	39.4
Total	568	100.0

6.4. Control de Variables Extrañas

A pesar de las limitaciones espacio- temporales se ha intentado efectuar un control de las variables lo más riguroso posible:

- Los cuestionarios que se presentaron fueron los mismos para todos los sujetos.

- El tiempo para realizar las pruebas fue el mismo con un pequeño rango de 10 minutos.
- Todos los sujetos completaron la prueba en su aula y en presencia del/la encuestador/a.
- Las consignas fueron las mismas para todos los grupos y se intentó crear un clima similar.
- A los sujetos se les presentó la posibilidad de plantear sus dudas al/la encuestador/a.
- Todos los sujetos fueron voluntarios y se les garantizó el anonimato de sus resultados individuales.
- Se procuró mantener el mismo grado de motivación de los sujetos en todos los grupos para la realización de las pruebas.

6.5. Instrumentos

El cuestionario presentó en la primera hoja la identificación de la Comunidad Autónoma, Nombre del Centro, Curso y Número de Cuestionario.

C.A	Centro	Curso	Nº Cuestionario

La encuesta estuvo formada por 9 cuestionarios presentados en orden consecutivo (Anexo I): Cuestionario Sociodemográfico (Cuestionario A), Cuestionario Sociomediático (Cuestionario B), Physical Appearance Comparison Scale (PACS; Thompson, Heinberg y Tantleff, 1991) (Cuestionario C); Objetified Body Consciousness Scale (OBCS; McKinley y Hyde, 1996) (Cuestionario D); Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire- Review (SATAQ-R; Cusumano y Thompson, 1997) (Cuestionario E); Self- Esteem Scale (SES; Rosenberg, 1965) (Cuestionario F); Body Dissatisfaction (BD- Eating Disorder Inventory, EDI-2; Garner, 1998) (Cuestionario G); Eating Attitudes Test- 26 (EAT- 26; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) (Cuestionario H). Los procedimientos de puntuación son específicos de cada cuestionario.

6.5.1. Cuestionario Sociodemográfico

Se preguntó la edad. Se incluyeron cuestiones sobre la altura y peso actual. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet (Peso en kg/ estatura en metros³) y se categorizó este dato según la OMS (WHO, 1995) como: bajo peso (IMC<20); peso normal (≥ 20 -25) y sobrepeso (≥ 25).

6.5.2. Cuestionario Sociomediático

Se trata de un cuestionario elaborado “ad hoc” para este estudio. Para su elaboración se han realizado revisiones de artículos internacionales, así como, de datos y estadísticas sobre los medios de comunicación en España. El cuestionario tenía como objetivo obtener información sobre el consumo mediático y datos cuantitativos del uso de los medios de comunicación (televisión y revistas) de las adolescentes.

Las cuestiones recogidas aportan información que permite describir los usos que las adolescentes hacen de los medios de comunicación e información que se relaciona con las actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA en los análisis estadísticos.

6.5.2.1. Usos televisión y revistas

Para examinar los usos de la televisión las participantes valoraron ¿Qué importancia tenía la televisión y las revistas como medio de entretenimiento? y ¿Qué importancia tenía la televisión y las revistas como medio de información?. Para ambas preguntas se utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango de 1 “muy importante” a 5 “nada importante”.

6.5.2.2. Frecuencia visión de la televisión

Para categorizar el **tipo de programa** se utilizó la clasificación de Palacios (2004): Comedias de situación (1), Telenovelas o soap operas (2), Series dramáticas (3), Dramedias (4), Animación- Dibujos animados (5), Otras Series (6), Películas (7), Magazines (8), Concursos de Conocimientos (9), Concursos de Habilidades (10), Concursos de Actuaciones (11), Galas- espectáculos (12), Reality shows de Reality Magazine (13), Reality Shows de Magazine Famosos (14), Reality Shows de Concurso (15), Deportes (16), Programas musicales de Conciertos (17), Programas musicales de Música en plato (18), Programas musicales de video clips (19), Informativos (20), Documentales (21), y Otros (22). Se escribieron varios ejemplos de programas que estaban siendo emitidos en esos momentos en la programación de cadenas televisivas de ámbito nacional y autonómico. También se describieron brevemente cada programa. Esto permitió que las encuestadas comprendieran la distinción de las categorías.

La **cantidad de tiempo de visión de televisión de cada una de las 22 categorías** a la semana se evaluaron a través de las nueve alternativas de respuesta que emplearon McCreary y Sadava (1999): *no he visto* (0), *menos de 1h* (1), *1 a 3 horas* (2), *4 a 6 horas* (3), *7 a 9 horas* (4), *10 a 12 horas* (5), *13 a 15 horas* (6) *16 a 18 horas* (7) y *más de 18 horas* (8). También se informó del tiempo total de visión de televisión durante la semana y el fin de semana con la misma escala de respuesta.

Según el sondeo de la Agrupación de Telespectadores y Radioyentes, 1999¹ los adolescentes españoles entre 14 y 18 años pasan una media diaria de dos horas delante del televisor entre semana y de 220 minutos los fines de semana. Estos datos han sido tenidos en cuenta para categorizar la frecuencia de cada una de las variables anteriores en nivel de frecuencia baja, moderada y alta. Así:

- Teniendo en cuenta que entre semana ven unas 10 horas de TV se recategorizó el **nivel de visión de TV durante la semana**:
 1. *Nivel bajo*: menor o igual a 9 horas (1).
 2. *Nivel moderado*: 10 a 12 horas (2).
 3. *Nivel alto*: mayor o igual a 13 horas (3).

- Durante el fin de semana aproximadamente ven la TV unas 7 horas por lo que se recategorizó el **nivel de visión de TV el fin de semana**:

¹ Fuente ABC: 20/1/2000

1. *Nivel bajo*: menor o igual a 6 horas (1).
 2. *Nivel moderado*: 7 a 9 horas (2).
 3. *Nivel alto*: mayor o igual a 10 horas (3).
- Aproximadamente se visiona al día casi 3 horas de TV, así, se consideró para cada programa de TV el **nivel visión de los programas de TV a la semana**:
 1. *Nivel bajo*: menor o igual a 3 horas semanales (1).
 2. *Nivel moderado*: de 4 a 9 horas semanales (2).
 3. *Nivel alto*: mayor o igual a 10 horas semanales (3).

6.5.2.3. Frecuencia Lectura Revistas Especializadas

Se utilizaron las categorías de Oficina para la Justificación de la Difusión (OJD) para categorizar el **tipo de revistas especializadas** que leyeron. En este caso las revistas femeninas se dividieron en revistas magazines y en revistas del corazón. La clasificación fue la siguiente: Cine, vídeo y fotografía (1), Deportes y ocio (2), Estilos de vida (3), Magazines (4), Revistas del Corazón (5), Informática, Internet y telecomunicaciones (6), Motor (7), Musicales (8), Satíricas (9) y Salud (10). Para cada una de las 10 categorías se escribieron como ejemplos las revistas especializadas semanales, quincenales y mensuales de tirada nacional con promedio de difusión superior a los 30.000 ejemplares, publicadas en Internet por OJB de Enero del 2002 a Diciembre del 2003.

Las encuestadas informaron del tiempo de lectura de cada una de estas 10 categorías de revistas especializadas a la semana. A pesar de que el tiempo que las adolescentes invierten en la lectura de revistas es mucho menor que en la visión de la TV se utilizó (al igual que en el apartado anterior) la opciones de respuesta de McCreary y Sadava (1999): *menos de 1h (0), 1 a 3 horas (1), 4 a 6 horas (2), 7 a 9 horas (3), 10 a 12 horas (4), 13 a 15 horas (5) 16 a 18 horas (6), más de 18 horas (7) y no he leído (9)*. También se informó del tiempo total de lectura de revistas durante la semana y el fin de semana con la misma escala de respuesta.

Se ha revisado la investigación del CIDE (Centro de investigación y documentación educativa, 2002), promovida por el Ministerio de Cultura, que analiza

los hábitos de la lectura de un grupo de jóvenes de edad comprendida entre los 15 y 16 años. Se ha tenido en cuenta que casi el 40% de los adolescentes leen revistas de 1 a 3 horas a la semana para recategorizar cada una de las variables anteriores sobre lectura de revistas.

- Para contabilizar el tiempo total de lectura de revista a la semana se sumó la cantidad de tiempo que se leyeron durante la semana y el fin de semana. Se consideró como **nivel lectura revistas a la semana**:
 1. *Nivel bajo*: menor igual a una hora semanal (1).
 2. *Nivel moderado*: 1 a 3 horas (2).
 3. *Nivel alto*: mayor o igual a 3 horas (3).

- La **nivel de lectura de revistas especializadas a la semana** se categorizó:
 1. *Nivel bajo*: 0 horas semanales (1).
 2. *Nivel moderado*: menor una hora semanal (2).
 3. *Nivel alto*: mayor o igual a 1 hora semanal (3).

6.5.2.4. *Frecuencia visión y lectura de información en secciones de los magazines de TV y las revistas*

Para examinar los intereses se evaluó la frecuencia con que solían ver en televisión y leer en las revistas las secciones de información sobre: belleza, deporte, dietas, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad. Para ambas preguntas se utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos, con un rango de 1 “nunca” a 5 “siempre”.

6.5.3. Cuestionarios de TCA

6.5.3.1. *Physical Appearance Comparison Scale (PACS)*

El PACS (Thompson, Heinberg y Tantleff 1991) se trata de una escala breve (5 ítems) que evalúa el grado en que los individuos tienden a comparar su apariencia con la de los otros (Ej.: “Tiendo a comparar mi figura con la figura de los demás en situaciones sociales”). Las opciones de respuesta se presentan en una escala tipo Likert de 5 puntos de “Nunca” (1) a “Siempre” (5). Las variables se hallan por medio de la media de los

ítems, recodificando el ítem inverso previamente (4). Las puntuaciones altas en este instrumento han mostrado una fuerte correlación con insatisfacción corporal y desórdenes alimentarios.

6.5.3.2. *Objectified Body Consciousness Scale (OBCS)*

McKinley (1995) y McKinley y Hyde (1996) desarrollaron el Objectified Body Consciousness Scale (OBCS) utilizando la teoría feminista con respecto a la construcción social del cuerpo de la mujer, ofreciendo una evaluación multifacética de la imagen corporal desde este modelo. Esta escala está basada en la asunción de que la mujer varía en la tendencia de ver su cuerpo como objeto (McKinley y Hyde, 1996). Basándose en las teorías de la conciencia del cuerpo objetivado y las experiencias de chicas estudiantes, elaboraron 24 ítems que miden la conciencia corporal objetivada. Consta de tres subescalas: Visión Corporal Como Observador Externo (ítems 4, 6, 10, 12, 19, 21, 23 y 24), Sentimiento de Culpa (ítems 2, 5, 8, 11, 13, 15, 17 y 22) y Creencias de Control de la Apariencia (ítems 1, 3, 7, 9, 14, 16, 18 y 20). Las opciones de respuesta se presentan en una escala de respuesta tipo Likert de 8 puntos de “*Totalmente desacuerdo*” (1) a “*Totalmente de acuerdo*” (7). La subescala de sentimiento de culpa presenta una alternativa de respuesta más “*No aplicable*” (Na). Las puntuaciones de cada una de las tres subescala se halla por medio de la media de sus ítems, recodificando los ítems inversos previamente (1, 3, 4, 7, 9, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21 y 24).

Los ítems propuestos se presentaron a 121 chicas estudiantes y el análisis factorial encontró las tres subescalas que se habían predicho. La consistencia interna de la OBCS fue moderadamente alta: Subescala de Visión Corporal Como Observador Externo, .89; Subescala de Sentimiento de Culpa, .75; Subescala de Control de la Apariencia, .72. Las primeras dos subescalas correlacionaron negativamente de forma significativa con la estima corporal. En un segundo estudio, los investigadores validaron el uso de la escala con población de mediana edad; en un tercer estudio, cross- validaron los factores hallados y demostraron validez convergente con medidas de imagen corporal, desórdenes alimentarios y autoconciencia corporal pública (McKinley y Hyde, 1996). El OBCS se ha utilizado recientemente en dos estudios que examinaron su utilidad para hombres y examinaron cuestiones de la imagen corporal madre- hija (McKinley, 1997, 1998).

6.5.3.3. *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire- Review (SATAQ-R)*

Este cuestionario fue desarrollado para evaluar el conocimiento de las mujeres y aceptaciones de los estándares socioculturales sancionadores de delgadez y atractivo (Heinberg, Thompson y Stormer, 1995). Se utilizó la revisión de Cusumano y Thompson (1997).

Consta de dos subescalas que miden el *conocimiento* e *interiorización* de los estándares socioculturales de apariencia mediante 21 ítems. Las opciones de respuesta se presentan en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos de “*Totalmente en desacuerdo*” (1) a “*Totalmente de acuerdo*” (5).

Las dos subescalas convergen con otras medidas de imagen corporal y desórdenes alimentarios. De cualquier manera los análisis de regresión indican que las subescalas de interiorización predicen significativamente las alteraciones de la imagen corporal y los comportamientos alimentarios desordenados (Heinberg, Thompson y Stormer, 1995). La consistencia interna para la subescala de conocimiento fue .71 y para la subescala de interiorización de .88 en una muestra de 344 universitarias.

La escala revisada (Cusumano y Thompson, 1997) consta de 11 ítems para la subescala de *conocimiento* (2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18 y 19) y 10 ítems para la subescala de *interiorización* (1, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 17, 20 y 21). Las variables se hallan por la media de los ítems de cada subescala, recodificando los ítems inversos previamente (4, 6, 12, 17 y 21). La consistencia interna para la subescala de conocimiento fue .83 y para la subescala de interiorización de .89 en una muestra de 175 universitarias.

6.5.3.4. *Body Dissatisfaction (BD- Eating Disorder Inventory, EDI-2)*

La subescala del EDI- 2 (Garner, 1998) consta de 9 ítems que miden la satisfacción corporal. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala tipo Likert de 1 a 6 (1= *Nunca*; 2= *Pocas Veces*; 3= *A Veces*; 4= *A Menudo*; 5= *Casi Siempre*; 6= *Siempre*). Las respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de 0 a 3. Se da un 3 a las respuestas extremas en la dirección de la variable insatisfacción corporal (“siempre” o “nunca” según que el elemento este redactado en sentido positivo o negativo en

relación con lo que evalúa la variable). Se asigna 2 puntos a la respuesta inmediatamente adyacente y 1 punto a la siguiente. Las 3 opciones más alejadas o asintomáticas reciben 0 puntos. Garner, Olmsted y Polivy diseñaron en 1983, el cual fue ampliado en posteriores investigaciones. La consistencia interna de esta subescala con muestras de anorexia es de .90 y con mujeres control .91 (Garner, Olmsted y Polivy, 1983). En España se adaptó en 1987 y desde 1998 se dispone de una versión del EDI-2 (Garner, 1998). Esta subescala fue diseñada para mujeres.

Ante la frecuencia de uso de esta subescala sin aplicar el resto del EDI-2 Baile, Raich y Garrido (2003) analizaron si la forma de administrar la subescala de evaluación de la BD, procedente del EDI- 2 afecta a la tendencia de respuesta en chicos/ as entre 14 y 17 años. Concluyeron que la forma de administración de la subescala (sola, con el EDI- 2 o con el EAT- 40) no proporcionó valores de BD significativamente diferentes; además, las chicas mostraron mayor insatisfacción corporal que los chicos.

6.5.3.5. *Eating Attitudes Test- 26 (EAT- 26)*

El EAT- 40 (Garner y Garfinkel, 1979) se trata de un cuestionario de 40 preguntas diseñado para evaluar actitudes patológicas hacia la comida. Ha mostrado buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez y adecuada sensibilidad y especificidad de cribado para seleccionar la población entre caso de TCA y población normal. Es uno de los cuestionarios mas utilizados habiéndose documentado su uso en gran número de países y culturas, básicamente para seleccionar población de riesgo en estudios de doble fase, bien para estimar prevalencias o en estudios de intervención (Garfinkel y Newman, 2001).

Mediante el análisis factorial EAT- 40 se desarrolló la versión de 26 ítems (Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) que presenta una correlación de 0.98 con la versión de 40 ítems. Consta de tres escalas: *Dieta* (conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez) (ítems 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25) *Bulimia y Preocupación por la comida* (conductas bulímicas- atracones y vómitos- y pernsamientos acerca de la comida) (ítems 3, 4, 9, 18, 21 y 26) y *Control Oral* (autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso) (ítems 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20).

Cada uno de los 26 ítems se puntúa en una escala tipo Likert de 1 a 6 (1=*Nunca*; 2= *Pocas Veces*; 3= *A Veces*; 4= *A Menudo*; 5= *Casi Siempre*; 6= *Siempre*). Las

respuestas dadas a cada elemento pueden puntuar de 0 a 3 y se da un 3 a las respuestas extremas en la dirección sintomática (“siempre” o “nunca” según que el elemento este redactado en sentido positivo o negativo en relación con lo que evalúa la variable). Se asigna 2 puntos a la respuesta inmediatamente adyacente y 1 punto a la siguiente. Las tres opciones más alejadas o asintomáticas reciben 0 puntos. El rango de puntuación oscila de 0 a 78. Puntuación de punto de corte= 20.

Gandarillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2003) han llevado a cabo la validación española de este cuestionario de cribado en un medio comunitario en población femenina escolarizada. El cuestionario ha mostrado similares propiedades psicométricas a las descritas por sus autores, presentando globalmente adecuada validez de constructo y consistencia interna. También ha mostrado aceptables coeficientes de validez para el uso como instrumento de cribado de TCA para diferenciar caso y población de riesgo de población normal.

6.5.3.6. *Self- Esteem Scale (SES)*

Esta escala elaborada por Rosenberg (1965) evalúa el nivel de autoaceptación. Consta de 10 ítems (ej- “Siento que tengo un nº de buenas cualidades”) con una escala de respuesta tipo Likert (ver Anexo). Se indica el grado de acuerdo de cada ítem de 1 a 4, indicando 1 “fuertemente de acuerdo” y 4 “fuertemente desacuerdo”. Para puntuar los ítems se asigna un valor a cada respuesta. Para los ítems 1, 2, 4, 6 y 7, “fuertemente acuerdo” recibe el valor de 3 y “fuertemente desacuerdo” recibe el valor de 0. Los ítems 3, 5, 8, 9 y 10 se puntúan al revés, “fuertemente de acuerdo” con el valor de 0 y “fuertemente desacuerdo” con el valor de 3. La puntuación total oscila de 0 a 30; una menor puntuación indica baja autoestima.

Se trata de una de las escalas más utilizadas de autoestima en el estudio de las ciencias sociales. Presenta alta fiabilidad. Los rangos de correlación test-retest van desde .82 a .88 y el alpha de Cronbach de varias muestras oscila en un rango de .77 a .88 (Blascovich y Tomaka, 1993). Se ha informado una consistencia interna de .93 (Mendelson, aclaren, Gauvin y Steiger, 2002). Griffiths et al. (1999) miden la autoestima en pacientes que llevan a cabo dietas con distintos tipos de trastornos de la conducta alimentaria. No encuentran diferencias entre los diferentes grupos de trastornos alimentarios, esta escala de autoestima mostró validez convergente por lo que

resulta una medida adecuada para el uso con poblaciones con desórdenes alimentarios que lleven a cabo dietas.

7. ELECCION PUNTOS CORTE

7.1. Punto corte actitudes patológicas hacia la comida (EAT- 26)

El punto de corte del EAT-26 como cuestionario de cribado de TCA utilizado con mayor frecuencia es 20. Sin embargo, se ha tenido en cuenta la información sobre distribución de frecuencias de puntuaciones en población sana y enferma de los puntos de corte del EAT- 26 en la validación española de este cuestionario según Gandarillas et al. (2003). Estos autores proponen como punto de corte óptimo 10, ya que, la sensibilidad del cuestionario es del 59% en la puntuación de corte de 20, mientras que pasa a ser 89,7% en la puntuación de corte de 10. Se adopta, por tanto, el punto de corte que se propone en la validación española, ya que, la muestra de estos autores se aproxima más a las características de nuestra muestra. Así, mientras que Garner validó este cuestionario con una muestra de pacientes anoréxicas y un grupo de universitarias como grupo control; Gandarillas et al. (2003) validaron el instrumento con población de adolescentes escolares y con diferentes TCA. Igualmente Castro et al. (1991) también habían indicado como mejor punto de corte 20 frente a 30 al validar la versión española del EAT-40. Por lo tanto, se categorizan las puntuaciones del EAT- 26 como:

- Ausencia riesgo EAT- 26: Menor 10.
- Presencia riesgo EAT- 26: Mayor igual a 10.

7.2. Punto corte insatisfacción corporal (BD)

Debido a que se acepta la utilización de valores de los grupos sanos de control (Eisele, Hertsgaard y Light, 1986; Shore y Porter, 1990) se toma como punto de corte óptimo de BD del EDI-2 es ≥ 9.3 (Garner, 1998 recogido en FAES). De esta forma se categorizan las puntuaciones obtenidas en BD como:

- Ausencia riesgo BD: Menor 9.3.
- Presencia riesgo BD: Mayor igual a 9.3.

7.3. Población riesgo TCA

Se define como población con presencia de riesgo de TCA aquellas encuestadas que obtienen puntuación ≥ 10 en el EAT- 26 y BD ≥ 9.3 ; mientras que se clasifica a las encuestadas en ausencia de riesgo de TCA en las demás combinaciones de ambas variables. Así se obtiene la siguiente variable dicotómica:

- Ausencia riesgo TCA.
- Presencia riesgo TCA.

8. VARIABLES INCLUÍDAS EN LA INVESTIGACION

8.1. Variable Sociodemográfica

- ♦ IMC. Variable nominal: (1) *Bajo peso*, (2) *Peso normal* y (3) *Sobrepeso*.

8.2. Variables Medios Comunicación

- ♦ Frecuencia visión información secciones magazines TV y revistas. Ocho variables con escala de cinco puntos para indicar la frecuencia, incluyendo desde: (1) *Nunca* hasta (5) *Siempre*.
 - Belleza
 - Deporte
 - Dieta
 - Ejercicio físico
 - Música
 - Moda
 - Salud
 - Sexualidad
- ♦ Uso de medios de comunicación (TV y revistas). Cuatro variables con escala de cinco puntos para indicar el grado de importancia, incluyendo desde: (1) *Muy importante* hasta (5) *Nada importante*.
 - ¿Qué importancia tiene para ti la televisión como un medio de entretenimiento?
 - ¿Qué importancia tiene para ti la televisión como un medio de información?
 - ¿Qué importancia tienen para ti las revistas como un medio de entretenimiento?

- ¿Qué importancia tienen para ti las revistas como un medio de información?

- ♦ Nivel de frecuencia visión televisión durante la semana y el fin de semana. Dos variables nominales: (1) *Bajo*, (2) *Moderado* y (3) *Alto*.
 - Visión TV semana
 - Visión TV fin semana

- ♦ Nivel de visión programas televisión. Veintidós variables nominales: (1) *Bajo*, (2) *Moderado* y (3) *Alto*.
 - Comedias
 - Telenovelas
 - Dramáticas
 - Dramedias
 - Animación
 - Otras series
 - Películas
 - Magazines
 - Conocimientos
 - Habilidades
 - Actuaciones
 - Galas y variedades
 - RS Magazines
 - RSM Famosos
 - RS Concurso
 - Deportes
 - Conciertos
 - Música Plató
 - Vídeo Clips
 - Informativos
 - Documentales
 - Otras

- ♦ Nivel de lectura revistas durante semana. Una variable nominal: (1) *Bajo*, (2) *Moderado* y (3) *Alto*.
 - Frecuencia lectura revistas semana

- ♦ Nivel de lectura revistas especializadas durante semana. Diez variables nominales: (1) *Bajo*, (2) *Moderado* y (3) *Alto*.
 - Cine, vídeo y fotografía

- Deportes y ocio
- Estilos de vida
- Magazines
- Revistas corazón
- Informática, internet y telecomunicaciones
- Motor
- Musicales
- Satíricas
- Salud
- Otras

8.3. Variables Psicológicas

- ♦ Comparación de apariencia física. Puntuación escala PACS.
- ♦ Conciencia corporal objetivada. Puntuación escala OBCS.
 - Visión corporal como observador externo (VCOE)
 - Sentimiento de culpa (SC)
 - Creencias de control de la apariencia (CCA)
- ♦ Actitudes socioculturales hacia la apariencia. Puntuación escala SATAQ-R.
 - Conocimiento (C)
 - Interiorización (I)
- ♦ Autoestima. Puntuación escala SES.

8.4. Imagen Corporal y desórdenes alimentarios

- ♦ Insatisfacción corporal (BD). Una variable nominal: (1) *Ausencia* y (2) *Presencia*.
- ♦ Actitudes patológicas hacia la comida (EAT- 26). Una variable nominal: (1) *Ausencia* y (2) *Presencia*.
- ♦ Riesgo TCA. Una variable nominal: (1) *Ausencia* y (2) *Presencia*.

9. METODO DE VALIDACION

Se analiza la validez de constructo de los siguientes cuestionarios: PACS, OBCS, SATAQ-R y EAT-26 mediante análisis factorial. Previamente se estudió la adecuación de los datos al análisis factorial mediante las pruebas estadísticas: test de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser- Meyer- Olkin. La extracción de factores se realizó mediante análisis de componentes principales sin rotar (PACS) y rotación varimax (OBCS, SATAQ-R y EAT-26) para facilitar la interpretación de los resultados. Para determinar el número de factores máximo a extraer se consideró el criterio de su autoevaluator mayor de la unidad. La fiabilidad se ha estudiado en todos los cuestionarios mediante alfa de Cronbach.

10. ANALISIS ESTADISTICOS

Se llevaron a cabo diferentes tipos de análisis de datos para responder las hipótesis que objeto de estudio. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS versión 10 para Windows. Se calculó la prevalencia de población con actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

En el análisis bivariado se realizaron en primer lugar los coeficientes de correlación de Pearson para estudiar las relaciones entre las variables psicológicas- de insatisfacción corporal y actitudes patológicas hacia la comida con el índice de masa corporal y las variables de medios de comunicación.

A continuación se calcularon por separado los estadísticos para el grupo con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA. El análisis bivariado se desarrolló con estadísticos sobre diferencia de medias para muestras independientes en las variables cuantitativas y diferencia de distribución en las variables cualitativas (intervalo de confianza del 95% y alfa de 0.05) para rechazar la hipótesis nula de modo que se concluya la hipótesis alternativa. Se utilizó para ello la distribución T-student (variables cuantitativas) y Chi- cuadrado (variables cualitativas). Los residuos tipificados corregidos nos permitió interpretar de forma precisa la relación existente entre cada una de las variables en los análisis de distribución de las variables cualitativas.

Se realizó un análisis multivariado de regresión logística binaria en el cual se incluyeron todas aquellas variables asociadas a la presencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA resultantes del análisis bivariado. El modelo contiene la prueba de bondad de ajuste la cual fue considerada como significativa con una $p < 0.05$.

III. RESULTADOS

1. ANALISIS VALIDEZ

1.1. Análisis Factorial

Los análisis factoriales realizados a las escalas han servido para analizar la validez de las mismas. En primer lugar, se han llevado a cabo pruebas estadísticas (Test de Esfericidad de Bartlett y Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer- Olkin) que basadas en el examen de la matriz de correlaciones de los ítems de cada cuestionario, indican si los datos son adecuados para el análisis factorial. Se recurrió a los análisis factoriales de componentes principales sin rotar en el PACS; y de análisis factoriales de componentes principales confirmatorios con rotación varimax, para comprobar la validez de los constructos que miden las siguientes escalas: OBCS, SATAQ-R y EAT-26. El objetivo es cotejar con la bibliografía de los propios autores de las escalas si la composición de los factores se mantenía.

1.1.1. PACS

El análisis factorial es una técnica pertinente para analizar esas variables (Ver Tabla III.1), ya que, la medida de adecuación muestral KMO está por encima de 0.6. De la misma manera la prueba de esfericidad resultó significativa ($p < 0.05$).

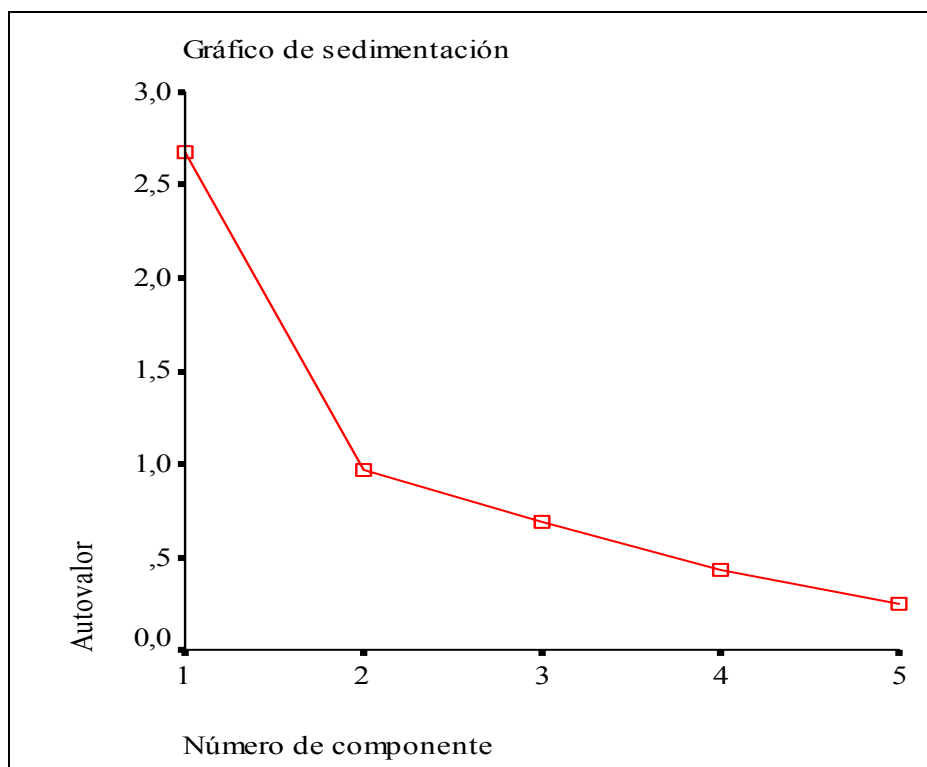
Tabla III.1. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el PACS.

1.- Test de Esfericidad de Bartlett, Chi- Cuadrado= 933.463, SIG.= 0.000
3.- Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer-Olkin= 0. 770

1.1.1.2. Extracción factores

El análisis factorial exploratorio sin obligar a que converja en un número determinado de factores, extrae un componente con autovalor mayor a la unidad (Gráfico III.1), que explica el 53.56 % de la variabilidad total.

Gráfico III.1. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del PACS.



La Tabla III.2 muestra la matriz de componentes extraídos del PACS. El análisis factorial exploratorio sin rotar extrae un componente en el que todos los ítems, salvo el 4, presentan saturación en el factor, con alta ponderación en el mismo.

Tabla III.2. Matriz de componentes extraídos de PACS.

	Componente
	1
1. En las fiestas u otros eventos sociales comparo mi apariencia física con la apariencia física de otras personas	,880
2. La mejor forma de que la gente sepa si esta en sobrepeso o en bajo peso es comparar su figura con la figura de los otros	,641
3. En las fiestas u otros eventos sociales comparo como voy vestida con como van vestidas las otras personas	,808
4. Comparar tu aspecto físico con el aspecto físico de otras personas es una mala forma de saber si eres atractiva o si no eres atractiva	,280
5. En las situaciones sociales, a veces comparo mi figura con la figura de otra gente	,873

Método de extracción: Análisis de componentes principales. a 1 componentes extraídos

1.1.2. OBCS

La matriz de componentes rotados de extracción de factores de la Escala de Conciencia Corporal Objetivada (OBCS) indica las tres subescalas a las que pertenece cada ítem en el cuestionario original: VCOE= Visión Corporal Como Observador Externo, SC= Sentimiento de Culpa, CCA= Creencias Control Apariencia. Todos los ítems, salvo el 4, 10 y 23 presentan saturación en algún factor, con alta ponderación en el mismo y baja en los demás. También se realizaron los análisis factoriales de componentes principales con los ítems a los que pertenece cada subescala. Encontrando que las preguntas número 6 (“Gran parte del estar en forma es tener ese tipo de cuerpo en primer lugar”), número 10 (“Pienso que una persona puede tener básicamente el aspecto que desea si está dispuesta a trabajar en ello”) y número 23 (“Puedo pesar lo que debo cuando lo intento con suficiente empeño”) de VCOE no presentan saturación en este componente. Además, se encontraron mejores resultados de la fiabilidad de la escala (0.69 frente a 0.67) y la subescala (0.60 frente a 0.40) y la varianza explicada de la escala (37.82 frente a 33.71) y de la subescala (39.96 frente a 25.58) cuando se eliminan estos ítems. Por todo ello, se eliminaron del cuestionario para llevar a cabo el cálculo de las subescalas para los análisis estadísticos. Así que, se repitieron nuevamente todos los análisis factoriales una vez eliminados los tres ítems y se presentan a continuación los resultados obtenidos.

El análisis factorial es una técnica pertinente para analizar esas variables una vez eliminados los tres ítems (Ver Tabla III.3), ya que, la medida de adecuación muestral KMO está por encima de 0.6. De la misma manera la prueba de esfericidad resultó significativa ($p < 0.05$).

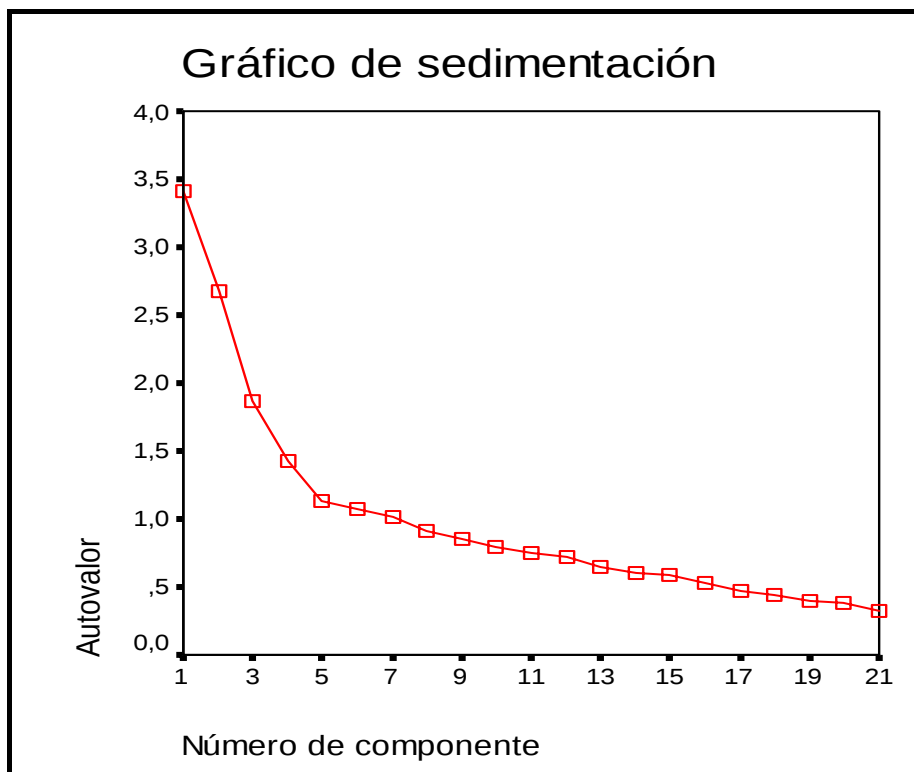
Tabla III.3. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el OBCS.

1.- Test de Esfericidad de Bartlett, Chi- Cuadrado= 1949.567, SIG.= 0.000
2.- Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer-Olkin= 0.736

1.1.2.2.Extracción factores

El análisis factorial exploratorio sin obligar a que converja en un número determinado de factores, extrae siete componentes con autovalor mayor a la unidad (Gráfico III.2), que explican el 59.93 % de la variabilidad total. Cuando se realizan análisis para que converja en tres factores, estos coinciden con las tres escalas y explican el 37.82 % de la variabilidad total.

Gráfico III.2. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del OBCS.



En la Tabla III.4 que muestra la matriz de componentes rotados de extracción de factores de la Escala de Conciencia Corporal Objetivada (OBCS). Se indican las tres subescalas a las que pertenece cada ítem en el cuestionario original: VCOE= Visión Corporal Como Observador Externo, SC= Sentimiento de Culpa, CCA= Creencias Control Apariencia. Todos los ítems presentan saturación en algún factor, con alta ponderación en el mismo y baja en los demás.

Tabla III.4 Matriz de componentes rotados del OBCS.

	Componente		
	1	2	3
1. CCA Raramente pienso en mi aspecto	.491		
2. SC Cuando no puedo controlar mi peso. siento que me debe pasar algo equivocado		.429	
3. CCA Pienso que es mas importante que mi ropa sea cómoda a que me favorezca	.654		
4. VCOE Pienso que uno básicamente no puede cambiar el aspecto físico con el que se nace			.401
5. SC Me siento avergonzada cuando no he hecho el esfuerzo de tener el mejor aspecto posible		.667	
7. CCA Pienso mas sobre como se siente mi cuerpo que como parece mi cuerpo	.597		
8. SC Siento que debo de ser una mala persona cuando no tengo tan buen aspecto como podría tener		.720	
9. CCA Raramente comparo mi aspecto con el aspecto de otras personas	.497		
11. SC Me avergonzaria si la gente supiese lo que realmente peso		.617	
12. VCOE Realmente no pienso que yo tenga mucho control sobre el aspecto de mi cuerpo			.293
13. SC Incluso cuando no puedo controlar mi peso pienso que soy una persona decente		.205	
14. CCA Durante el día. pienso en mi aspecto muchas veces	.685		
15. SC Nunca me preocupa que algo vaya mal cuando no hago tanto ejercicio como debería		.231	
16. CCA A menudo me preocupa si la ropa que llevo puesta me sienta bien	.597		
17. SC Cuando no hago suficiente ejercicio me cuestiono si soy buena persona		.749	
18. CCA Raramente me preocupo sobre como me ven otras personas	.336		
19. VCOE Pienso que el peso de una persona esta principalmente determinado por los genes con los que se nace			.750
20. CCA Me preocupa mas lo que mi cuerpo puede hacer que su aspecto	.425		
21. VCOE No importa lo duro que trabaje para intentar cambiar mi peso. es probable que siempre sea mas o menos igual			.479
22. SC Cuando no llevo la talla que pienso que debería de llevar. me siento avergonzada		.669	
24. VCOE Tu forma física depende mayoritariamente de los genes			.714

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a La rotación ha convergido en 5 iteraciones. VCOE= Vision Corporal Como Observador Externo, SC= Sentimiento de Culpa, CCA= Creencias Control Apariencia

1.1.3. SATAQ-R

El análisis factorial es una técnica pertinente para analizar esas variables (Ver Tabla III.5), ya que, la medida de adecuación muestral KMO está por encima de 0.6. De la misma manera la prueba de esfericidad resultó significativa ($p < 0.05$).

Tabla III.5. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el SATAQ-R.

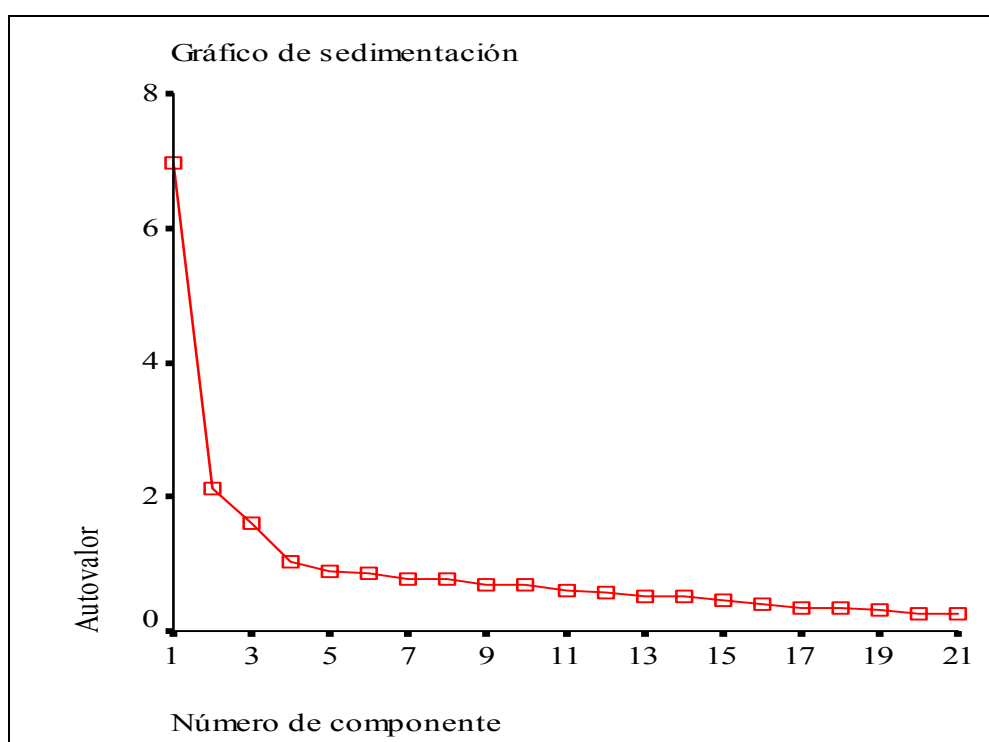
1.- Test de Esfericidad de Bartlett, Chi- Cuadrado= 3909.411, SIG.= 0.000

2.- Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer-Olkin= 0. 903

1.1.3.2.Extracción factores

El análisis factorial exploratorio sin obligar a que converja en un número determinado de factores, extrae cuatro componentes con autovalor mayor a la unidad (Gráfico III.3), que explican el 55.83 % de la variabilidad total. Cuando se realizan análisis para que converja en dos factores, estos coinciden con las dos escalas y explican el 43.27% de la variabilidad total.

Gráfico III.3. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del SATAQ-R.



La Tabla III.6 presenta la matriz de componentes rotados del Cuestionario de Actitudes Socioculturales Hacia la Apariencia- Revisado (SATAQ-R). Se indican las dos escalas a las que pertenece cada ítem en el cuestionario original: I= Interiorización , C= Conocimiento. El análisis factorial exploratorio, exigiendo que converja en dos factores, extrae así dos componentes que explican el 43.27% de la variabilidad total. El ítem 2 presenta saturación alta en los dos factores, el análisis de fiabilidad del factor 2 resultó más alto que en el factor 1 con su presencia. Los ítems 12 y 17, presentaron saturación baja en el factor 2 y 1 respectivamente; la fiabilidad de la subescala del ítem

17 fue ligeramente mayor que sin incluirlo el ítem 17 0.89 al 0.90; sin embargo, la fiabilidad total y la varianza explicada sería menor si se eliminan por lo que ninguno de los ítems cambiaría de escala según este análisis.

Tabla III.6 Matriz de componentes rotados del SATAQ-R.

	Componente	
	1	2
1. I Me gustaría que mi cuerpo se pareciera al de las mujeres que aparecen en las películas y los shows de TV	.741	
2. C Creo que la ropa le sienta mejor a las mujeres (hombres) que tienen una buena forma física	.511	.520
3. I Los videos musicales que muestran a mujeres (hombres) que tienen una buena forma física me hacen desear estar en mejor forma física	.622	
4. I No deseo parecerme a las mujeres (hombres) modelos que aparecen en las revistas	-.542	
5. I Tiendo a comparar mi cuerpo con el de las estrellas que aparecen en TV y en películas	.743	
6. C En nuestra sociedad, la gente gorda es mirada como atractiva		-.397
7. I Las fotografías de mujeres (hombres) que están en forma me hacen desear tener un mejor tono muscular	.521	
8. C El atractivo es muy importante si quieres destacar en nuestra cultura		.554
9. C Es importante para la gente parecer atractiva si quiere tener éxito en la cultura en la actualidad		.680
10. C La mayoría de la gente cree que tener un buen tono corporal y estar físicamente en forma mejora como te ves		.661
11. C La gente piensa que cuanto más atractiva eres mejor sienta la ropa		.746
12. C En la sociedad actual, no es importante siempre lo atractiva que parezcas		-.220
13. I Desearía parecerme a las mujeres retratadas en las revistas que son modelos de ropa interior	.753	
14. I A menudo leo revistas y comparo mi apariencia con las de las mujeres modelos	.788	
15. C A la gente con cuerpos bien proporcionados le sienta mejor la ropa		.577
16. C Una mujer (hombre) físicamente en forma es admirada por su aspecto más que alguien no esta en forma ni con tono muscular		.678
17. I Como me vea no afecta a mi humor en las situaciones sociales	-.266	
18. C La gente encuentra a las personas que están en forma mas atractivas que aquellas que no están en forma		.752
19. C En nuestra cultura, alguien con un cuerpo bien construido tiene más oportunidades de obtener éxito		.685
20. I A menudo me encuentro comparando mi físico con el de atletas retratadas en las revistas	.650	
21. I No comparo mi apariencia con la de la gente, yo me considero muy atractiva	-.396	

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

I= Interiorización , C=Conocimiento

1.1.4. EAT-26

El análisis factorial es una técnica pertinente para analizar esas variables (Ver Tabla III.7), ya que, la medida de adecuación muestral KMO está por encima de 0.6. De la misma manera la prueba de esfericidad resultó significativa ($p < 0.05$).

Tabla III.7. Análisis factorial: pruebas de adecuación de los datos para el EAT-26.

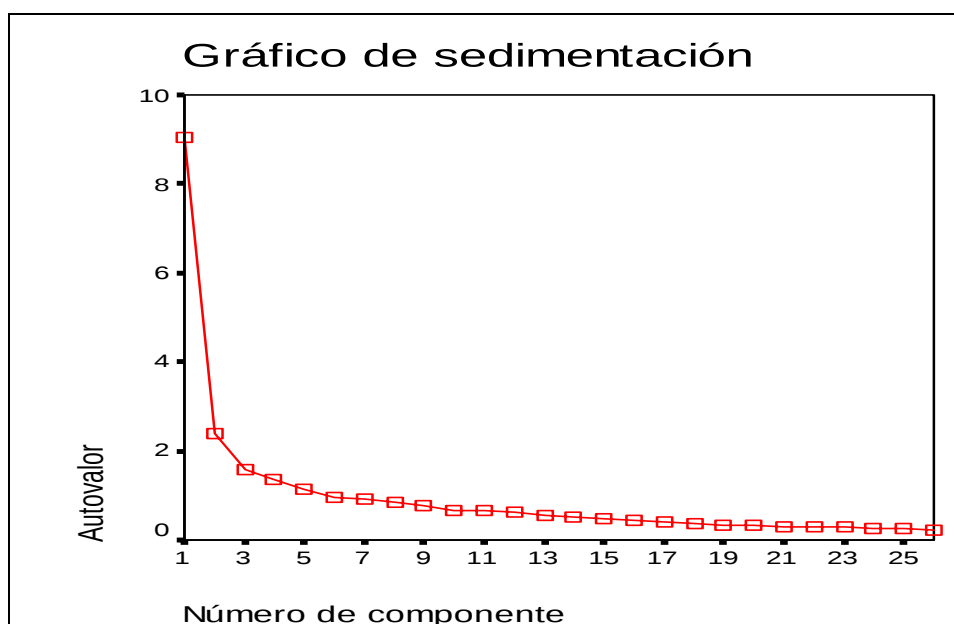
1.- Test de Esfericidad de Bartlett, Chi- Cuadrado= 5811.290, SIG.= 0.000

2.- Medida de Adecuación Muestral de Kaiser- Meyer-Olkin= 0. 921

1.1.4.2.Extracción factores

El análisis factorial exploratorio sin obligar a que converja en un número determinado de factores, extrae cinco componentes con autovalor mayor a la unidad (Gráfico III.4), que explican el 59.55 de la variabilidad total. Cuando se realizan análisis para que converja en tres factores, estos coinciden con las dos escalas y explican el 50.04 de la variabilidad total.

Gráfico III.4. Gráfico de sedimentación de factores y autovalores del EAT-26.



La Tabla III.8 presenta la matriz de componentes rotados del EAT-26. Se indican las dos escalas a las que pertenece cada ítem en el cuestionario original: D= Dieta, B= Bulimia, CO= Control Oral. El análisis factorial exploratorio, exigiendo que converja en tres factores, extraen así tres componentes que explican el 50.04% de la variabilidad total. Los ítems 3, 10 y 11 presentaron saturación alta en los factores 1 y 2. El ítem 25 presentó saturación baja en todos los factores aunque la más alta es el factor 1. Incluyendo los ítems 10, 11 y 25 la subescala D presenta mayor fiabilidad. Además, la subescala CO presenta mayor fiabilidad cuando se incluyó el ítem 3. Lo que indica la conveniencia de revisarlos o eliminarlos del cuestionario. El resto de los ítems presentaron saturación en algún factor, con alta ponderación en el mismo y baja en los

demás. La fiabilidad total y la varianza explicada sería menor si se eliminara alguno de los ítems anteriores por lo que ninguno de los ítems cambiaría de escala según este análisis.

Tabla III.8. Matriz de componentes rotados del EAT-26.

	Componente		
	1	2	3
1. D Me angustia la idea de estar demasiado gorda	.564		
2. B Procuro no comer cuando tengo hambre	.617		
3. CO La comida es para mí una preocupación habitual	.538	.538	
4. CO He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer		.639	
5. B Corto mis alimentos en trozos pequeños	.557		
6. D Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	.537		
7. D Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	.729		
8. B Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más			.816
9. CO Vomito después de comer		.518	
10. D Me siento muy culpable después de comer	.552	.601	
11. D Me obsesiona el deseo de estar más delgada	.594	.568	
12. D Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	.628		
13. B Los demás piensan que estoy demasiado delgada			.762
14. D preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis	.577		
15. B Tardo más tiempo que los demás en comer			.496
16. D Procuro no comer alimentos que tengan azúcar	.747		
17. D Tomo alimentos dietéticos	.569		
18. CO Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida		.665	
19. B Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida		-.537	
20. B Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma más			.806
21. CO Paso demasiado tiempo pensando en la comida		.610	
22. D No me siento bien después de haber comido dulces	.646		
23. D Estoy haciendo régimen	.636		
24. D Me gusta tener el estómago vacío	.511		
25. D Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías	.287	.132	-.121
26. CO Después de las comidas tengo el impulso de vomitar		.540	

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

D= Dieta, B= Bulimia, CO= Control Oral

1.2. Correlaciones bilaterales

Otra prueba utilizada para comprobar la validez fueron las correlaciones, ya que, como se midieron varias escalas sobre diferentes aspectos sobre imagen corporal y desórdenes alimentarios (PACS; OBCS; SATAQ-R; Escala de Autoestima; BD; EAT-26). La correlación entre las mismas otorgaron validez externa al constructo (Tabla III.9).

Tabla III.9. Correlaciones bilaterales entre las diferentes escalas de síntomas de desórdenes alimentarios.

	PACS	VCOE	SC	CCA	OBCS	C	I	SATAQ-R	BD	D	B	CO	EAT-26
PACS	1												
VCOE	0.032	1											
SC	0.214**	-0.033	1										
CCA	0.488**	0.236**	0.175**	1									
OBCS	0.407**	0.446**	0.728**	0.713**	1								
C	0.398**	0.079	0.142**	0.434**	0.366**	1							
I	0.547**	0.084	0.283**	0.523**	0.481**	0.558**	1						
SATAQ-R	0.534**	0.082	0.255**	0.533**	0.475**	0.888**	0.877**	1					
BD	0.361**	0.063	0.266**	0.347**	0.397**	0.374**	0.552**	0.519**	1				
D	0.400**	0.096*	0.338**	0.411**	0.470**	0.452**	0.599**	0.599**	0.648**	1			
B	0.282**	0.095*	0.230**	0.245**	0.313**	0.294**	0.426**	0.403**	0.455**	0.672**	1		
CO	0.181**	0.082	0.081	0.100*	0.116*	0.160**	0.168**	0.172**	0.101*	0.344**	0.297**	1	
EAT-26	0.387**	0.105*	0.309**	0.387**	0.439**	0.427**	0.557**	0.554**	0.576**	0.932**	0.776**	0.614**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; VCOE= Escala Visión Corporal Como Observador Externo de OBCS ; SC= Escala Sentimiento Culpa de OBCS; CCA= Escala Creencias Control Apariencia de OBCS; Total OBCS= Escala Conciencia Corporal Objetivada; C= Escala Conocimiento de SATAQ-R; I= Escala Interiorización de SATAQ-R; Total SATAQ-R= Cuestionario Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; D= Escala Dieta de EAT-26; B= Escala Bulimia y Preocupación Comida de EAT-26; CO= Escala Control Oral de EAT-26; Total EAT-26= Eating Attitudes Test

1.3. Conclusiones

En cuanto a la validez de los constructos como el resultado de los análisis factoriales apuntan a resultados potentes, ya que, la medida de adecuación muestral KMO está por encima de 0.7 para todas las escalas. De la misma manera todas las pruebas de esfericidad resultaron significativas. El resumen de los porcentajes de varianza explicada de cada escala total y subescala los encontramos en la tabla III.10, todos están por encima del 39%, menos el OBCS con el 37.82% de varianza explicada. Se podría concluir sobre la confirmación de los factores que en cada escala no se confirmaron exactamente todos los ítems (Ver Tabla III.11).

Tabla III.10. Validez de las escalas.

Cuestionario	Factoriales		
	Confirmación factoriales	Nº de factores	% varianza explicada
PACS	Si	1	53.56
OBCS	Si (eliminando tres ítems)	3	37.82
<i>Visión Corporal Como Observador Externo (VCOE)</i>	Si (eliminando tres ítems)	1	39.96
<i>Sentimiento de Culpa (SC)</i>	Si	1	35.19
<i>Creencias Control Apariencia (CCA)</i>	Si	1	31.91
SATAQ-R	Si	2	43.27
<i>Conocimiento (C)</i>	Si	1	40.71
<i>Interiorización (I)</i>	Si	1	43.90
EAT-26	Si	3	50.04
<i>Dieta (D)</i>	Si	1	47.81
<i>Bulimia y Preocupación por la comida (B)</i>	Si	1	51.01
<i>Control Oral (CO)</i>	Si	1	34.25

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; OBCS= Escala Conciencia Corporal Objetivada; SATAQ-R= Cuestionario Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia; EAT-26= Eating Attitudes Test

Tabla III.11. Validez de los ítems de los autores y propios para cada factor.

	ITEMS AUTORES	ITEMS PROPIOS
OBCS		
<i>Visión Corporal Como Observador Externo (VCOE)</i>	4, 6, 10, 12, 19, 21, 23 y 24	4, 12, 19, 21 y 24
<i>Sentimiento de Culpa (SC)</i>	2, 5, 8, 11, 13, 15, 17 y 22	2, 5, 8, 11, 13, 15, 17 y 22
<i>Creencias Control Apariencia (CCA)</i>	1, 3, 7, 9, 14, 16, 18 y 20	1, 3, 7, 9, 14, 16, 18 y 20
SATAQ-R		
<i>Conocimiento (C)</i>	2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18 y 19	2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18 y 19
<i>Interiorización (I)</i>	1, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 17, 20 y 21	1, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 17, 20 y 21
EAT- 26		
<i>Dieta (D)</i>	1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25	1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25
<i>Bulimia y Preocupación por la comida (B)</i>	3, 4, 9, 18, 21 y 26	3, 4, 9, 18, 21 y 26
<i>Control Oral (CO)</i>	2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20	2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20

OBCS= Escala Conciencia Corporal Objetivada; SATAQ-R= Cuestionario Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia; EAT-26= Eating Attitudes Test

2. ANALISIS FIABILIDAD

Se estudió la fiabilidad de cada escala para la muestra de mujeres, el alfa de Cronbach se mantiene por encima de 0.60 en todas las escalas, excepto en la subescala de Visión Corporal Como Observador Externo (VCOE) de la Escala de Conciencia Corporal Objetivada (OBCS) (ver Tabla III.12).

Tabla III.12. Alfa de Cronbach estandarizada para toda la población.

	Alfa Cronbach	N	Nº ítems
PACS	0.61	558	5
OBCS	0.69	454	21
<i>Visión Corporal Como Observador Externo (VCOE)</i>	0.60	511	5
<i>Sentimiento de Culpa (SC)</i>	0.70	525	8
<i>Creencias de Control de la Apariencia (CCA)</i>	0.69	499	8
SATAQ-R	0.89	477	21
<i>Conocimiento (C)</i>	0.85	505	11
<i>Interiorización (I)</i>	0.84	521	10
SES	0.83	531	10
BD	0.89	544	9
EAT- 26	0.90	501	26
<i>Dieta (D)</i>	0.90	534	13
<i>Bulimia y Preocupación por la comida (B)</i>	0.79	544	6
<i>Control Oral (CO)</i>	0.61	538	7

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; OBCS= Escala Conciencia Corporal Objetivada; SATAQ-R= Cuestionario Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia; SES= Escala Autoestima; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; EAT-26= Eating Attitudes Test

También se muestra el alfa de cronbach de las escalas: PACS, OBCS, SATAQ-R, SES, BD y EAT-26 cuando se suprime cada uno de los ítems; , así como, la correlación del ítem con la escala total.

La fiabilidad del cuestionario PACS es de 0.61. Se presenta en la Tabla III.13 otros datos correspondientes al análisis de fiabilidad de este cuestionario.

Tabla III.13. Análisis de fiabilidad del PACS: Alfa de Cronbach.

	Correlación ítem- Total PACS	Alfa si se suprime el ítem
1. En las fiestas u otros eventos sociales comparo mi apariencia física con la apariencia física de otras personas	0.69	0.37
2. La mejor forma de que la gente sepa si esta en sobrepeso o en bajo peso es comparar su figura con la figura de los otros	0.42	0.52
3. En las fiestas u otros eventos sociales comparo como voy vestida con como van vestidas las otras personas	0.56	0.44
4. Comparar tu aspecto físico con el aspecto físico de otras personas es una mala forma de saber si eres atractiva o si no eres atractiva	0.18	0.82
5. En las situaciones sociales, a veces comparo mi figura con la figura de otra gente	0.59	0.42

La fiabilidad del cuestionario OBCS es de 0.69. Se presenta en la Tabla III.14 otros datos correspondientes al análisis de fiabilidad de este cuestionario.

Tabla III.14. Análisis de fiabilidad del OBCS: Alfa de Cronbach.

	Correlación ítem- OBCS	Alfa si se suprime el ítem
1. Raramente pienso en mi aspecto	0.33	0.68
2. Cuando no puedo controlar mi peso, siento que me debe pasar algo equivocado	0.16	0.70
3. Pienso que es mas importante que mi ropa sea cómoda a que me favorezca	0.33	0.68
4. Pienso que uno básicamente no puede cambiar el aspecto físico con el que se nace	0.32	0.68
5. Me siento avergonzada cuando no he hecho el esfuerzo de tener el mejor aspecto posible	0.44	0.66
7. Pienso mas sobre como se siente mi cuerpo que como parece mi cuerpo	0.34	0.68
8. Siento que debo de ser una mala persona cuando no tengo tan buen aspecto como podría tener	0.26	0.68
9. Raramente comparo mi aspecto con el aspecto de otras personas	0.32	0.68
11. Me avergonzaria si la gente supiese lo que realmente peso	0.37	0.67
12. Realmente no pienso que yo tenga mucho control sobre el aspecto de mi cuerpo	0.01	0.70
13. Incluso cuando no puedo controlar mi peso pienso que soy una persona decente	0.06	0.71
14. Durante el día0. pienso en mi aspecto muchas veces	0.34	0.67
15. Nunca me preocupa que algo vaya mal cuando no hago tanto ejercicio como debería	0.18	0.70
16. A menudo me preocupa si la ropa que llevo puesta me sienta bien	0.18	0.69
17. Cuando no hago suficiente ejercicio me cuestiono si soy buena persona	0.28	0.68
18. Raramente me preocupo sobre como me ven otras personas	0.25	0.68
19. Pienso que el peso de una persona esta principalmente determinado por los genes con los que se nace	0.21	0.69
20. Me preocupa mas lo que mi cuerpo puede hacer que su aspecto	0.35	0.68
21. No importa lo duro que trabaje para intentar cambiar mi peso, es probable que siempre sea más o menos igual	0.11	0.69
22. Cuando no llevo la talla que pienso que debería de llevar, me siento avergonzada	0.47	0.66
24. Tu forma física depende mayoritariamente de los genes	0.18	0.69

La fiabilidad del cuestionario SATAQ-R es de 0.89. Se presenta en la Tabla III.15 otros datos correspondientes al análisis de fiabilidad de este cuestionario.

Tabla III.15. Análisis de fiabilidad del SATAQ-R: Alfa de Cronbach.

	Correlación item- Total SATAQ-R	Alfa si se suprime el ítem
1. Me gustaría que mi cuerpo se pareciera al de las mujeres que aparecen en las películas y los shows de TV	0.65	0.88
2. Creo que la ropa le sienta mejor a las mujeres (hombres) que tienen una buena forma física	0.67	0.88
3. Los videos musicales que muestran a mujeres (hombres) que tienen una buena forma física me hacen desear estar en mejor forma física	0.62	0.88
4. No deseo parecerme a las mujeres (hombres) modelos que aparecen en las revistas	0.38	0.89
5. Tiendo a comparar mi cuerpo con el de las estrellas que aparecen en TV y en películas	0.64	0.88
6. En nuestra sociedad, la gente gorda es mirada como atractiva	0.28	0.89
7. Las fotografías de mujeres (hombres) que están en forma me hacen desear tener un mejor tono muscular	0.44	0.89
8. El atractivo es muy importante si quieres destacar en nuestra cultura	0.56	0.88
9. Es importante para la gente parecer atractiva si quiere tener éxito en la cultura en la actualidad	0.56	0.88
10. La mayoría de la gente cree que tener un buen tono corporal y estar físicamente en forma mejora como te ves	0.48	0.89
11. La gente piensa que cuanto más atractiva eres mejor sienta la ropa	0.57	0.88
12. En la sociedad actual, no es importante siempre lo atractiva que parezcas	0.21	0.89
13. Desearía parecerme a las mujeres retratadas en las revistas que son modelos de ropa interior	0.62	0.88
14. A menudo leo revistas y comparo mi apariencia con las de las mujeres modelos	0.64	0.88
15. A la gente con cuerpos bien proporcionados le sienta mejor la ropa	0.65	0.88
16. Una mujer (hombre) físicamente en forma es admirada por su aspecto más que alguien no está en forma ni con tono muscular	0.46	0.89
17. Como me vea no afecta a mi humor en las situaciones sociales	0.12	0.90
18. La gente encuentra a las personas que están en forma mas atractivas que aquellas que no están en forma	0.53	0.88
19. En nuestra cultura, alguien con un cuerpo bien construido tiene más oportunidades de obtener éxito	0.50	0.89
20. A menudo me encuentro comparando mi físico con el de atletas retratadas en las revistas	0.45	0.89
21. No comparo mi apariencia con la de la gente, yo me considero muy atractiva	0.37	0.89

La fiabilidad del SES es de 0.83. Se presenta en la Tabla III.16 otros datos correspondientes al análisis de fiabilidad de este cuestionario.

Tabla III.16. Análisis de fiabilidad de SES: Alfa de Cronbach.

	Correlación item- Total SES	Alfa si se suprime el ítem
1. Siento que soy una persona digna de aprecio. al menos en igual medida que las demás	0.49	0.82
2. Creo tener varias cualidades buenas	0.54	0.82
3. Me inclino a pensar que. en conjunto. soy una fracasada	0.61	0.81
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	0.55	0.81
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí	0.36	0.84
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma	0.66	0.80
7. En general. estoy satisfecho conmigo misma	0.64	0.81
8. Desearía valorarme más a mi misma	0.26	0.85
9. A veces me siento verdaderamente inútil	0.61	0.81
10. A veces pienso que no sirvo para nada	0.61	0.81

La fiabilidad del BD es de 0.89. Se presenta en la Tabla III.17 otros datos correspondientes al análisis de fiabilidad de este cuestionario.

Tabla III.17. Análisis de fiabilidad de BD: Alfa de Cronbach.

	Correlación Total BD	item- Alfa si se suprime el ítem
1. Creo que mi estomago es demasiado grande	0.61	0.88
2. Pienso que mis muslos son demasiado gruesos	0.69	0.88
3. Creo que mi estomago tiene el tamaño adecuado	0.59	0.89
4. Me siento satisfecha con mi figura	0.75	0.87
5. Me gusta la forma de mi trasero	0.60	0.88
6. Creo que mis caderas son demasiado anchas	0.61	0.88
7. Creo que el tamaño de mis muslos es adecuado	0.69	0.88
8. Creo que mi trasero es demasiado grande	0.62	0.88
9. Creo que mis caderas tienen el tamaño adecuado	0.69	0.88

La fiabilidad del EAT-26 es de 0.90. Se presenta en la Tabla III.18 otros datos correspondientes al análisis de fiabilidad de este cuestionario.

Tabla III.18. Análisis de fiabilidad del EAT-26: Alfa de Cronbach.

	Correlación item- EAT-26	Alfa si se suprime el ítem
1. Me angustia la idea de estar demasiado gorda	0.61	0.89
2. Procuro no comer cuando tengo hambre	0.60	0.90
3. La comida es para mi una preocupación habitual	0.67	0.89
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer	0.41	0.90
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños	0.42	0.90
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como	0.50	0.90
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono	0.56	0.90
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más	0.23	0.90
9. Vomito después de comer	0.50	0.90
10. Me siento muy culpable después de comer	0.73	0.89
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgada	0.72	0.89
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías	0.65	0.89
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgada	0.08	0.91
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/ o de tener celulitis	0.63	0.89
15. Tardo más tiempo que los demás en comer	0.33	0.90
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar	0.63	0.89
17. Tomo alimentos dietéticos	0.57	0.90
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida	0.56	0.90
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida	-0.04	0.91
20. Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma más	0.40	0.90
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida	0.58	0.90
22. No me siento bien después de haber comido dulces	0.72	0.89
23. Estoy haciendo régimen	0.61	0.89
24. Me gusta tener el estomago vacío	0.62	0.89
25. Me gusta probar platos nuevos, sabrosos y ricos en calorías	0.23	0.90
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar	0.53	0.90

Se puede concluir que los resultados obtenidos de fiabilidad de las escalas son aceptables.

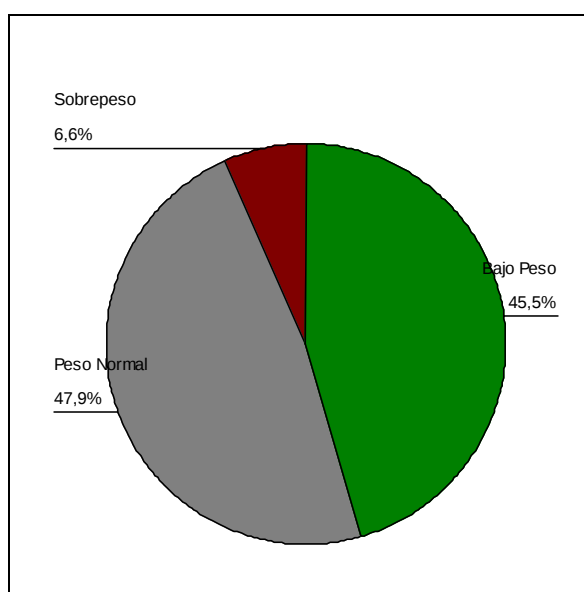
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO UNIDIMENSIONAL

En este apartado se hace un análisis estadístico univariado de cada una de las variables en estudio, con el fin de tener una idea inicial de la información contenida en los datos de la muestra de análisis extraída. Cuando las variables seleccionadas tienen una escala de medida nominal u ordinal, el análisis se basa en tablas de distribución de frecuencias. Cuando las variables seleccionadas son cuantitativas se lleva a cabo un análisis de las medias y desviaciones típicas.

3.1. Perfil variable sociodemográfica: IMC

La masa corporal promedio, según el IMC es de 20.65 (DE= 2.97), el IMC mínimo es de 13.28 y el máximo es de 37.30. Tras la recategorización de la variable IMC en tres niveles se encuentra la siguiente distribución muestral en función de esta variable: Bajo Peso (IMC<20) (n= 248), Peso Normal (≥ 20 -25) (n= 261) y Sobrepeso (≥ 25) (n= 36) (ver Gráfico III.5). Como puede observarse, aunque la mayor parte de las chicas se sitúan en un IMC normal (47.9%), un alto porcentaje de chicas presentan un bajo peso (45.5%).

Gráfico III.5. Distribución por grupos de IMC.



3.2. Perfil variables medios comunicación

Las Tablas III 19 y 20 muestran las distribuciones de frecuencia para las variables frecuencia de visión información de las secciones de los magazines de TV y revistas. Las secciones de TV y revista menos vistas y leídas son deporte, dieta, ejercicio físico, salud y sexualidad; y las más vistas y leídas son música, moda y belleza. Al menos, el 60% de las chicas nunca o rara vez ven o leen las secciones de TV y de revistas de deporte, dieta, ejercicio físico, salud y sexualidad. Se observa que entorno al 60% de las adolescentes ven y leen a menudo o siempre las secciones de música (66.3% para TV y 58.8% para las revistas); las secciones de moda a menudo o siempre son vistas por el 34.4% y leídas por el 43.2%; por último, destacar que la frecuencia a menudo o siempre para las secciones de belleza es menor (17.7% para TV y 23.6% para revistas).

Tabla III. 19. Distribución de frecuencias de visión de las secciones de los magazines de TV.

	Belleza		Deporte		Dieta		Ejercicio Físico		Moda		Música		Salud		Sexualidad	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
Nunca	160	28.5	183	32.4	293	52.0	207	36.8	72	12.8	15	2.6	187	33.4	215	38.3
Rara vez	171	30.4	160	28.3	152	27.0	174	30.9	121	21.5	47	8.3	200	35.7	170	30.2
Algunas veces	135	24.0	134	23.7	69	12.2	124	22.0	177	31.4	129	22.8	117	20.9	113	20.1
A menudo	59	10.5	54	9.6	33	5.9	33	5.9	109	19.3	189	33.3	40	7.1	36	6.4
Siempre	37	6.6	34	6.0	17	3.0	25	4.4	85	15.1	187	33.0	16	2.9	28	5.0
TOTAL	562	100	565	100	564	100	563	100	564	100	567	100	560	100	562	100

Tabla III.20. Distribución de frecuencias de lectura de las secciones de las revistas.

	Belleza		Deporte		Dieta		Ejercicio Físico		Moda		Música		Salud		Sexualidad	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
Nunca	0	26.9	8	46.3	73	49.1	214	39.0	90	16.2	48	8.6	218	39.3	225	40.5
Rara vez	8	24.7	5	27.8	34	24.1	150	27.3	87	15.6	63	11.3	156	28.1	124	22.3
Algunas veces	8	24.7	1	15.1	7	13.8	115	20.9	139	25.0	118	21.2	112	20.2	112	20.1
A menudo		12.0	1	6.8	1	7.9	47	8.6	116	20.8	143	25.7	47	8.5	48	8.6
Siempre		11.6	1	3.9	3	5.0	23	4.2	125	22.4	184	33.1	22	4.0	47	8.5
TOTAL	8	100	7	100	6	100	549	100	557	100	556	100	555	100	556	100

En la Tabla III.21 se presentan las distribuciones del uso de los medios de comunicación de las adolescentes. Se observa que las adolescentes en su mayoría prefieren la TV como medio de información (57.9%). A su vez la mayoría de las adolescentes no consideran importante la TV como medio de entretenimiento (51.6%) ni las revistas como medio de entretenimiento (64.7%) ni de información (64.9%).

Tabla III.21. Distribución de frecuencias del uso de la TV y las revistas.

	TV-Entretenimiento		TV-Informacion		Revistas-Entretenimiento		Revistas-Información	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
<i>Muy importante</i>	98	17.3	192	33.9	48	8.5	51	9.0
<i>Algo importante</i>	176	31.1	136	24.0	152	26.9	151	26.7
<i>Ni poca ni mucha importancia</i>	167	29.5	96	17.0	192	33.9	187	33.0
<i>Poco importante</i>	87	15.4	82	14.5	126	22.3	137	24.2
<i>Nada importante</i>	38	6.7	60	10.6	48	8.5	40	7.1
TOTAL	566	100	566	100	566	100	566	100

La Tabla III.22 presenta las distribuciones del nivel de visión de TV entre semana y el fin de semana de las adolescentes. Se observa que un 41.5% de las adolescentes tienen una visión alta durante la semana y un 37.3% durante el fin de semana (*“mayor o igual a 13 horas para la semana y mayor”* o *“igual a 10 horas para el fin de semana”*).

Tabla III.22. Distribución de frecuencias para el nivel de visión de TV entre semana y el fin de semana.

FRECUENCIA VISION TV	Entre Semana		Fin Semana	
	N	% Col	N	% Col
<i>Bajo</i>	256	46.4	255	46.1
<i>Moderado</i>	67	12.1	92	16.6
<i>Alto</i>	229	41.5	206	37.3
TOTAL	552	100	553	100

De las Tablas III.23 a la III.25 se presentan las distribuciones del nivel de visión de los programas del género de ficción, entretenimiento, deportes, información y otros de las adolescentes. La mayoría de las adolescentes (más del 50%) presentan niveles bajos de visión de la TV (*“menor o igual a 3 horas semanales”*) de visión de programas de TV del género de ficción, exceptuando las dramedias y las películas. Aproximadamente el mismo porcentaje de adolescentes tienen una visión baja de los programas del género de entretenimiento, los deportes, los programas del género de información y otros tipos de programas. A su vez, las dramedias, otras series y las películas son vistas por la mayoría de las chicas (más del 50%) en un nivel moderado (*“de 4 a 9 horas semanales”*) o alto (*“mayor o igual a 10 horas semanales”*).

Tabla III.23. Distribución de frecuencias para el nivel de visión semanal de los programas del género de ficción.

VISION PROGRAMA TV	Comedias		Telenovelas		Dramáticas		Dramedias		Animación		Otras series		Películas	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
<i>Bajo</i>	393	70.3	412	72.9	393	69.8	231	41.5	345	61.2	449	80.9	260	47.1
<i>Moderado</i>	128	22.9	112	19.8	119	21.1	208	37.3	161	28.5	75	13.5	202	36.6
<i>Alto</i>	38	6.8	41	7.3	51	9.1	118	21.2	58	10.3	31	5.6	90	16.3
TOTAL	559	100	565	100	563	100	557	100	564	100	555	100	552	100

Tabla III.24. Distribución de frecuencias para el nivel de visión semanal de los programas del género de entretenimiento

VISIÓN PROGRAMA TV	Magazines		Conocimientos		Habilidades		Actuación		Galas y variedades		RS Magazines		RSM Famosos		RS Concurso	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
Bajo	7	79.5	78	84.9	481	85.4	476	84.7	456	82.3	437	78.0	432	77.4	390	69.3
Moderado	1	14.1	5	11.5	62	11.0	60	10.7	70	12.6	90	16.1	87	15.6	113	20.1
Alto	1	6.4	1	3.6	20	3.6	26	4.6	28	5.1	33	5.9	39	7.0	60	10.7
TOTAL	2	100	53	100	563	100	562	100	554	100	560	100	558	100	563	100

Tabla III.25. Distribución de frecuencias para el nivel de visión semanal de los programas de deportes, información y otros programas de TV.

VISIÓN PROGRAMA TV	Deportes		Conciertos		Música plató		Video clips		Informativos		Documentales		Otros	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
Bajo	467	83.2	382	68.1	02	72.0	338	60.2	420	74.9	511	91.4	149	87.2
Moderado	61	10.9	123	21.9	04	18.6	148	26.4	118	21.0	33	5.9	10	7.8
Alto	33	5.9	56	10.0	2	9.3	75	13.4	23	4.1	15	2.7	26	5.0
TOTAL	561	100	561	100	58	100	561	100	561	100	559	100	155	100

La Tabla III.26 presenta las distribuciones del nivel de lectura de revistas a la semana de las adolescentes. La mayoría de las adolescentes tienen lectura de revistas semanal moderada (39.3%) (“1 a 3 horas”) o alta (35.1%) (“mayor o igual a 3 horas”).

Tabla III.26. Distribución de frecuencias para el nivel de lectura de revistas.

FRECUENCIA LECTURA REVISTAS SEMANA	N	% Col
Bajo	142	25.6
Moderado	218	39.3
Alto	195	35.1
TOTAL	555	100

Las Tablas III.27.a y b presentan las distribuciones del nivel de lectura de especializadas a la semana de las adolescentes. La mayoría de las adolescentes tienen lectura de revistas semanal moderada (39.3%) (“1 a 3 horas”) o alta (35.1%) (“mayor o igual a 3 horas”). Aproximadamente el 50% de las adolescentes presentan niveles bajos (“0 horas semanales”) de lectura a la semana de revistas especializadas satíricas, estilos de vida, salud y motor. Más del 20% de las adolescentes tienen una lectura alta (“mayor o igual a 1 hora semanal”) de revistas de cine, vídeo y fotografía, magazines, revistas del corazón, otro tipo de revistas; siendo las revistas especializadas de música aquellas que despiertan mayor interés alcanzando el 55.4% de las adolescentes de lectura alta a la semana.

Tabla III.27.a. Distribución de frecuencias para el nivel de lectura de revistas especializadas a la semana.

LECTURA REVISTAS ESPECIALIZADAS	Cine, vídeo y fotografía		Deportes y ocio		Estilos de vida		Magazines		Revistas corazón		Informática, internet y telecomunicaciones	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
Bajo	155	27.5	194	34.5	268	49.1	176	31.4	192	34.5	220	39.4
Moderado	240	42.6	262	46.5	237	43.4	227	40.5	244	43.8	233	41.7
Alto	169	30.0	107	19.0	41	7.5	157	28.0	121	21.7	106	19.0
TOTAL	564	100	563	100	546	100	560	100	557	100	559	100

Tabla III.27.b. Distribución de frecuencias para el nivel de lectura de revistas especializadas a la semana.

LECTURA REVISTAS ESPECIALIZADAS	Motor		Musicales		Satíricas		Salud		Otras	
	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col	N	% Col
Bajo	248	44.7	67	12.0	286	51.7	261	47.0	168	31.9
Moderado	238	42.9	182	32.6	225	40.7	243	43.8	228	43.3
Alto	69	12.4	309	55.4	42	7.6	51	9.2	131	24.9
TOTAL	555	100	558	100	553	100	555	100	527	100

3.3. Perfil variables psicológicas

Con respecto a las variables psicológicas estudiadas a través de las escalas y subescalas (Comparación de Apariencia Física, Conciencia Corporal Objetivada-Visión Corporal como Observador Externo, Sentimiento de Culpa, Creencias de Control de la Apariencia-, Actitudes Socioculturales Hacia la Apariencia- Conocimiento e Interiorización- y Autoestima) se obtiene la puntuación media de la muestra en cada una de ellas (ver Tabla III.28). En todas las escalas y subescalas las puntuaciones más altas son indicativas de mayor presencia de la característica patológica evaluada, excepto, en la escala de Autoestima (SES) donde las puntuaciones más bajas son indicativas de baja autoestima.

Con respecto a la escala de Comparación de Apariencia Física (PACS), la puntuación oscila de 1 a 5, la puntuación media que obtienen las adolescentes es de 2.58.

La puntuación oscila de 1 a 7 para la escala de Conciencia Corporal Objetivada (OBCS), así como, sus subescalas: Visión Corporal como Observador Externo (VCOE), Sentimiento de Culpa (SC), Creencias de Control de la Apariencia (CCA). La puntuación media que las adolescentes presentan en OBCS es de 4.11, en VCOE de 4.32, en SC de 3.75 y en CCA de 4.42.

La puntuación oscila de 1 a 5 para la escala de Actitudes Socioculturales Hacia la Apariencia (SATAQ-R) y sus subescalas: Conocimiento (C) e Interiorización (I). La puntuación media que las adolescentes presentan en SATAQ-R es de 3.14, en C de 3.45 y en I de 2.77.

Por último, las puntuaciones en la escala de Autoestima (SES) oscilan de 0 a 30, la puntuación media que obtienen las adolescentes es de 19.99.

Tabla III.28. Medias, sigmas y número de sujetos de las escalas y subescalas que evalúan las variables psicológicas.

	N	Media	Desv. típ.
Escala Comparacion Social Apariencia (PACS)	558	2.58	0.77
Escala Conciencia Corporal Objetivada (OBCS)	454	4.11	0.79
Vision Corporal Como Observador Externo (VCOE)	511	4.32	1.19
Sentimiento Culpa (SC)	525	3.75	1.42
Creencias Control Apariencia (CCA)	499	4.42	1.06
Cuestionario Actitudes Socioculturales Hacia Apariencia (SATAQ-R)	477	3.14	0.69
Conocimiento (C)	505	3.45	0.76
Internalizacion (I)	521	2.77	0.80
Escala Autoestima (SES)	531	19.99	5.53

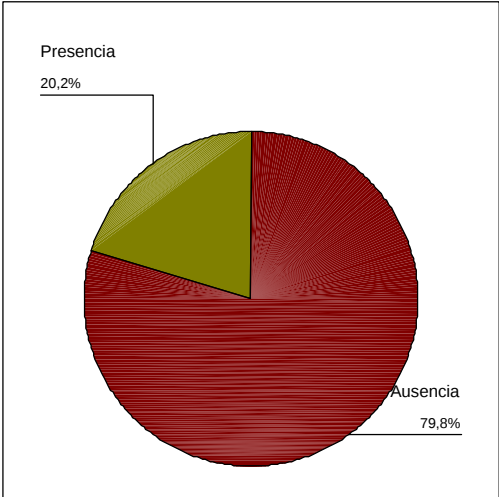
3.4. Perfil imagen corporal y desórdenes alimentarios

Las adolescentes presentan una puntuación media para Actitudes Patológicas Hacia la Comida (EAT- 26) de 9.80 ($S_x = 6.94$) y para la subescala del EDI-2 de Insatisfacción Corporal (BD) de 9.80 ($S_x = 10.06$). En función de los puntos de corte del EAT- 26 (punto de corte=10) y para el BD (punto corte= 9.3) se obtienen los porcentajes de las adolescentes en riesgo de actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26) y de insatisfacción corporal (BD), respectivamente (ver Tabla III. 29). En función de estas dos variables se encuentra que el 78.8% de las encuestadas muestran ausencia de riesgo de TCA y el 20.2% presencia de riesgo de TCA (Gráfico III.6).

Tabla III.29. Descriptivos riesgo según riesgo de TCA.

		Frecuencia	%
RIESGO SECUN PUNTO CORTE EAT- 26			
Válidos	Ausencia	327	65.3
	Presencia	174	34.7
RIESGO SECUN PUNTO CORTE BD			
Válidos	Ausencia	348	64.0
	Presencia	196	36.0
RIESGO TCA			
Válidos	Ausencia	424	79.8
	Presencia	107	20.2

Gráfico III.6. Porcentajes de casos válidos en función del Riesgo de TCA.



4. ANALISIS BIVARIADOS

En primer lugar, se llevó a cabo el análisis de los coeficientes de correlación de Pearson para estudiar las relaciones entre las denominadas variables psicológicas y las variables de medios de comunicación. Un coeficiente de correlación es un índice numérico que refleja la relación entre dos variables; se expresa como un número entre -1 y +1 y aumenta su valor a medida que aumenta la cantidad de varianza que una variable comparte con otra. Es decir, cuanto más tienen en común dos cosas, más fuertemente tienden a estar relacionados entre ellas (lo cual es lógico). La correlación puede ser directa o positiva, lo que significa que, a medida que una variable cambia de valor, la otra cambia en la misma dirección. Las correlaciones también pueden reflejar una relación indirecta o negativa, lo que significa que, a medida que una variable cambia de valor en una dirección, la otra cambia en dirección opuesta. Para su interpretación no es importante su signo, sino su valor absoluto.

A continuación se presenta un análisis para determinar la relación existente entre las variables psicológicas y variables de medios de comunicación (X_i) y las variables **Actitudes Patológicas Hacia la Comida, Insatisfacción Corporal y Riesgo de TCA (Y)**. Para ello se han realizado T-student (variables cuantitativas) y Chi-cuadrado (variables cualitativas). El objetivo principal de este análisis es estudiar la **Hipótesis nula (H_0): (X_i , Y) son independientes** versus la **Hipótesis alternativa (H_1): (X_i , Y) no son independientes (es decir que están asociadas)**.

En las variables cualitativas se han analizado también los residuos tipificados corregidos. La diferencia entre las frecuencias observada y esperada en cada celda expresadas en unidades estándar, es decir, los valores como puntajes z (valores debajo de -1.96 o por encima de +1.96) para identificar celdas que se salen marcadamente del modelo de independencia.

4.1. Estudio de la relación entre las variables psicológicas con IMC

HIPOTESIS 1. ¿Existe relación entre las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA-

conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) con IMC?

H0: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de IMC.

H1: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) se relacionan estadísticamente con las variables de IMC.

Las correlaciones entre las variables psicológicas y el IMC se presentan en la Tabla III.30. Tan solo se encuentran correlaciones significativas entre IMC e insatisfacción corporal (BD) y actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26).

Tabla III.30. Correlación Pearson variables psicológicas con variables de IMC.

	PACS	VCOE	SC	CCA	C	I	SES	BD	EAT-26
IMC	.022	.008	.039	.072	.051	.126	-.018	.357**	.145**

*p<0.05; **p<0.01

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; VCOE= Escala Visión Corporal Como Observador Externo de OBSC ; SC= Escala Sentimiento Culpa de OBSC; CCA= Escala Creencias Control Apariencia de OBSC; C= Escala Conocimiento de SATAQ-R; I= Escala Internalización de SATAQ-R; SES: Escala de Autoestima; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; EAT-26= Eating Attitudes Test

4.2. Estudio de la relación entre las variables psicológicas con TV

HIPOTESIS 2. ¿Existe relación entre las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) con TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV)?

H0: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias

de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV).

H1: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo –VCOE-, Sentimiento de culpa –SC-, creencias de control de la apariencia –CCA- conocimiento –C-, interiorización -I-, autoestima –SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) se relacionan estadísticamente con las variables de TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV).

A continuación, se describen los resultados más relevantes de las correlaciones entre las variables psicológicas y el TV presentadas en la Tabla III.31. Los resultados más destacados son la clara relación de los magazines de TV (sobre todo belleza, dieta y ejercicio físico) con la insatisfacción corporal y las actitudes patológicas hacia la comida, conjuntamente con las variables de comparación social de la apariencia, creencias de control de la apariencia de la escala de conciencia corporal objetivada, así como, con conocimiento e interiorización de la escala de actitudes socioculturales hacia la apariencia.

Por su parte, en el sentimiento de culpabilidad de la escala de conciencia corporal objetivada solo se comprueba relación clara con la exposición a magazines de TV de dieta y ejercicio físico.

Se comprueba relación positiva entre autoestima y visión de documentales, programas destinados sobre todo a la información más que al entretenimiento.

Tanto la frecuencia de exposición a la TV como los distintos tipos de programas de TV no muestran relación con la insatisfacción corporal ni con las actitudes patológicas hacia la comida ni con el resto de variables psicológicas relevantes a la hora de ahondar en la vulnerabilidad de las jóvenes a la patología alimentaria.

Tabla III.31. Correlación Pearson variables psicológicas con variables de TV: uso, frecuencia exposición y programas TV.

	PACS	VCOE	SC	CCA	C	I	SES	BD	EAT-26
Frecuencia Visión TV									
<i>Entre Semana</i>	.055	.030	-.023	.087	.082	.093*	.050	.061	.000
<i>Fin Semana</i>	.082	.035	-.023	.098*	.096*	.056	.041	.074	.060
Uso TV									
<i>TV entretenimiento</i>	-.019	.058	-.093*	-.087	-.075	-.058	-.107*	.011	-.031
<i>TV información</i>	-.014	.040	-.035	-.059	.006	.026	-.115**	-.009	-.047
Secciones Magazines TV									
<i>Belleza</i>	.312**	.024	.069	.304**	.242**	.324**	-.076	.153**	.277**
<i>Deporte</i>	.052	.048	-.013	-.038	.057	.001	.076	.020	.119**
<i>Dieta</i>	.323**	.096*	.134**	.293**	.184**	.397**	-.199**	.363**	.442**
<i>Ejercicio Físico</i>	.200**	.090	.135**	.148**	.108*	.224**	-.043	.124**	.336**
<i>Moda</i>	.271**	.026	-.008	.263**	.136**	.236**	-.010	.049	.141**
<i>Musica</i>	.220	-.006	.067	.120	.132**	.143**	-.056	.093*	.159**
<i>Salud</i>	.077	.004	.009	.044	-.023	.112*	.030	.078	.190**
<i>Sexualidad</i>	.173	.042	-.026	.192	.182**	.222**	.020	.093*	.116*
Programas TV									
<i>Comedias</i>	.021	.034	.033	.009	.061	.062	.042	.011	.000
<i>Telenovelas</i>	.033	.023	-.036	.037	.012	.031	-.049	-.006	-.010
<i>Dramáticas</i>	-.012	-.035	.003	-.036	-.015	-.001	-.016	.042	.022
<i>Dramedias</i>	.057	-.023	-.010	.043	.089*	.016	.007	.030	-.058
<i>Animación</i>	.065	.022	.051	.068	-.001	.020	.048	.031	.027
<i>Otras series</i>	.016	.031	.044	-.023	-.041	.049	.011	.015	.011
<i>Películas</i>	.043	.024	.048	.017	.007	.066	-.015	.068	.024
<i>Magazines</i>	.032	.003	.012	.060	.012	.064	.034	.052	-.010
<i>Conocimientos</i>	.008	-.046	-.032	-.078	-.064	-.010	.030	.021	.034
<i>Habilidades</i>	.037	-.084	-.003	.018	-.005	.059	-.036	.049	.030
<i>Actuaciones</i>	.112**	-.023	.039	.053	.058	.069	.013	.021	-.012
<i>Galas y variedades</i>	.077	-.043	.051	.035	.013	.072	-.033	.037	.006
<i>RS Magazines</i>	.059	-.009	.039	.122**	.055	.071	-.016	.025	.010
<i>RSM Famosos</i>	.095*	.036	.038	.145**	.077	.126**	-.013	-.025	.003
<i>RS Concurso</i>	.063	.010	.033	.159**	.088	.101*	-.052	.027	.038
<i>Deportes</i>	-.009	.058	.021	-.049	.012	.051	-.026	.072	.147**
<i>Conciertos</i>	.095*	-.050	.099*	.064	.097*	.115**	-.079	.132**	.137**
<i>Música Plató</i>	.027	-.058	.077	.035	.093*	.092*	-.067	.093*	.106*
<i>Video Clips</i>	.116**	-.012	.090*	.109*	.135**	.106*	-.073	.073	.141**
<i>Informativos</i>	-.004	.027	.012	-.008	.037	.012	-.007	-.024	.027
<i>Documentales</i>	-.052	.031	-.069	-.053	-.010	-.046	.114**	-.030	.042
<i>Otras</i>	.080	-.007	.078	.086	.040	.090	-.032	.084	.092*

*p< 0.05; **p< 0.01

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; VCOE= Escala Visión Corporal Como Observador Externo de OBCS ; SC= Escala Sentimiento Culpa de OBCS; CCA= Escala Creencias Control Apariencia de OBCS; C= Escala Conocimiento de SATAQ-R; I= Escala Internalización de SATAQ-R; SES: Escala de Autoestima; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; EAT-26= Eating Attitudes Test

4. 3. Estudio de la relación entre las variables psicológicas con Revistas

HIPOTESIS 3. ¿Existe relación entre las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal -

BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas)?

H0: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas).

H1: Las variables psicológicas (comparación de apariencia física -PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) se relacionan estadísticamente con las variables de revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas).

Los resultados más relevantes de las correlaciones entre las variables psicológicas y las revistas son similares a los obtenidos en TV (ver Tabla III.32). Se observa una clara relación de los magazines de revistas (sobre todo belleza y dieta) con la insatisfacción corporal y las actitudes patológicas hacia la comida, las variables de comparación social de la apariencia, creencias de control de la apariencia de la escala de conciencia corporal objetivada, así como, con conocimiento e interiorización de la escala de actitudes socioculturales hacia la apariencia.

Por su parte, en el sentimiento de culpabilidad de la escala de conciencia corporal objetivada solo se comprueba relación clara con la exposición a magazines de TV de dieta y ejercicio físico.

Se comprueba relación negativa entre autoestima algunas revistas especializadas.

Al igual que ocurría en TV, la frecuencia de exposición a las revistas y los tipos de revistas especializadas no muestran relación con la insatisfacción corporal ni con las actitudes patológicas hacia la comida ni con el resto de variables psicológicas relevantes.

Tabla III.32. Correlación Pearson variables psicológicas con variables de revistas: uso, frecuencia exposición semana y revistas especializadas.

	PACS	VCOE	SC	CCA	C	I	SES	BD	EAT-26
Frecuencia lectura revistas semana	.047	.042	-.024	.000	.053	.114*	-.059	.049	.046
Uso revistas									
Entretención	-.017	.055	-.044	-.087	-.020	-.038	-.108*	.040	.030
Información	-.011	.044	.008	.050	.040	.006	-.129**	.043	.008
Secciones Magazines Revistas									
Belleza	.295**	.044	.025	.261**	.209**	.278**	-.079	.125**	.195**
Deporte	.086*	-.006	.007	-.019	-.002	.028	.008	.022	.134**
Dieta	.315**	.073	.105*	.237**	.216**	.374**	-.187**	.372**	.413**
Ejercicio Físico	.210**	.057	.097*	.080	.077	.195**	-.022	.137**	.281**
Moda	.258**	-.019	-.024	.166**	.107*	.224**	-.052	.084	.127**
Musica	.141**	-.032	.031	.066	.062	.126**	-.039	.089*	.066
Salud	.131**	-.030	.010	.034	.014	.119**	-.001	.075	.164**
Sexualidad	.163**	.040	.004	.187**	.193**	.208**	-.021	.121**	.137**
Revistas Especializadas									
Cine, vídeo y fotografía	.081	.000	-.024	.031	-.039	.085	-.125**	.009	.001
Deportes y ocio	.033	.013	-.015	-.048	-.087	.035	-.100*	-.032	.027
Estilos vida	.073	.034	.009	.074	-.007	.092*	-.157**	-.010	.026
Magazine	.092*	.065	.007	.085	.034	.130**	-.083	-.013	.027
Revistas corazón	.102*	.082	-.009	.100*	-.034	.064	-.109*	-.036	-.036
Informática internet-telecomunicaciones	.018	-.021	.013	-.034	-.076	.017	-.091*	-.014	-.002
Motor	.016	-.018	-.005	.011	.006	.035	-.110*	.035	.049
Musical	.067	.012	.005	.066	.057	.065	-.029	.026	.007
Satírica	.049	.044	-.034	-.011	-.022	.068	-.117**	.012	-.042
Salud	.080	.050	-.024	.018	-.017	.124**	-.148**	.053	.067
Otras	.076	.025	.016	.068	-.005	.095*	-.147**	.029	.012

*p< 0.05; **p< 0.01

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; VCOE= Escala Visión Corporal Como Observador Externo de OBCS ; SC= Escala Sentimiento Culpa de OBCS; CCA= Escala Creencias Control Apariencia de OBCS; C= Escala Conocimiento de SATAQ-R; I= Escala Internalización de SATAQ-R; SES: Escala de Autoestima; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; EAT-26= Eating Attitudes Test

4.4. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA e IMC

La Tabla III.33 muestra los resultados de la T- Student de IMC en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.33. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el IMC.

		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
IMC	Bajo Peso	150	48.1	66	39.1	183	55.1	55	28.8	205	50.7	27	25.7
	Peso Normal	146	46.8	88	52.1	140	42.2	111	58.1	181	44.8	64	61.0
	Sobrepeso	16	5.1	15	8.9	9	2.7	25	13.1	18	4.5	14	13.3
	TOTAL	312	100	169	100	332	100	191	100	404	100	105	100

BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; EAT-26= Eating Attitudes Test ; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

4.4.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 4. ¿Habrá diferencias en las proporciones del IMC entre adolescentes con presencia vs. ausencia de las actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones de IMC que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H0).

4.4.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 5. ¿Habrá diferencias en las proporciones del IMC entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones de IMC que aquellas sin insatisfacción corporal.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1), las proporciones de adolescentes con insatisfacción corporal son diferentes en el IMC (Chi- cuadrado= 44.976, $p= 0.000$). Se constatan proporciones de mayor IMC por parte de las adolescentes con insatisfacción corporal. Se encuentra una proporción significativamente menor de adolescentes con insatisfacción corporal con “*bajo peso*” (residuos corregidos -5.8). Además, se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con insatisfacción corporal con “*peso normal*” y “*sobrepeso*” (residuos corregidos 3.5 y 4.6, respectivamente).

4.4.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 6. ¿Habrá diferencias en las proporciones del IMC entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones de IMC que aquellas sin riesgo de TCA.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1), las proporciones de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida son diferentes en el IMC (Chi- cuadrado= 26.418, $p= 0.000$). Se constatan proporciones de mayor IMC por parte de las adolescentes con riesgo de TCA. Se encuentra una proporción significativamente menor de adolescentes con riesgo de TCA con “*bajo peso*” (residuos corregidos -4.6). Además, se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con riesgo de TCA con “*peso normal*” y “*sobrepeso*” (residuos corregidos 3.0 y 3.3, respectivamente).

4.5. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y las variables psicológicas

La Tabla III.34 muestra los resultados de la T- Student de las variables psicológicas estudiadas en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.34. T-Student sobre variables psicológicas en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA.

		N	Media	SD	T-Student	P
EAT- 26						
PACS	Ausencia	322	2.36	0.67	-8.951	0.000***
	Presencia	174	2.96	0.80		
OBCS	Ausencia	269	3.98	0.65	-7.124	0.000***
	Presencia	137	4.51	7.24		
VCOE	Ausencia	301	4.30	1.19	-0.937	0.349
	Presencia	159	4.41	1.11		
SC	Ausencia	307	3.48	1.43	-5.280	0.000***
	Presencia	162	4.14	1.21		
CCA	Ausencia	296	4.19	.96	-6.633	0.000***
	Presencia	151	4.87	1.13		
SATAQ-R	Ausencia	277	2.90	0.59	-10.582	0.000***
	Presencia	153	3.57	0.65		
C	Ausencia	296	3.26	0.73	-8.081	0.000***
	Presencia	158	3.82	0.68		
I	Ausencia	303	2.48	0.67	-11.559	0.000***
	Presencia	164	3.29	0.81		
SES	Ausencia	306	21.15	5.16	5.862	0.000***
	Presencia	164	15.11	5.74		
BD						
PACS	Ausencia	345	2.42	0.71	-6.627	0.000***
	Presencia	192	2.88	0.79		
OBCS	Ausencia	281	4.01	0.68	-6.254	0.000***
	Presencia	151	4.44	0.69		
VCOE	Ausencia	315	4.28	1.24	-0.976	0.330
	Presencia	179	4.38	1.10		
SC	Ausencia	323	3.53	1.45	-4.812	0.000***
	Presencia	181	4.12	1.22		
CCA	Ausencia	312	4.22	0.99	-5.811	0.000***
	Presencia	171	4.79	1.11		
SATAQ-R	Ausencia	296	2.94	0.62	-9.051	0.000***
	Presencia	165	3.51	0.66		
C	Ausencia	314	3.29	0.72	-6.416	0.000***
	Presencia	173	3.74	0.75		
I	Ausencia	322	2.51	0.70	-10.271	0.000***
	Presencia	180	3.23	0.78		
SES	Ausencia	324	21.26	5.18	6.847	0.000***
	Presencia	186	17.91	5.38		
RIESGO TCA						
PACS	Ausencia	418	2.43	0.70	-7.566	0.000***
	Presencia	107	3.08	0.81		
OBCS	Ausencia	343	4.04	0.66	-6.880	0.000***
	Presencia	82	4.61	0.73		
VCOE	Ausencia	385	4.31	1.20	-0.610	0.543
	Presencia	99	4.38	1.10		
SC	Ausencia	395	3.56	1.42	-5.814	0.000***
	Presencia	100	4.35	1.15		
CCA	Ausencia	382	4.25	0.98	-6.476	0.000***
	Presencia	91	5.01	1.15		
SATAQ-R	Ausencia	360	2.97	0.61	-10.922	0.000***
	Presencia	92	3.75	0.60		
C	Ausencia	382	3.31	0.73	-8.250	0.000***
	Presencia	96	3.94	0.66		
I	Ausencia	391	2.56	0.69	-11.135	0.000***
	Presencia	100	3.50	0.77		
SES	Ausencia	398	21.09	5.11	8.405	0.000***
	Presencia	100	16.24	5.36		

*p< 0.05; **p< 0.01; ***p<0.000

PACS= Escala Comparación Social Apariencia; VCOE= Escala Visión Corporal Como Observador Externo de OBCS ; SC= Escala Sentimiento Culpa de OBCS; CCA= Escala Creencias Control Apariencia de OBCS; C= Escala Conocimiento de SATAQ-R; I= Escala Internalización de SATAQ-R; SES: Escala de Autoestima; EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.5.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 7. ¿Habrán diferencias en las variables psicológicas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, visión corporal como observador externo, sentimiento de culpa, creencias de control de la apariencia, conciencia corporal objetivada, conocimiento, interiorización, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26) informarán de diferentes niveles en la comparación de la apariencia física, visión corporal como observador externo, sentimiento de culpa, creencias de control de la apariencia, conciencia corporal objetivada, conocimiento, interiorización, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26).

El estudio del perfil de las adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida en las variables psicológicas revela que se encuentran diferencias en todas las variables estudiadas, excepto en la visión corporal como observador externo (VCOE), por lo que se acepta la hipótesis alternativa. Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida presentan puntuaciones medias significativamente más altas en la comparación de apariencia física (PACS) ($t = -8.951$, $p = 0.000$), sentimiento de culpa (SC) ($t = 5.280$, $p = 0.000$), creencias de control de la apariencia (CCA) ($t = -6.633$, $p = 0.000$), conciencia corporal objetivada (OBCS) ($t = -7.124$, $p = 0.000$), conocimiento (C) ($t = -8.081$, $p = 0.000$), interiorización (I) ($t = -11.559$, $p = 0.000$) y actitudes socioculturales hacia la apariencia (SATAQ-R) ($t = -10.582$, $p = 0.000$). Además, se encuentran puntuaciones menores en autoestima (SES) en las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida ($t = 5.862$, $p = 0.000$) (indicativo de menor autoestima).

4.5.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 8. ¿Habrá diferencias en las variables psicológicas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, vision corporal como observador externo, sentimiento de culpa, creencias de control de la apariencia, conciencia corporal objetivada, conocimiento, interiorización, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes niveles en la comparación de la apariencia física, vision corporal como observador externo, sentimiento de culpa, creencias de control de la apariencia, conciencia corporal objetivada, conocimiento, interiorización, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin insatisfacción corporal.

Se presentan diferencias en todas las variables estudiadas, excepto en la visión corporal como observador externo (VCOE), por lo que se acepta la hipótesis alternativa. Las adolescentes con insatisfacción corporal presentan puntuaciones medias significativamente mayores en la comparación de la apariencia física (PACS) ($t = -6.627$, $p = 0.000$), sentimiento de culpa (SC) ($t = -6.254$, $p = 0.000$), creencias de control de la apariencia (CCA) ($t = -4.812$, $p = 0.000$), conciencia corporal objetivada (OBCS) ($t = -6.254$, $p = 0.000$), conocimiento (C) ($t = -6.416$, $p = 0.000$), interiorización (I) ($t = -10.271$, $p = 0.000$) y actitudes socioculturales hacia la apariencia (SATAQ-R) ($t = -9.051$, $p = 0.000$). Finalmente, las adolescentes con insatisfacción corporal muestran puntuaciones menores en autoestima (SES) ($t = 6.847$, $p = 0.000$) lo que es indicativo de menores niveles de autoestima.

4.5.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 9. ¿Habrá diferencias en las variables psicológicas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, vision corporal como observador externo, sentimiento de culpa, creencias de control de la apariencia, conciencia corporal objetivada, conocimiento, interiorización, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes niveles en la comparación de la apariencia física, vision corporal como observador externo, sentimiento de culpa, creencias de control de la apariencia, conciencia corporal objetivada, conocimiento, interiorización, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin riesgo de TCA.

Una vez más se encuentran diferencias en todas las variables estudiadas, excepto en la visión corporal como observador externo (VCOE), por lo que se acepta la hipótesis alternativa. Las adolescentes con riesgo de TCA tienen puntuaciones medias significativamente mayores en la comparación de la apariencia física (PACS) ($t = -7.566$, $p = 0.000$), sentimiento de culpa (SC) ($t = -5.814$, $p = 0.000$), creencias de control de la apariencia (CCA) ($t = -6.476$, $p = 0.000$), conciencia corporal objetivada (OBCS) ($t = -10.922$, $p = 0.000$), conocimiento (C) ($t = -8.250$, $p = 0.000$), interiorización (I) ($t = -11.135$, $p = 0.000$) y actitudes socioculturales hacia la apariencia (SATAQ-R) ($t = -10.922$, $p = 0.000$). Las adolescentes con riesgo de TCA muestran puntuaciones menores en autoestima (SES) ($t = 8.405$, $p = 0.000$) lo que es indicativo de menores niveles de autoestima.

4.6. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA e información secciones magazines de TV y revistas

En las Tablas III.35 y III.36 se presentan las distribuciones de las frecuencias de visión y lectura de las secciones de TV y revistas en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III. 35. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para la frecuencia de visión de las secciones de los magazines de TV.

VISION MAGAZINES TV		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Belleza	<i>Nunca</i>	109	33.4	32	18.6	98	28.4	53	27.3	129	30.7	18	17.0
	<i>Rara vez</i>	105	32.2	48	27.9	111	32.2	53	27.3	131	31.2	30	28.3
	<i>Algunas veces</i>	71	21.8	49	28.5	84	24.3	46	23.7	101	24.0	30	28.3
	<i>A menudo</i>	30	9.2	19	11.0	37	10.7	21	10.8	40	9.5	11	10.4
	<i>Siempre</i>	11	3.4	24	14.0	15	4.3	21	10.8	19	4.5	17	16.0
	TOTAL	326	100	172	100	345	100	194	100	420	100	106	100
Deporte	<i>Nunca</i>	108	33.0	48	27.7	109	31.4	61	31.1	135	31.9	31	29.0
	<i>Rara vez</i>	97	29.7	46	26.6	104	30.0	54	27.6	123	29.1	30	28.0
	<i>Algunas veces</i>	73	22.3	46	26.6	78	22.5	52	26.5	100	23.6	25	23.4
	<i>A menudo</i>	35	10.7	16	9.2	37	10.7	14	7.1	43	10.2	10	9.3
	<i>Siempre</i>	14	4.3	17	9.8	19	5.5	15	7.7	22	5.2	11	10.3
	TOTAL	327	100	173	100	347	100	196	100	423	100	107	100
Dieta	<i>Nunca</i>	201	61.5	63	36.4	208	60.1	72	37.1	249	59.0	29	27.4
	<i>Rara vez</i>	81	24.8	52	30.1	94	27.2	52	26.8	115	27.3	30	28.3
	<i>Algunas veces</i>	34	10.4	29	16.8	31	9.0	37	19.1	39	9.2	25	23.6
	<i>A menudo</i>	11	3.4	14	8.1	11	3.2	20	10.3	17	4.0	9	8.5
	<i>Siempre</i>	0	0.0	15	8.7	2	.6	13	6.7	2	0.5	13	12.3
	TOTAL	327	100	173	100	346	100	194	100	422	100	106	100
Ejercicio Físico	<i>Nunca</i>	140	42.9	50	28.7	136	39.5	60	30.8	169	40.2	29	27.1
	<i>Rara vez</i>	98	30.1	53	30.5	107	31.1	60	30.8	131	31.2	31	29.0
	<i>Algunas veces</i>	71	21.8	37	21.3	74	21.5	47	24.1	88	21.0	25	23.4
	<i>A menudo</i>	14	4.3	15	8.6	18	5.2	15	7.7	22	5.2	10	9.3
	<i>Siempre</i>	3	0.9	19	10.9	9	2.6	13	6.7	10	2.4	12	11.2
	TOTAL	326	100	174	100	344	100	195	100	420	100	107	100
Moda	<i>Nunca</i>	44	13.5	22	12.6	41	11.9	29	14.9	52	12.4	17	15.9
	<i>Rara vez</i>	74	22.7	29	16.7	74	21.4	38	19.5	95	22.6	17	15.9
	<i>Algunas veces</i>	118	36.2	47	27.0	118	34.2	54	27.7	141	33.5	28	26.2
	<i>A menudo</i>	54	16.6	37	21.3	68	19.7	37	19.0	80	19.0	20	18.7
	<i>Siempre</i>	36	11.0	39	22.4	44	12.8	37	19.0	53	12.6	25	23.4
	TOTAL	326	100	174	100	345	100	195	100	421	100	107	100
Música	<i>Nunca</i>	14	4.3	1	0.6	10	2.9	4	2.0	15	3.5	0	0.0
	<i>Rara vez</i>	28	8.6	14	8.0	30	8.6	14	7.1	38	9.0	8	7.5
	<i>Algunas veces</i>	88	26.9	25	14.4	85	24.5	38	19.4	107	25.3	14	13.1
	<i>A menudo</i>	114	34.9	51	29.3	116	33.4	68	34.7	143	33.8	31	29.0
	<i>Siempre</i>	83	25.4	83	47.7	106	30.5	72	36.7	120	28.4	54	50.5
	TOTAL	327	100	174	100	347	100	196	100	423	100	107	100
Salud	<i>Nunca</i>	120	36.9	46	26.4	120	35.1	55	28.4	147	35.2	28	26.2
	<i>Rara vez</i>	121	37.2	60	34.5	122	35.7	71	36.6	150	35.9	38	35.5
	<i>Algunas veces</i>	60	18.5	43	24.7	67	19.6	49	25.3	83	19.9	27	25.2
	<i>A menudo</i>	20	6.2	16	9.2	22	6.4	16	8.2	27	6.5	11	10.3
	<i>Siempre</i>	4	1.2	9	5.2	11	3.2	3	1.5	11	2.6	3	2.8
	TOTAL	325	100	174	100	342	100	194	100	418	100	107	100
Sexualidad	<i>Nunca</i>	133	40.9	58	33.3	135	39.4	65	33.3	165	39.4	34	31.8
	<i>Rara vez</i>	101	31.1	48	27.6	102	29.7	64	32.8	128	30.5	31	29.0
	<i>Algunas veces</i>	64	19.7	40	23.0	74	21.6	37	19.0	84	20.0	24	22.4
	<i>A menudo</i>	16	4.9	13	7.5	18	5.2	17	8.7	24	5.7	10	9.3
	<i>Siempre</i>	11	3.4	15	8.6	14	4.1	12	6.2	18	4.3	8	7.5
	TOTAL	325	100	174	100	343	100	195	100	419	100	107	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla III.36. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para la frecuencia de lectura de las secciones de las revistas.

VISION MAGAZINES		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Belleza	<i>Nunca</i>	94	29.1	37	21.8	94	27.7	48	24.6	119	28.7	19	17.8
	<i>Rara vez</i>	87	26.9	35	20.6	93	27.4	39	20.0	109	26.3	25	23.4
	<i>Algunas veces</i>	80	24.8	41	24.1	82	24.2	53	27.2	102	24.6	27	25.2
	<i>A menudo</i>	32	9.9	26	15.3	39	11.5	24	12.3	47	11.3	13	12.1
	<i>Siempre</i>	30	9.3	31	18.2	31	9.1	31	15.9	38	9.2	23	21.5
	TOTAL	323	100	170	100	339	100	195	100	415	100	107	100
Deporte	<i>Nunca</i>	154	47.7	70	41.7	159	47.0	85	43.6	194	46.9	43	40.6
	<i>Rara vez</i>	89	27.6	46	27.4	97	28.7	54	27.7	117	28.3	28	26.4
	<i>Algunas veces</i>	45	13.9	30	17.9	48	14.2	31	15.9	61	14.7	17	16.0
	<i>A menudo</i>	25	7.7	12	7.1	22	6.5	15	7.7	28	6.8	10	9.4
	<i>Siempre</i>	10	3.1	10	6.0	12	3.6	10	5.1	14	3.4	8	7.5
	TOTAL	323	100	168	100	338	100	195	100	414	100	106	100
Dieta	<i>Nunca</i>	187	57.9	59	35.1	198	58.8	61	31.3	234	56.7	25	23.4
	<i>Rara vez</i>	79	24.5	37	22.0	82	24.3	48	24.6	104	25.2	23	21.5
	<i>Algunas veces</i>	40	12.4	28	16.7	39	11.6	36	18.5	49	11.9	24	22.4
	<i>A menudo</i>	14	4.3	22	13.1	12	3.6	30	15.4	20	4.8	16	15.0
	<i>Siempre</i>	3	0.9	22	13.1	6	1.8	20	10.3	6	1.5	19	17.8
	TOTAL	323	100	168	100	337	100	195	100	413	100	107	100
Ejercicio Físico	<i>Nunca</i>	140	43.9	52	31.1	142	42.6	62	32.1	172	42.2	29	27.6
	<i>Rara vez</i>	92	28.8	43	25.7	97	29.1	48	24.9	118	28.9	25	23.8
	<i>Algunas veces</i>	60	18.8	38	22.8	62	18.6	48	24.9	77	18.9	29	27.6
	<i>A menudo</i>	25	7.8	17	10.2	23	6.9	24	12.4	31	7.6	13	12.4
	<i>Siempre</i>	2	0.6	17	10.2	9	2.7	11	5.7	10	2.5	9	8.6
	TOTAL	319	100	167	100	333	100	193	100	408	100	105	100
Moda	<i>Nunca</i>	56	17.4	25	14.7	56	16.6	32	16.4	68	16.4	17	15.9
	<i>Rara vez</i>	47	14.6	26	15.3	56	16.6	27	13.8	69	16.7	13	12.1
	<i>Algunas veces</i>	100	31.1	28	16.5	95	28.1	38	19.5	113	27.3	17	15.9
	<i>A menudo</i>	60	18.6	36	21.2	63	18.6	49	25.1	84	20.3	25	23.4
	<i>Siempre</i>	59	18.3	55	32.4	68	20.1	49	25.1	80	19.3	35	32.7
	TOTAL	322	100	170	100	338	100	195	100	414	100	107	100
Música	<i>Nunca</i>	29	9.1	13	7.6	32	9.5	14	7.1	38	9.2	6	5.6
	<i>Rara vez</i>	34	10.6	21	12.4	40	11.9	18	9.2	47	11.4	12	11.2
	<i>Algunas veces</i>	81	25.3	25	14.7	79	23.5	37	18.9	100	24.3	13	12.1
	<i>A menudo</i>	91	28.4	36	21.2	85	25.3	52	26.5	108	26.2	26	24.3
	<i>Siempre</i>	85	26.6	75	44.1	100	29.8	75	38.3	119	28.9	50	46.7
	TOTAL	320	100	170	100	336	100	196	100	412	100	107	100
Salud	<i>Nunca</i>	136	42.1	58	34.3	143	42.3	67	34.7	173	41.8	34	32.1
	<i>Rara vez</i>	92	28.5	44	26.0	93	27.5	55	28.5	113	27.3	30	28.3
	<i>Algunas veces</i>	68	21.1	34	20.1	66	19.5	42	21.8	84	20.3	22	20.8
	<i>A menudo</i>	21	6.5	20	11.8	24	7.1	22	11.4	31	7.5	13	12.3
	<i>Siempre</i>	6	1.9	13	7.7	12	3.6	7	3.6	13	3.1	7	6.6
	TOTAL	323	100	169	100	338	100	193	100	414	100	106	100
Sexualidad	<i>Nunca</i>	137	42.7	64	37.6	144	42.7	70	35.9	176	42.6	35	32.7
	<i>Rara vez</i>	76	23.7	28	16.5	74	22.0	45	23.1	92	22.3	20	18.7
	<i>Algunas veces</i>	61	19.0	39	22.9	70	20.8	39	20.0	83	20.1	23	21.5
	<i>A menudo</i>	27	8.4	15	8.8	30	8.9	17	8.7	36	8.7	12	11.2
	<i>Siempre</i>	20	6.2	24	14.1	19	5.6	24	12.3	26	6.3	17	15.9
	TOTAL	321	100	170	100	337	100	195	100	413	100	107	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.6.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 10. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV entre adolescentes con presencia vs. ausencia de las actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H0) en las secciones de visión de la sección de magazines de deporte.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1) en las secciones de TV de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad. Se encuentran proporciones diferentes en la frecuencia de visión de las secciones de belleza (Chi- cuadrado= 29.848, $p= 0.000$), dieta (Chi- cuadrado= 51.688, $p= 0.000$), ejercicio físico (Chi- cuadrado= 35.488, $p= 0.000$), moda (Chi- cuadrado= 16.123, $p= 0.003$), música (Chi- cuadrado= 31.307, $p= 0.000$), salud (Chi- cuadrado= 14.339, $p= 0.006$) y sexualidad (Chi- cuadrado= 9.988, $p= 0.041$) en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida. Se constatan proporciones de mayor frecuencia de visión de cada una de estas secciones por parte de las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida que “*nunca*” ven las secciones de belleza, dieta, ejercicio físico, música y salud (residuos corregidos -3.5, -5.3, 3.1, -2.3 y -2.4 respectivamente) y que “*algunas veces*” ven la secciones de moda y música (residuos corregidos -2.1 y -3.2). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida que “*siempre*” ven las secciones de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad (residuos corregidos 4.4, 5.4, 5.2, 3.4, 5.1, 2.6 y 2.5 respectivamente), que “*algunas veces*” ven la sección de dieta

(residuos corregidos 2.0) y que “*a menudo*” ven la sección de dieta y ejercicio físico (residuos corregidos 2.3 y 2.0).

HIPOTESIS 11. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de las actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H0) en la sección de la lectura de la sección de magazines de deporte.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1) en las secciones de TV de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad. Se encuentra que las proporciones de actitudes patológicas hacia la comida son diferentes en la frecuencia de visión de belleza (Chi- cuadrado= 14.043, $p = 0.007$), dieta (Chi- cuadrado= 56.882, $p = 0.000$), ejercicio físico (Chi- cuadrado= 32.016, $p = 0.000$), moda (Chi- cuadrado= 19.442, $p = 0.001$), música (Chi- cuadrado= 19.065, $p = 0.001$), salud (Chi- cuadrado= 15.560, $p = 0.004$) y sexualidad (Chi- cuadrado= 11.995, $p = 0.017$). Se constatan proporciones de mayor frecuencia de lectura de cada una de estas secciones por parte de las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida que “*nunca*” leen las secciones de dieta y ejercicio físico (residuos corregidos -4.8 y -2.7 respectivamente) y que “*algunas veces*” leen las secciones de moda y música (residuos corregidos -3.5 y -2.7 respectivamente). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida que “*siempre*” leen las secciones de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad (residuos corregidos 2.9, 5.8, 5.2, 3.5, 3.9, 3.2 y 2.9 respectivamente) y que “*a menudo*” leen la sección de dieta y salud (residuos corregidos 3.5 y 2.0 respectivamente).

4.6.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 12. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines emitidos de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) en las secciones de belleza, deporte, ejercicio físico, moda y música salud y sexualidad. Se acepta la hipótesis alternativa (H_1) en la sección de TV de dieta; las proporciones de adolescentes con insatisfacción corporal son diferentes en la frecuencia de visión de dieta ($\chi^2 = 50.570$, $p = 0.000$). Se constatan proporciones de mayor frecuencia de visión de esta sección por parte de las adolescentes con insatisfacción corporal.

Se encuentra una proporción significativamente menor de adolescentes con insatisfacción corporal que “*nunca*” ven la sección de dieta (residuos corregidos -5.1) y significativamente mayor de adolescentes que “*algunas veces*”, “*a menudo*” y “*siempre*” leen esta sección (residuos corregidos 3.4, 3.4 y 4.2 respectivamente).

HIPOTESIS 13. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin insatisfacción corporal.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) en las secciones de belleza, deporte, moda, música, salud y sexualidad. Mientras que, se acepta la hipótesis alternativa (H_1) en las secciones de TV de dieta y ejercicio físico; las proporciones de insatisfacción corporal son diferentes en la frecuencia de visión de dieta (Chi- cuadrado= 63.343, $p= 0.000$) y ejercicio físico (Chi- cuadrado= 13.638, $p= 0.009$). Se constatan proporciones de mayor frecuencia de lectura de cada una de estas secciones por parte de las adolescentes con insatisfacción corporal

Se encuentra una proporción significativamente menor de adolescentes con insatisfacción corporal que “*nunca*” leen las secciones de dieta y ejercicio físico (residuos corregidos -6.1 y -2.4). Además, se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con insatisfacción corporal que leen la sección de dieta “*algunas veces*”, “*a menudo*” y “*siempre*” (residuos corregidos 2.2., 4.9 y 4.4) y la sección ejercicio físico “*a menudo*” (residuos corregidos 2.1).

4.6.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 14. ¿Habrán diferencias en las proporciones de la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0) en las secciones de deporte, salud y sexualidad. A su vez, se acepta la hipótesis alternativa (H_1) en las secciones de TV de belleza, dieta, ejercicio físico, moda y música. Así se

encuentra que las proporciones de adolescentes en riesgo de desórdenes alimentarios son diferentes en la frecuencia de visión de belleza (Chi- cuadrado= 23.016, $p= 0.000$), dieta (Chi- cuadrado= 75.408, $p= 0.000$), ejercicio físico (Chi- cuadrado= 22.595, $p= 0.000$), moda (Chi- cuadrado= 10.749, $p= 0.030$) y música (Chi- cuadrado= 22.906, $p= 0.000$). Se constatan proporciones de mayor frecuencia de visión de cada una de estas secciones por parte de las adolescentes con riesgo de TCA.

Se encuentra una proporción significativamente menor de adolescentes con riesgo de TCA que “*nunca*” ven las secciones de belleza, dieta, ejercicio físico y música (residuos corregidos -2.8, -5.8, -2.5 y -2.0 respectivamente) y que “*algunas veces*” ven la sección de música (residuos corregidos -2.7). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con riesgo de TCA que “*siempre*” ven las secciones de belleza, dieta, ejercicio físico, moda y música (residuos corregidos 4.2, 6.5, 4.1, 2.8 y 4.3 respectivamente) y que “*algunas veces*” ven la sección de dieta (residuos corregidos 4.0).

HIPOTESIS 15. ¿Habrá diferencias en las proporciones de la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de información de las secciones de las revistas que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de información de las secciones de las revistas que aquellas sin riesgo de TCA.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1) en las secciones de TV de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música y sexualidad mientras que se acepta la hipótesis nula (H0) en las secciones de TV de deporte y salud. Las proporciones de adolescentes en riesgo de desórdenes alimentarios son diferentes en la frecuencia de visión de belleza (Chi- cuadrado= 15.262, $p= 0.004$), dieta (Chi- cuadrado= 85.681, $p= 0.000$), ejercicio físico (Chi- cuadrado= 19.053, $p= 0.001$), moda (Chi- cuadrado= 12.838, $p= 0.012$), música (Chi- cuadrado= 15.473, $p= 0.004$) y sexualidad (Chi- cuadrado= 12.674, $p= 0.013$). Se

constatan proporciones de mayor frecuencia de lectura de cada una de estas secciones por parte de las adolescentes con riesgo de TCA.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con riesgo de TCA que “*nunca*” leen las secciones de belleza, dieta y ejercicio físico (residuos corregidos -2.3, -6.1 y -2.7 respectivamente) y que “*algunas veces*” leen las secciones de moda y música (residuos corregidos -2.4 y -2.7). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con riesgo de TCA que “*siempre*” leen las secciones de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música y sexualidad (residuos corregidos 3.5, 7.0, 3.0, 3.0, 3.5 y 3.2 respectivamente), que “*algunas veces*” leen las secciones de dieta y ejercicio físico (residuos corregidos 2.8 y 2.0) y que “*a menudo*” leen la sección de dieta (residuos corregidos 3.7).

4.7. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y uso medios comunicación

En la Tabla III.37 se presentan las distribuciones del uso de los medios de comunicación en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.37. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA según el uso de la televisión y las revistas.

		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
USO TV													
Entretenimiento	<i>Muy importante</i>	50	15.3	39	22.4	62	17.9	32	16.3	73	17.3	21	19.6
	<i>Algo importante</i>	106	32.4	53	30.5	107	30.8	67	34.2	133	31.4	34	31.8
	<i>Ni poca ni mucha importancia</i>	101	30.9	44	25.3	105	30.3	55	28.1	130	30.7	26	24.3
	<i>Poco importante</i>	51	15.6	26	14.9	49	14.1	31	15.8	61	14.4	19	17.8
	<i>Nada importante</i>	19	5.8	12	6.9	24	6.9	11	5.6	26	6.1	7	6.5
	TOTAL	327	100	174	100	347	100	196	100	423	100	107	100
Información	<i>Muy importante</i>	108	33.1	63	36.2	117	33.7	72	36.9	138	32.7	43	40.2
	<i>Algo importante</i>	82	25.2	41	23.6	93	26.8	39	20.0	108	25.6	24	22.4
	<i>Ni poca ni mucha importancia</i>	55	16.9	29	16.7	51	14.7	36	18.5	71	16.8	15	14.0
	<i>Poco importante</i>	47	14.4	23	13.2	49	14.1	30	15.4	61	14.5	14	13.1
	<i>Nada importante</i>	34	10.4	18	10.3	37	10.7	18	9.2	44	10.4	11	10.3
	TOTAL	326	100	174	100	347	100	195	100	422	100	107	100
USO REVISTAS													
Entretenimiento	<i>Muy importante</i>	31	9.5	15	8.6	31	8.9	16	8.2	38	9.0	9	8.4
	<i>Algo importante</i>	85	26.0	49	28.2	93	26.8	51	26.0	116	27.4	27	25.2
	<i>Ni poca ni mucha importancia</i>	118	36.1	53	30.5	118	34.0	69	35.2	146	34.5	36	33.6
	<i>Poco importante</i>	75	22.9	36	20.7	77	22.2	44	22.4	92	21.7	24	22.4
	<i>Nada importante</i>	18	5.5	21	12.1	28	8.1	16	8.2	31	7.3	11	10.3
	TOTAL	327	100	174	100	347	100	196	100	423	100	107	100
Información	<i>Muy importante</i>	31	9.5	14	8.0	36	10.4	15	7.7	43	10.2	7	6.5
	<i>Algo importante</i>	80	24.5	48	27.6	94	27.1	51	26.0	109	25.8	30	28.0
	<i>Ni poca ni mucha importancia</i>	117	35.8	52	29.9	107	30.8	67	34.2	137	32.4	35	32.7
	<i>Poco importante</i>	78	23.9	45	25.9	86	24.8	48	24.5	105	24.8	27	25.2
	<i>Nada importante</i>	21	6.4	15	8.6	24	6.9	15	7.7	29	6.9	8	7.5
	TOTAL	327	100	174	100	347	100	196	100	423	100	107	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.7.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 16. ¿Habrá diferencias en las proporciones del uso (entretenimiento o información) de los medios de comunicación entre adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H0). La proporción de presencia de actitudes patológicas hacia la comida es la misma en función del uso de los medios de comunicación.

4.7.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 17. ¿Habrá diferencias en las proporciones del uso (entretenimiento o información) de los medios de comunicación entre adolescentes con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin insatisfacción corporal.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H0). La proporción de la presencia de insatisfacción corporal es la misma en función del uso de los medios de comunicación.

4.7.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 18. ¿Habrá diferencias en las proporciones del uso (entretenimiento o información) de los medios de comunicación entre adolescentes con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin riesgo de TCA.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H0). La proporción de estar en riesgo de TCA es la misma en función del uso de los medios de comunicación.

4.8. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y el nivel de visión TV a la semana

La Tabla III.38 presenta las distribuciones del nivel de visión de TV entre semana y el fin de semana en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.38. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión de TV entre semana y el fin de semana.

VISIÓN TV		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Entre Semana	Bajo	151	47.3	77	45.8	158	46.5	87	46.0	193	46.7	46	44.2
	Moderado	37	11.6	18	10.7	42	12.4	21	11.1	48	11.6	12	11.5
	Alto	131	41.1	73	43.5	140	41.2	81	42.9	172	41.6	46	44.2
	TOTAL	319	100	168	100	340	100	189	100	413	100	104	100
Fin Semana	Bajo	155	48.7	67	39.4	156	46.0	83	43.5	192	46.6	41	39.0
	Moderado	55	17.3	30	17.6	55	16.2	35	18.3	71	17.2	19	18.1
	Alto	108	34.0	73	42.9	128	37.8	73	38.2	149	36.2	45	42.9
	TOTAL	318	100	170	100	339	100	191	100	412	100	105	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.8.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 19. ¿Habrán diferencias en las proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). La proporción de presencia de actitudes patológicas hacia la comida es la misma en función del nivel de exposición durante la semana y el fin de semana a la TV.

4.8.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 20. ¿Habrán diferencias en las proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). La proporción de presencia de insatisfacción corporal es la misma en función del nivel de exposición durante la semana y el fin de semana a la TV.

4.8.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 21. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin riesgo de TCA.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). La proporción de riesgo de TCA es la misma en función del nivel de exposición a la TV durante la semana y el fin de semana.

4.9. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y nivel de visión de programas TV

De las Tablas III.39 a la III.43 se presentan las distribuciones del nivel de visión de los programas del género de ficción, entretenimiento, deportes, información y otros en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.39. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA hacia la comida para el nivel de visión semanal de los programas del género de ficción.

VISIÓN FICCION TV	PROGRAMAS	EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Comedias	<i>Bajo</i>	224	69.3	121	69.9	242	71.0	135	69.2	295	70.7	71	67.0
	<i>Moderado</i>	78	24.1	39	22.5	77	22.6	46	23.6	96	23.0	27	25.5
	<i>Alto</i>	21	6.5	13	7.5	22	6.5	14	7.2	26	6.2	8	7.5
	<i>TOTAL</i>	323	100	173	100	341	100	195	100	417	100	106	100
Telenovelas	<i>Bajo</i>	235	72.3	130	74.7	253	73.1	145	74.0	312	73.9	78	72.9
	<i>Moderado</i>	70	21.5	30	17.2	69	19.9	38	19.4	84	19.9	19	17.8
	<i>Alto</i>	20	6.2	14	8.0	24	6.9	13	6.6	26	6.2	10	9.3
	<i>TOTAL</i>	325	100	174	100	346	100	196	100	422	100	107	100
Dramáticas	<i>Bajo</i>	224	68.9	121	69.5	238	69.0	140	71.8	290	68.9	78	72.9
	<i>Moderado</i>	75	23.1	32	18.4	80	23.2	34	17.4	97	23.0	15	14.0
	<i>Alto</i>	26	8.0	21	12.1	27	7.8	21	10.8	34	8.1	14	13.1
	<i>TOTAL</i>	325	100	174	100	345	100	195	100	421	100	107	100
Dramedias	<i>Bajo</i>	129	39.8	74	43.3	138	40.7	84	43.1	169	40.8	47	43.9
	<i>Moderado</i>	128	39.5	60	35.1	135	39.8	64	32.8	162	39.1	36	33.6
	<i>Alto</i>	67	20.7	37	21.6	66	19.5	47	24.1	83	20.0	24	22.4
	<i>TOTAL</i>	324	100	171	100	339	100	195	100	414	100	107	100
Animación	<i>Bajo</i>	196	59.9	101	58.7	211	61.0	120	61.5	256	60.7	63	59.4
	<i>Moderado</i>	103	31.5	47	27.3	108	31.2	48	24.6	130	30.8	26	24.5
	<i>Alto</i>	28	8.6	24	14.0	27	7.8	27	13.8	36	8.5	17	16.0
	<i>TOTAL</i>	327	100	172	100	346	100	195	100	422	100	106	100
Otras series	<i>Bajo</i>	262	81.4	134	79.3	278	81.0	154	81.1	334	80.1	85	82.5
	<i>Moderado</i>	44	13.7	25	14.8	50	14.6	23	12.1	61	14.6	12	11.7
	<i>Alto</i>	16	5.0	10	5.9	15	4.4	13	6.8	22	5.3	6	5.8
	<i>TOTAL</i>	322	100	169	100	343	100	190	100	417	100	103	100
Películas	<i>Bajo</i>	156	48.6	72	42.4	165	49.0	85	44.3	198	47.9	43	41.7
	<i>Moderado</i>	119	37.1	64	37.6	123	36.5	71	37.0	153	37.0	38	36.9
	<i>Alto</i>	46	14.3	34	20.0	49	14.5	36	18.8	62	15.0	22	21.4
	<i>TOTAL</i>	321	100	170	100	337	100	192	100	413	100	103	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla III.40. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de los programas del género de entretenimiento.

VISIÓN PROGRAMAS ENTRETENIMIENTO TV		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Magazines	Bajo	257	78.8	138	80.7	279	80.9	150	77.3	336	80.0	81	76.4
	Moderado	48	14.7	21	12.3	45	13.0	32	16.5	58	13.8	16	15.1
	Alto	21	6.4	12	7.0	21	6.1	12	6.2	26	6.2	9	8.5
	TOTAL	326	100	171	100	345	100	194	100	420	100	106	100
Conocimientos	Bajo	283	86.8	143	82.2	294	85.5	165	84.2	359	85.5	86	80.4
	Moderado	34	10.4	23	13.2	38	11.0	24	12.2	47	11.2	16	15.0
	Alto	9	2.8	8	4.6	12	3.5	7	3.6	14	3.3	5	4.7
	TOTAL	326	100	174	100	344	100	196	100	420	100	107	100
Habilidades	Bajo	282	86.5	144	83.7	296	85.8	164	84.1	363	86.2	87	82.1
	Moderado	35	10.7	20	11.6	37	10.7	24	12.3	46	10.9	13	12.3
	Alto	9	2.8	8	4.7	12	3.5	7	3.6	12	2.9	6	5.7
	TOTAL	326	100	172	100	345	100	195	100	421	100	106	100
Actuaciones	Bajo	277	85.2	146	84.4	298	86.1	162	83.5	360	85.5	88	83.0
	Moderado	35	10.8	18	10.4	32	9.2	26	13.4	43	10.2	12	11.3
	Alto	13	4.0	9	5.2	16	4.6	6	3.1	18	4.3	6	5.7
	TOTAL	325	100	173	100	346	100	194	100	421	100	106	100
Galas y variedades	Bajo	275	85.4	131	78.0	287	84.7	154	79.4	351	85.0	78	74.3
	Moderado	31	9.6	29	17.3	34	10.0	33	17.0	41	9.9	23	21.9
	Alto	16	5.0	8	4.8	18	5.3	7	3.6	21	5.1	4	3.8
	TOTAL	322	100	168	100	339	100	194	100	413	100	105	100
RS Magazines	Bajo	259	79.7	131	77.1	271	78.6	151	78.2	334	79.3	78	75.0
	Moderado	48	14.8	28	16.5	53	15.4	34	17.6	63	15.0	20	19.2
	Alto	18	5.5	11	6.5	21	6.1	8	4.1	24	5.7	6	5.8
	TOTAL	325	100	170	100	345	100	193	100	421	100	104	100
RSM Famosos	Bajo	251	77.7	133	77.8	262	76.6	152	78.8	324	77.7	81	77.1
	Moderado	46	14.2	28	16.4	53	15.5	31	16.1	64	15.3	17	16.2
	Alto	26	8.0	10	5.8	27	7.9	10	5.2	29	7.0	7	6.7
	TOTAL	323	100	171	100	342	100	193	100	417	100	105	100
RS Concurso	Bajo	228	69.9	119	68.8	240	69.4	134	69.1	297	70.4	71	67.0
	Moderado	68	20.9	31	17.9	72	20.8	38	19.6	85	20.1	21	19.8
	Alto	30	9.2	23	13.3	34	9.8	22	11.3	40	9.5	14	13.2
	TOTAL	326	100	173	100	346	100	194	100	422	100	106	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla III.41. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de los programas de deportes.

VISIÓN PROGRAMAS TV		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Deportes	Bajo	283	86.8	130	76.0	293	84.9	155	80.3	356	84.6	80	76.2
	Moderado	32	9.8	23	13.5	38	11.0	20	10.4	47	11.2	12	11.4
	Alto	11	3.4	18	10.5	14	4.1	18	9.3	18	4.3	13	12.4
	TOTAL	326	100	171	100	345	100	193	100	421	100	105	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla III.42. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de los programas del género de información.

VISIÓN PROGRAMAS INFORMACION TV		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Conciertos	<i>Bajo</i>	244	75.1	101	59.1	248	72.1	120	61.9	304	72.4	60	56.6
	<i>Moderado</i>	62	19.1	45	26.3	71	20.6	47	24.2	87	20.7	29	27.4
	<i>Alto</i>	19	5.8	25	14.6	25	7.3	27	13.9	29	6.9	17	16.0
	<i>TOTAL</i>	325	100	171	100	344	100	194	100	420	100	106	100
Música plató	<i>Bajo</i>	250	77.9	111	64.2	260	75.8	129	67.2	316	76.0	63	59.4
	<i>Moderado</i>	50	15.6	39	22.5	59	17.2	41	21.4	70	16.8	28	26.4
	<i>Alto</i>	21	6.5	23	13.3	24	7.0	22	11.5	30	7.2	15	14.2
	<i>TOTAL</i>	321	100	173	100	343	100	192	100	416	100	106	100
Vídeo clips	<i>Bajo</i>	215	66.2	88	50.6	220	63.8	106	54.9	269	63.9	52	48.6
	<i>Moderado</i>	80	24.6	55	31.6	85	24.6	59	30.6	105	24.9	39	36.4
	<i>Alto</i>	30	9.2	31	17.8	40	11.6	28	14.5	47	11.2	16	15.0
	<i>TOTAL</i>	325	100	174	100	345	100	193	100	421	100	107	100
Informativos	<i>Bajo</i>	245	75.2	125	72.3	258	74.8	143	74.1	319	75.8	75	70.8
	<i>Moderado</i>	73	22.4	40	23.1	73	21.2	42	21.8	88	20.9	26	24.5
	<i>Alto</i>	8	2.5	8	4.6	14	4.1	8	4.1	14	3.3	5	4.7
	<i>TOTAL</i>	326	100	173	100	345	100	193	100	421	100	106	100
Documentales	<i>Bajo</i>	301	93.2	154	89.0	313	91.5	180	92.3	381	91.1	99	93.4
	<i>Moderado</i>	17	5.3	12	6.9	23	6.7	8	4.1	28	6.7	3	2.8
	<i>Alto</i>	5	1.5	7	4.0	6	1.8	7	3.6	9	2.2	4	3.8
	<i>TOTAL</i>	323	100	173	100	342	100	195	100	418	100	106	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tabla III.43. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de visión semanal de otros programas.

VISIÓN TV		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Otras	<i>Bajo</i>	266	88.7	132	84.1	276	87.9	155	85.6	339	88.3	82	83.7
	<i>Moderado</i>	25	8.3	13	8.3	26	8.3	14	7.7	30	7.8	9	9.2
	<i>Alto</i>	9	3.0	12	7.6	12	3.8	12	6.6	15	3.9	7	7.1
	<i>TOTAL</i>	300	100	157	100	314	100	181	100	384	100	98	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.9.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 22. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición a los programas emitidos en TV entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 en los programas del género de ficción y entretenimiento, informativos, documentales y otros programas de TV por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0).

Se acepta la hipótesis alternativa H_1 en los programas de deportes y musicales (conciertos, música en plató y vídeo clips). Se encuentran proporciones diferentes en el nivel de visión de programas de deportes ($\chi^2 = 12.742$, $p = 0.002$), conciertos ($\chi^2 = 16.575$, $p = 0.000$), música en plató ($\chi^2 = 11.679$, $p = 0.003$) y vídeo clips ($\chi^2 = 13.412$, $p = 0.001$) entre chicas con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida. Se constatan proporciones de mayor nivel de visión de cada una de estos programas por parte de las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida con un nivel “*bajo*” de visión de los programas de deportes, conciertos, música en plató y vídeo clips (residuos corregidos -3.2, -3.7, 3.3 y -3.4 respectivamente). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida con un nivel “*alto*” de visión de los programas de deportes, conciertos, música en plató y vídeo clips (residuos corregidos 3.2, 3.3, 2.5 y 2.8 respectivamente).

4.9.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 23. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición a los programas emitidos en TV entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.

El valor p es mayor a 0.05 en los programas del género de ficción excepto en las series de animación, entretenimiento, informativos, documentales, musicales excepto en los conciertos y otros programas de TV por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). Se constatan proporciones de mayor nivel de visión de cada una de estos programas por parte de las adolescentes con insatisfacción corporal.

Se acepta la hipótesis alternativa H_1 en los programas de animación, deportes y conciertos. Se encuentran proporciones diferentes en el nivel de visión de programas de animación (Chi- cuadrado= 6.452, $p= 0.040$), deportes (Chi- cuadrado= 6.141, $p= 0.046$) y conciertos (Chi- cuadrado= 8.304, $p= 0.016$) entre chicas con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal.

Existe una proporción significativamente mayor de adolescentes con insatisfacción corporal con un nivel “alto” de visión de los programas de animación, deportes y conciertos (residuos corregidos 2.3, 2.5 y 2.5 respectivamente).

4.9.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 24. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de exposición a los programas emitidos en TV entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de frecuencia de exposición a los programas de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de frecuencia de exposición a los programas de TV que aquellas sin riesgo de TCA.

El valor p es mayor a 0.05 en los programas del género de ficción, entretenimiento excepto en los programas de galas y variedades, informativos, documentales y otros programas de TV por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0).

Se acepta la hipótesis alternativa H_1 en los programas de galas y variedades, deportes y musicales (conciertos, música en plató y vídeo clips). Se encuentran

proporciones diferentes en el nivel de visión de programas de galas y variedades (Chi-cuadrado= 11.160, $p= 0.004$), deportes (Chi-cuadrado= 10.084, $p= 0.006$), conciertos (Chi-cuadrado= 12.812, $p= 0.002$), música en plató (Chi-cuadrado= 12.034, $p= 0.002$) y vídeo clips (Chi-cuadrado= 8.454, $p= 0.015$) entre chicas con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA. Se constatan proporciones de mayor nivel de visión de cada una de estos programas por parte de las adolescentes con riesgo de TCA.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con riesgo de TCA con un nivel “*bajo*” de visión de los programas de galas y variedades, deportes, conciertos, música en plató y vídeo clips (residuos corregidos -2.6, -2.0, -3.1, -3.4 y -2.9 respectivamente). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con riesgo de TCA con un nivel “*moderado*” de visión de los programas de galas y variedades, música en plató y vídeo clips (residuos corregidos 3.3, 2.3 y 2.4 respectivamente) y “*alto*” de deportes, conciertos y música en plató (residuos corregidos 3.2, 3.0 y 2.3 respectivamente).

4.10. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y nivel de lectura de revistas a la semana

La Tabla III.44 presenta las distribuciones del nivel de lectura de revistas a la semana en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.44. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de lectura de revistas.

		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
LECTURA REVISTAS	Bajo	88	27.5	40	23.7	94	28.0	45	23.1	111	26.9	24	22.6
	Moderado	133	41.6	58	34.3	133	39.6	74	37.9	167	40.5	35	33.0
	Alto	99	30.9	71	42.0	109	32.4	76	39.0	134	32.5	47	44.3
	TOTAL	320	100	169	100	336	100	195	100	412	100	106	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.10.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 25. ¿Habrán diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas a la semana entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?.

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). La proporción de presencia de actitudes patológicas hacia la comida es la misma en función del nivel de lectura durante la semana.

4.10.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 26. ¿Habrán diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas a la semana entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin insatisfacción corporal.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). La proporción de presencia de insatisfacción corporal es la misma en función del nivel de lectura durante la semana.

4.10.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 27. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas a la semana entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin riesgo de TCA.

El valor p es mayor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula (H_0). La proporción de estar en riesgo de TCA es la misma en función del nivel de lectura durante la semana.

4.11. Estudio de la asociación entre EAT- 26, BD y riesgo de TCA y el nivel de lectura de revistas especializadas

La Tabla III.45 presenta las distribuciones del nivel de lectura de especializadas a la semana en adolescentes con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida, insatisfacción corporal y riesgo de TCA.

Tabla III.45. Frecuencias y porcentajes de sujetos con actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26), insatisfacción corporal (BD) y riesgo de TCA para el nivel de lectura de revistas especializadas a la semana.

LECTURA ESPECIALIZADAS		EAT- 26				BD				RIESGO TCA			
		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
		N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.	N	% Col.
Cine, vídeo y fotografía	Bajo	95	29.2	48	27.7	94	27.3	58	29.6	142	33.8	44	41.5
	Moderado	146	44.9	68	39.3	155	45.1	73	37.2	203	48.3	36	34.0
	Alto	84	25.8	57	32.9	95	27.6	65	33.2	75	17.9	26	24.5
	TOTAL	325	100	173	100	344	100	196	100	420	100	107	100
Deportes y ocio	Bajo	116	35.7	66	38.4	114	33.1	74	37.9	142	33.8	44	41.5
	Moderado	157	48.3	64	37.2	164	47.7	82	42.1	203	48.3	36	34.0
	Alto	52	16.0	42	24.4	66	19.2	39	20.0	75	17.9	26	24.5
	TOTAL	325	100	172	100	344	100	195	100	420	100	106	100
Estilos de vida	Bajo	165	51.7	85	50.6	159	47.9	101	53.2	197	48.4	57	55.3
	Moderado	137	42.9	68	40.5	150	45.2	76	40.0	183	45.0	38	36.9
	Alto	17	5.3	15	8.9	23	6.9	13	6.8	27	6.6	8	7.8
	TOTAL	319	100	168	100	332	100	190	100	407	100	103	100
Magazines	Bajo	105	32.4	58	33.7	102	29.9	66	33.8	130	31.2	36	34.0
	Moderado	135	41.7	60	34.9	139	40.8	78	40.0	172	41.2	39	36.8
	Alto	84	25.9	54	31.4	100	29.3	51	26.2	115	27.6	31	29.2
	TOTAL	324	100	172	100	341	100	195	100	417	100	106	100
Revistas corazón	Bajo	112	35.1	66	38.2	116	34.2	72	36.9	141	34.1	44	41.1
	Moderado	137	42.9	72	41.6	146	43.1	88	45.1	182	44.0	43	40.2
	Alto	70	21.9	35	20.2	77	22.7	35	17.9	91	22.0	20	18.7
	TOTAL	319	100	173	100	339	100	195	100	414	100	107	100
Informática, internet y telecomunicaciones	Bajo	132	41.0	75	43.6	132	38.8	82	42.1	160	38.5	51	48.1
	Moderado	136	42.2	64	37.2	146	42.9	77	39.5	180	43.3	38	35.8
	Alto	54	16.8	33	19.2	62	18.2	36	18.5	76	18.3	17	16.0
	TOTAL	322	100	172	100	340	100	195	100	416	100	106	100
Motor	Bajo	152	47.2	81	47.6	151	44.5	89	46.4	184	44.4	53	51.0
	Moderado	140	43.5	57	33.5	154	45.4	73	38.0	186	44.9	31	29.8
	Alto	30	9.3	32	18.8	34	10.0	30	15.6	44	10.6	20	19.2
	TOTAL	322	100	170	100	339	100	192	100	414	100	104	100
Musicales	Bajo	39	12.1	24	14.0	41	12.1	25	12.8	49	11.8	15	14.2
	Moderado	120	37.2	42	24.6	123	36.2	53	27.2	149	35.8	24	22.6
	Alto	164	50.8	105	61.4	176	51.8	117	60.0	218	52.4	67	63.2
	TOTAL	323	100	171	100	340	100	195	100	416	100	106	100
Satíricas	Bajo	170	53.0	95	56.2	180	53.4	98	51.0	212	51.3	60	57.7
	Moderado	130	40.5	60	35.5	136	40.4	76	39.6	170	41.2	36	34.6
	Alto	21	6.5	14	8.3	21	6.2	18	9.4	31	7.5	8	7.7
	TOTAL	321	100	169	100	337	100	192	100	413	100	104	100
Salud	Bajo	163	50.6	81	47.4	163	48.2	93	48.2	197	47.6	53	50.5
	Moderado	141	43.8	66	38.6	154	45.6	76	39.4	189	45.7	36	34.3
	Alto	18	5.6	24	14.0	21	6.2	24	12.4	28	6.8	16	15.2
	TOTAL	322	100	171	100	338	100	193	100	414	100	105	100
Otras	Bajo	96	31.0	57	36.3	105	33.0	58	31.2	125	32.0	34	34.0
	Moderado	140	45.2	54	34.4	141	44.3	78	41.9	171	43.7	37	37.0
	Alto	74	23.9	46	29.3	72	22.6	50	26.9	95	24.3	29	29.0
	TOTAL	310	100	157	100	318	100	186	100	391	100	100	100

EAT-26= Eating Attitudes Test; BD= Subescala EDI-2 de Insatisfacción Corporal; Riesgo TCA= Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria

4.11.1. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 28. ¿Habrá diferencias en las proporciones del nivel de lectura de revistas especializadas entre adolescentes con presencia y ausencia de actitudes patológicas hacia la comida?

H0: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

H1: Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1) en las revistas de deportes y ocio, motor, musicales y salud mientras que se acepta la hipótesis nula (H0) en las revistas de cine, vídeo y fotografía, estilos de vida, magazines, revistas del corazón, informática, internet y telecomunicaciones, satíricas y otras revistas. Se encuentran proporciones diferentes en el nivel de lectura de deportes y ocio (Chi- cuadrado= 7.551, $p= 0.023$), motor (Chi- cuadrado= 10.734, $p= 0.005$), musicales (Chi- cuadrado= 8.061, $p= 0.018$) y salud (Chi- cuadrado= 10.306, $p= 0.006$) entre chicas con presencia vs. ausencia de actitudes patológicas hacia la comida. Se constatan proporciones de mayor nivel de lectura de estas revistas por parte de las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida con un nivel “*moderado*” de lectura de revistas especializadas de deportes y ocio, de motor y de música (residuos corregidos -2.4, -2.1 y -2.8 respectivamente). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida con un nivel “*alto*” de lectura de revistas especializadas de deportes y ocio, de motor, de música y de salud (residuos corregidos 2.3, 3.0, 2.3 y 3.2 respectivamente).

4.11.2. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 29. ¿Habrá diferencias en las proporciones del en el nivel de lectura de revistas especializadas entre adolescentes con presencia y ausencia de insatisfacción corporal?.

H0: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin insatisfacción corporal.

H1: Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin insatisfacción corporal.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1) en la revista de salud mientras que se acepta la hipótesis nula (H0) en las revistas de cine, vídeo y fotografía, estilos de vida, magazines, revistas del corazón, informática, internet y telecomunicaciones, satíricas, deportes y ocio, motor, musicales y otras. Existen proporciones diferentes en el nivel de lectura de revistas de salud (Chi- cuadrado= 6.697, $p= 0.035$) entre chicas con presencia vs. ausencia de insatisfacción corporal. Se constatan proporciones de mayor nivel de lectura de estas revistas por parte de las adolescentes con insatisfacción corporal.

Existe una proporción significativamente mayor de adolescentes con insatisfacción corporal con un nivel “alto” de lectura de revistas especializadas de salud (residuos corregidos 2.5).

4.11.3. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 30. ¿Habrá diferencias en las proporciones del en el nivel de lectura de revistas especializadas entre adolescentes con presencia y ausencia de riesgo de TCA?.

H0: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin riesgo de TCA.

H1: Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de diferentes proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin riesgo de TCA.

Se acepta la hipótesis alternativa (H1) en las revistas de deportes y ocio, motor y musicales y salud mientras que se acepta la hipótesis nula (H0) en las revistas de cine, vídeo y fotografía, estilos de vida, magazines, revistas del corazón, informática, internet y telecomunicaciones, satíricas y otras. Existen proporciones diferentes en el nivel de lectura de revistas de deportes y ocio (Chi- cuadrado= 7.228, $p= 0.027$), motor (Chi- cuadrado= 10.286, $p= 0.006$), musicales (Chi- cuadrado= 6.619, $p= 0.037$) y salud (Chi- cuadrado= 9.737, $p= 0.008$) entre chicas con presencia vs. ausencia de riesgo de TCA. Se constatan proporciones de mayor nivel de lectura de estas revistas por parte de las adolescentes con riesgo de TCA.

Existe una proporción significativamente menor de adolescentes con riesgo de TCA con un nivel “*moderado*” de lectura de revistas especializadas de deportes y ocio, de motor, de música y de salud (residuos corregidos -2.7, -2.8, -2.6 y -2.1 respectivamente). A su vez se encuentra una proporción significativamente mayor de adolescentes con riesgo de TCA con un nivel “*alto*” de lectura de revistas especializadas de motor, de música y de salud (residuos corregidos 2.4, 2.0 y 2.8 respectivamente).

5. ANALISIS MULTIVARIADO

Este análisis se inicia el proceso únicamente con las variables explicativas que en el análisis bidimensional se mostraron relacionadas con las variables dependientes. Se efectúan análisis en el SPSS con el método paso a paso hacia delante de **Wald**, que contrasta la entrada basándose en la significación del estadístico de puntuación y contrasta la eliminación basándose en la probabilidad del estadístico de Wald. Se obtienen los resultados del último paso de las variables incorporadas al modelo correspondientes a las estimaciones de los coeficientes (B), desviación estándar (E.T.), estadístico Wald, grados de libertad (gl), nivel de significación (Sig.), valor Exponente de base e (Exp (B)) con sus límites del intervalo de confianza al 95%. En la columna de significación p valores menor a 0.05 indican que la variable se asocia significativamente en la odds de la variable dependiente. En la columna final, denominada Exp (B), se muestran las odds ratio (O.R.) derivadas del logaritmo (columna 1) para cada variable. La O.R. de 1 muestra que no hay cambios en la odds, valores mayores de 1 indican un incremento en odds y valores menores de 1 indican una reducción en la odds.

El SPSS permite indicarle en la opción Regresión- Logística Binaria, al momento del análisis, cuáles son las variables cualitativas para las que habrá que generar las variables indicadoras; señalando cual de las alternativas es la de referencia (a la que asigna código 0) en este caso se ha señalado la primera alternativa como referencia para cada una de las variables consideradas como cualitativas, esto permite establecer el contraste de significación de los coeficientes en cada una de las variables indicadoras, bajo el supuesto que $H_0: \beta_i = 0$, que significa probar la hipótesis de que el coeficiente correspondiente en el modelo logístico lineal es cero, lo que equivale probar que la correspondiente variable indicadora no está relacionada linealmente con el logit de la probabilidad de éxito (presencia variables dependientes).

Cuando en la salida de las variables de la ecuación por el método de Wald se observa más de una fila para las variables cualitativas, esto se debe a que son tratadas como dummy, es decir, dichas variables por su naturaleza son variables cualitativas nominales, por lo que hay que darle determinados valores numéricos que posibiliten la ejecución del procedimiento; si sólo una de esas subvariables es significativa, $p < 0.05$ se debe considerar la variable como factor de riesgo. Después de recodificar las variables dummy anteriores se repiten los análisis con las variables significativas.

Valoración del ajuste global del modelo. Para valorar el ajuste global existen varias medidas. Primero, el valor -2LL (-2 el log de verosimilitud). Los menores valores en la medida -2LL son indicativos de un mejor ajuste al modelo. Existen dos medidas comparables al coeficiente de determinación R^2 de la regresión múltiple. La R^2 de Cox y Snell opera de la misma forma, con los mayores valores, indicando un mejor ajuste del modelo. Sin embargo, esta medida está limitada en que no puede alcanzar el máximo valor de 1 por lo que Naglerke propuso una modificación, con rango de 0 a 1. La medida final de ajuste del modelo es el valor de Hosmer y Lemeshow, que mide la correspondencia de los valores reales y predichos de la variable dependiente. En este caso, el mejor ajuste del modelo viene indicado por una menor diferencia entre la clasificación observada y la predicha. Un valor chi-cuadrado no significativo indica un buen ajuste del modelo.

5.4. Actitudes patológicas hacia la comida (EAT-26)

HIPOTESIS 31. ¿Habrá asociación entre las variables que resultaron significativas en los análisis bivariados (variables independientes) con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente)?.

- H0:** Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente).
- H1:** Las variables que resultaron significativas (variables independientes) se asocian estadísticamente con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente).

En este análisis se inicia el proceso únicamente con las variables explicativas, Comparación Social Apariencia, Sentimiento de Culpa, Creencias de Control de la Apariencia, Conocimiento, Interiorización, Autoestima, MTV Belleza, MTV Dieta, MTV Ejercicio Físico, MTV Moda, MTV Música, MTV Salud, MTV Sexualidad, Sección Revista Belleza, Sección Revista Dieta, Sección Revista Ejercicio Físico, Sección Revista Moda, Sección Revista Música, Sección Revista Salud, Sección Revista Sexualidad, Programas TV Deportes, Programas TV Conciertos, Programas TV Música Plató, Programas TV Vídeo Clips, Revistas Deportes y ocio, Revistas Motor,

Revistas Música, Revistas Salud. Se tomó esta decisión debido a que en el análisis bidimensional se estableció que las restantes variables no están relacionadas con la variable dependiente.

En la Tabla III.46 se obtiene, en cada uno de estos métodos, en el último paso que las variables que se incorporan al modelo son: Actitudes Socioculturales Hacia la Apariencia (SATAQ- R), Conciencia Corporal Objetivada (OBCS), Autoestima (SES), Programas TV Ejercicio Físico y Revistas Música.

Tabla III.46. Método de WALD. Variables en la ecuación para EAT-26, I.

	Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 6	SC	.215	0.108	3.924	1	0.048	1.239	1.002	1.533
	C	.548	0.245	5.001	1	0.025	1.729	1.070	2.795
	I	1.133	0.257	19.425	1	0.000	3.106	1.876	5.142
	SES	-0.063	0.029	4.611	1	0.032	.939	0.886	0.995
	MTV Ejercicio Físico			12.759	4	0.013			
	MTV Ejercicio Físico (1)	0.450	0.360	1.564	1	0.211	1.568	0.775	3.175
	MTV Ejercicio Físico (2)	0.236	0.404	.341	1	0.559	1.266	0.573	2.798
	MTV Ejercicio Físico (3)	0.399	0.662	.364	1	0.547	1.490	0.407	5.453
	MTV Ejercicio Físico (4)	3.309	0.944	12.284	1	0.000	27.354	4.300	174.019
	Revistas Música			9.098	2	0.011			
	Revistas Música (1)	-1.365	0.503	7.380	1	0.007	.255	0.095	0.684
	Revistas Música (2)	-0.561	0.464	1.464	1	0.226	.571	0.230	1.416
	Constante	-4.955	1.291	14.735	1	0.000	.007		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: I (Interiorización).

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: C (Conocimiento).

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: MTV Ejercicio Físico.

d Variable(s) introducida(s) en el paso 4: Revistas Música.

e Variable(s) introducida(s) en el paso 5: SES (Autoestima).

f Variable(s) introducida(s) en el paso 6: SC (Sentimientos de Culpa).

Revisando el criterio de Wald se observa que las variables con coeficientes de nivel significativo son: Interiorización (I) y Conocimiento (C) del SATAQ- R, Sentimientos de Culpa del OBCS, Autoestima (SES), Programas TV Ejercicio Físico (referencia), Programas TV Ejercicio Físico (4), Revistas Música (referencia) y Revistas Música (1). Se puede observar que las variables Programas TV Ejercicio Físico y Revistas Música son variables dummy.

Después de recodificar las variables dummy anteriores se realizan una vez más los análisis con las variables significativas. Como podemos observar en la Tabla III. 47 los resultados muestran que todos los coeficientes de las variables son estadísticamente significativas con un nivel de significación de $\alpha < 0.05$.

Tabla III.47. Método de WALD. Variables en la ecuación para EAT-26, II.

	Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 4	C	0.527	0.216	5.932	1	0.015	1.693	1.108	2.587
	I	1.363	0.218	39.128	1	0.000	3.907	2.549	5.988
	MT Ejercicio Físico (5)	2.705	0.755	12.842	1	0.000	14.950	3.406	65.630
	R Música (2)	-0.822	0.289	8.083	1	0.004	0.439	0.249	0.775
	Constante	-6.269	0.813	59.481	1	0.000	0.002		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: I.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: MT Ejercicio Físico (5).

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: R Música (2).

d Variable(s) introducida(s) en el paso 4: C.

Las pruebas de Wald para cada uno de los coeficientes estimados indican que cada uno de los estadísticos Wald tienen un valor mayor o igual a 5 (equivalente a que cada p valor es menor que $\alpha < 0.05$), lo que permite rechazar la hipótesis nula para cada coeficiente poblacional en las correspondientes variables. Como resultado del proceso de modelación estadística, el modelo que mejor explica las actitudes patológicas hacia la comida es: $\text{Logit}(p) = \beta_0 + \beta_1 C + \beta_2 I + \beta_3 \text{MT Ejercicio Físico (5)} - \beta_4 \text{R Música (2)}$. Donde las estimaciones de los β_i están dados en la parte final de la tabla. Donde $\exp(\beta_0) = \exp(-6.269) = 0.002$, estima la magnitud de la odds de que una adolescente con actitudes patológicas hacia la comida en conocimientos e interiorización de actitudes socioculturales hacia la apariencia, que siempre leen MTV de Ejercicio Físico y con lectura moderada de revistas de música. Todos los grupos excepto el de lectura de revistas de música moderado incrementa el riesgo de actitudes patológicas hacia la comida.

Por tanto, las chicas con puntuaciones con más conocimientos sobre actitudes socioculturales hacia la apariencia es 1.693 veces más probable que tenga actitudes patológicas hacia la comida después de controlar las otras variables predictoras. Las chicas con puntuaciones con mayor interiorización sobre actitudes socioculturales hacia la apariencia es 3.907 veces más probable que tenga actitudes patológicas hacia la comida después de controlar las otras variables predictoras. Las adolescentes que siempre ven siempre en TV los magazines las secciones de ejercicio físico es 14.9950 veces mas probable que tenga actitudes patológicas hacia la comida después de controlar las otras variables predictoras. Por último, las chicas con lectura moderada de revistas especializadas de música es 0.249 veces menos probable que tengan actitudes patológicas hacia la comida después de controlar las otras variables predictoras.

Valoración del ajuste global del modelo. En el modelo con las variables con coeficientes significativos el valor -2LL se reduce sobre el modelo base de 500.064 a 366.774, un decrecimiento de 133.290, siendo indicativos de un mejor ajuste al modelo. En este caso, el valor Cox y Snell es de 0.293 y el valor de Nagelkerke es de 0.402. En el modelo final, la medida de Hosmer y Lemeshow no es significativa 0.075, indicando que no hay diferencia en la distribución de los valores dependientes predichos.

5.5. Insatisfacción corporal (BD)

HIPOTESIS 32. ¿Habrá asociación entre las variables que resultaron significativas en los análisis bivariados (variables independientes) con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente)?.

H0: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente).

H1: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) se asocian estadísticamente con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente).

En este análisis se inicia el proceso únicamente con las variables explicativas, IMC Categorizado, Comparación Social Apariencia, Sentimiento de Culpa, Creencias de Control de la Apariencia, Conocimiento, Interiorización, Autoestima, MTV Dieta, Sección Revista Dieta, Sección Revista Ejercicio Físico, Programas Animación, Programas TV Deportes, Programas TV Conciertos y Revistas Salud. Se tomó esta decisión debido a que en el análisis bidimensional se estableció que las restantes variables no están relacionadas con la variable dependiente.

Se obtiene en la Tabla III.48 en el último paso que las variables que se incorporan al modelo son: Actitudes Socioculturales Hacia la Apariencia (SATAQ- R), Autoestima (SES), IMC Categorizado y Sección Revistas Dieta.

Tabla III.48. Método de WALD. Variables en la ecuación para BD, I.

	Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 4	IMC			26.498	2	0.000			
	IMC(1)	0.921	0.289	10.163	1	0.001	2.512	1.426	4.425
	IMC(2)	3.247	0.684	22.548	1	0.000	25.704	6.730	98.171
	I	1.305	0.212	37.778	1	0.000	3.689	2.433	5.594
	SES	-0.090	0.028	10.125	1	0.001	0.914	0.865	0.966
	PTV Deportes			5.905	2	0.052			
	PTV Deportes (1)	0.210	0.442	0.227	1	0.634	1.234	0.519	2.934
	PTV Deportes (2)	1.514	0.627	5.823	1	0.016	4.543	1.329	15.532
	Constante	-3.278	0.916	12.804	1	0.000	0.038		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: I.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: IMC.

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: SES

d Variable(s) introducida(s) en el paso 4: PTV Deportes.

Revisando el criterio de Wald se observa que las variables con coeficientes de nivel significativo son: Conocimiento (C) del SATAQ- R, Autoestima (SES), PTV Deportes (2), IMC (referencia), IMC (1) y IMC (2). Se puede observar que las variables PTV Deportes e IMC son tratadas como dummy.

Después de recodificar las variables dummy anteriores se realizan una vez mas los análisis con las variables significativas. Como podemos observar en la Tabla III. 49 los resultados muestra que todos los coeficientes de las variables son estadísticamente significativas con un nivel de significación de $\alpha < 0.05$.

Tabla III.49. Método de WALD. Variables en la ecuación para BD, II.

	Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 4	I	1.200	0.174	47.824	1	0.000	3.320	2.363	4.665
	SES	-.082	0.023	12.856	1	0.000	0.921	0.881	0.963
	IMC1	-.799	0.242	10.940	1	0.001	0.450	0.280	0.722
	IMC3	1.861	0.518	12.931	1	0.000	6.431	2.332	17.735
	Constante	-2.168	0.747	8.423	1	0.004	0.114		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: I.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: IMC3.

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: SES.

d Variable(s) introducida(s) en el paso 4: IMC1.

Las pruebas de Wald para cada uno de los coeficientes estimados indican que cada uno de los estadísticos Wald tienen un valor mayor o igual a 8 (equivalente a que cada p valor es menor que $\alpha < 0.05$), lo que permite rechazar la hipótesis nula para cada coeficiente poblacional en las correspondientes variables. Como resultado del proceso de modelación estadística, el modelo que mejor explica la insatisfacción corporal es: $\text{Logit}(p) = \beta_0 + \beta_1 I - \beta_2 \text{SES} - \beta_3 \text{IMC (1)} + \beta_4 \text{IMC (3)}$. Donde las estimaciones de los

β_i están dados en la parte final de la tabla. Donde $\exp(\beta_0) = \exp(-2.168) = 0.114$, estima la magnitud de la odds de que una adolescente con insatisfacción corporal en interiorización de actitudes socioculturales hacia la apariencia, autoestima, bajopeso y sobrepeso. Todos los grupos excepto la elevada autoestima y el bajopeso incrementan el riesgo de insatisfacción corporal.

Por tanto, las chicas con puntuaciones con mayor interiorización sobre actitudes socioculturales hacia la apariencia es 3.320 veces más probable que tengan insatisfacción corporal después de controlar las otras variables predictoras. Las adolescentes con elevada autoestima es 0.881 veces menos probable que tengan insatisfacción corporal después de controlar las otras variables predictoras. Por último, las chicas con bajopeso es 0.280 veces menos probable que tengan insatisfacción corporal después de controlar las otras variables predictoras; mientras que, aquellas con sobrepeso es 2.332 veces más probable que tengan insatisfacción corporal después de controlar las otras variables predictoras.

Valoración del ajuste global del modelo. En el modelo con las variables con coeficientes significativos el valor -2LL se reduce sobre el modelo base de 591.245 a 450.959, un decrecimiento de 140.286, siendo indicativos de un mejor ajuste al modelo. En este caso, el valor Cox y Snell es de 0.267 y el valor de Nagelkerke es de 0.366. En el modelo final, la medida de Hosmer y Lemeshow no es significativa 0.902, indicando que no hay diferencia en la distribución de los valores dependientes predichos.

5.6. Riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

HIPOTESIS 33. ¿Habrá asociación entre las variables que resultaron significativas en los análisis bivariados (variables independientes) con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente)?.

H0: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente).

H1: Las variables que resultaron significativas (variables independientes) se asocian estadísticamente con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente).

En este análisis se inicia el proceso únicamente con las variables explicativas, IMC Categorizado, Comparación Social Apariencia, Sentimiento de Culpa, Creencias de Control de la Apariencia, Conocimiento, Interiorización, Autoestima, MTV Belleza, MTV Dieta, MTV Ejercicio Físico, MTV Moda, MTV Música, Sección Revista Belleza, Sección Revista Dieta, Sección Revista Ejercicio Físico, Sección Revista Moda, Sección Revista Música, Sección Revista Sexualidad, Programas TV Galas y Variedades, Programas TV Deportes, Programas TV Conciertos, Programas TV Música Plató, Programas TV Vídeo Clips, Revistas Deportes y ocio, Revistas Motor, Revistas Música y Revistas Salud. Se tomó esta decisión debido a que en el análisis bidimensional se estableció que las restantes variables no están relacionadas con la variable dependiente.

En la Tabla III.50 Revisando el criterio de Wald se observa que las variables con coeficientes de nivel significativo son: Interiorización (I) y Conocimiento (C) del SATAQ- R, Sentimientos de Culpa del OBCS, Autoestima (SES), MR Dieta (referencia), MR Dieta (2), MR Dieta (4), IMC (referencia), IMC (1) y IMC (2). Se puede observar que las variables MTV Ejercicio Físico y R Música Dieta ocupan más de una fila, son tratadas como dummy.

Tabla III.50 Método de WALD. Variables en la ecuación para riesgo de TCA, I.

	Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 6	SC	.302	.148	4.132	1	.042	1.352	1.011	1.808
	C	.769	.326	5.568	1	.018	2.158	1.139	4.090
	I	1.018	.333	9.354	1	.002	2.766	1.441	5.310
	SES	-.133	.039	11.437	1	.001	.876	.811	.946
	MR Dieta			14.332	4	.006			
	MR Dieta (1)	.027	.520	.003	1	.959	1.027	.370	2.847
	MR Dieta (2)	1.571	.509	9.512	1	.002	4.810	1.773	13.049
	MR Dieta (3)	.832	.637	1.708	1	.191	2.299	.660	8.010
	MR Dieta (4)	2.148	.982	4.785	1	.029	8.572	1.250	58.758
	IMC			16.556	2	.000			
	IMC(1)	1.053	.431	5.975	1	.015	2.867	1.232	6.670
	IMC(2)	2.857	.718	15.834	1	.000	17.408	4.262	71.104
	Constante	-7.214	1.610	20.077	1	.000	.001		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: I.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: SES

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: IMC.

d Variable(s) introducida(s) en el paso 4: MR Dieta.

e Variable(s) introducida(s) en el paso 5: C.

f Variable(s) introducida(s) en el paso 6: SC.

Después de recodificar las variables dummy anteriores se realizan una vez más los análisis con las variables significativas. Como podemos observar en la Tabla III. 51 los

resultados muestra que todos los coeficientes de las variables son estadísticamente significativas con un nivel de significación de $\alpha < 0.05$.

Tabla III.51. Método de WALD. Variables en la ecuación para riesgo de TCA, II.

	Variables	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 7	SC	0.262	0.125	4.384	1	0.036	1.300	1.017	1.661
	C	0.915	0.289	9.995	1	0.002	2.496	1.416	4.399
	I	0.916	0.281	10.663	1	0.001	2.499	1.442	4.331
	SES	-0.138	0.033	16.918	1	0.000	0.871	0.816	0.930
	SR Dieta1	-1.143	0.361	10.047	1	0.002	0.319	0.157	0.647
	IMC1	-0.749	0.355	4.450	1	0.035	0.473	0.236	0.948
	IMC3	1.866	0.632	8.708	1	0.003	6.462	1.871	22.317
	Constante	-5.278	1.297	16.567	1	0.000	0.005		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: I.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: SES.

c Variable(s) introducida(s) en el paso 3: IMC3.

d Variable(s) introducida(s) en el paso 4: SR Dieta1.

e Variable(s) introducida(s) en el paso 5: C.

f Variable(s) introducida(s) en el paso 6: IMC1.

g Variable(s) introducida(s) en el paso 7: SC.

Las pruebas de Wald para cada uno de los coeficientes estimados indican que cada uno de los estadísticos Wald tienen un valor mayor o igual a 8 (equivalente a que cada p valor es menor que $\alpha < 0.05$), lo que permite rechazar la hipótesis nula para cada coeficiente poblacional en las correspondientes variables. Como resultado del proceso de modelación estadística, el modelo que mejor explica el riesgo de TCA es: $\text{Logit}(p) = \beta_0 + \beta_1 \text{SC} + \beta_2 \text{C} + \beta_3 \text{I} - \beta_4 \text{SES} - \beta_5 \text{SR Dieta} - \beta_6 \text{IMC1} + \beta_7 \text{IMC3}$. Donde las estimaciones de los β_i están dados en la parte final de la tabla. Donde $\exp(\beta_0) = \exp(-2.168) = 0.114$, estima la magnitud de la odds de que una adolescente con insatisfacción corporal en sentimientos de culpa de objetivación corporal, conocimiento e interiorización de actitudes socioculturales hacia la apariencia, autoestima, secciones de revista de dieta, bajopeso y sobrepeso. Todos los grupos excepto la elevada autoestima, el nunca haber leído las secciones de las revistas de dieta y el bajopeso incrementan la presencia de riesgo de TCA.

Por tanto, las chicas con puntuaciones con mayor sentimiento de culpa de objetivación corporal es 1.300 veces más probable que tengan presencia de riesgo de TCA después de controlar las otras variables predictoras. las chicas con puntuaciones con mayor conocimiento interiorización sobre actitudes socioculturales hacia la apariencia es 2.496 y 2.499 (respectivamente) veces más probable que tengan presencia de riesgo de TCA después de controlar las otras variables predictoras. Las adolescentes

con elevada autoestima es 0.816 veces menos probable que tengan presencia de riesgo de TCA después de controlar las otras variables predictoras. Las adolescentes con que nunca han leído secciones de revistas de dieta es 0.157 veces menos probable que tengan presencia de riesgo de TCA después de controlar las otras variables predictoras. Por último, las chicas con bajopeso es 0.236 veces menos probable que tengan presencia de riesgo de TCA después de controlar las otras variables predictoras; mientras que, aquellas con sobrepeso es 1.871 veces más probable que tengan presencia de riesgo de TCA después de controlar las otras variables predictoras.

Valoración del ajuste global del modelo. En el modelo con las variables con coeficientes significativos el valor -2LL se reduce sobre el modelo base de 398.489 a 244.699, un decrecimiento de 153.790, siendo indicativos de un mejor ajuste al modelo. En este caso, el valor Cox y Snell es de 0.326 y el valor de Nagelkerke es de 0.509. En el modelo final, la medida de Hosmer y Lemeshow no es significativa 0.886, indicando que no hay diferencia en la distribución de los valores dependientes predichos.

6. VERIFICACIÓN HIPOTESIS

En la Tabla se presenta un resumen de los resultados obtenidos con respecto a la verificación de hipótesis.

Tabla III.52. Verificación hipótesis.

Nº	H ₀	Verificación H ₀
1.	Las variables psicológicas (comparación de apariencia física - PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de IMC.	Se confirma parcialmente H ₀
2.	Las variables psicológicas (comparación de apariencia física - PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de TV (frecuencia visión, uso, secciones magazines TV y programas TV).	Se confirma parcialmente H ₀
3.	Las variables psicológicas (comparación de apariencia física - PACS-, visión corporal como observador externo -VCOE-, Sentimiento de culpa -SC-, creencias de control de la apariencia -CCA- conocimiento -C-, interiorización -I-, autoestima -SES-, insatisfacción corporal - BD- y actitudes patológicas hacia la comida- EAT-26-) no se relacionan estadísticamente con las variables de revistas (frecuencia lectura, uso, secciones magazines revistas y revistas especializadas).	Se confirma parcialmente H ₀
4.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma H ₀

Tabla III.52. Verificación hipótesis.

Nº	H ₀	Verificación H ₀
5.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se rechaza H ₀
6.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones de IMC que aquellas sin riesgo de TCA.	Se rechaza H ₀
7.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma parcialmente H ₀
8.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma parcialmente H ₀
9.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales niveles en la comparación de la apariencia física, conciencia corporal objetivada, actitudes socioculturales hacia la apariencia y autoestima que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma parcialmente H ₀
10.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma parcialmente H ₀
11.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma parcialmente H ₀
12.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma parcialmente H ₀
13.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en la frecuencia de lectura de información de las secciones de los magazines de revistas que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma parcialmente H ₀
14.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en la frecuencia de visión de información de las secciones de los magazines de TV que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma parcialmente H ₀

Tabla III.52. Verificación hipótesis.

Nº	H ₀	Verificación H ₀
15.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de información de las secciones de las revistas que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma parcialmente H ₀
16.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma H ₀
17.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma H ₀
18.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones del uso de la TV y revistas (entretenimiento o información) que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma H ₀
19.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma H ₀
20.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma H ₀
21.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones del nivel de exposición entre semana y el fin de semana a la TV que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma H ₀
22.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma parcialmente H ₀
23.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de exposición a los programas de TV que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma parcialmente H ₀
24.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de frecuencia de exposición a los programas de TV que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma parcialmente H ₀
25.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma H ₀

Tabla III.52. Verificación hipótesis.

Nº	H ₀	Verificación H ₀
26.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma H ₀
27.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas a la semana que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma H ₀
28.	Las adolescentes con actitudes patológicas hacia la comida informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin actitudes patológicas hacia la comida.	Se confirma parcialmente H ₀
29.	Las adolescentes con insatisfacción corporal informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin insatisfacción corporal.	Se confirma parcialmente H ₀
30.	Las adolescentes con riesgo de TCA informarán de iguales proporciones en el nivel de lectura de revistas especializadas que aquellas sin riesgo de TCA.	Se confirma parcialmente H ₀
31.	Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de actitudes patológicas hacia la comida (variable dependiente).	Se confirma parcialmente H ₀
32.	Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de insatisfacción corporal (variable dependiente).	Se confirma parcialmente H ₀
33.	Las variables que resultaron significativas (variables independientes) no se asocian estadísticamente con presencia de riesgo de TCA (variable dependiente).	Se confirma parcialmente H ₀

7. CONCLUSIONES

Esta investigación representa el primer estudio llevado a cabo en España a nivel nacional sobre la influencia de los medios de comunicación en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con una muestra representativa de chicas escolarizadas en el segundo ciclo de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (edad 14-16 años). Para llevar a cabo este estudio se ha aplicado a la muestra de 568 chicas un cuestionario anónimo en el que se incluyen cuestiones sociodemográficas, variables relativas al uso de los medios de comunicación (Televisión y revistas especializadas) y variables psicológicas para que evaluar la vulnerabilidad al desarrollo de TCA. Los resultados obtenidos aparecen RESUMIDOS a continuación.

Indice de Masa Corporal (IMC)

Un total de 248 chicas se encuentra en Bajo Peso ($IMC < 20$) lo que representa el 45.5 % de la muestra frente apenas el 6.6 % de las chicas en sobrepeso ($n = 248$). El 47.9 % ($n = 261$) se sitúan dentro del rango de normalidad ($IMC \geq 20-25$). Al mismo tiempo, casi la mitad de las chicas entre 14 y 16 años están en bajo peso.

Al relacionar el IMC con la variable satisfacción corporal (factor de riesgo para TCA) se comprueba que son las adolescentes con bajo peso las que muestran mayor nivel satisfacción corporal frente a las adolescentes en normo peso y sobrepeso. Estos datos implican que las chicas en bajo peso presentan menor riesgo de desarrollar un TCA, y que, las chicas en normopeso y sobrepeso es más probable que estén insatisfechas con su imagen corporal y por tanto en mayor riesgo de desarrollar un TCA. Se confirma, por tanto, la gran influencia que el estándar actual de belleza femenino, extremadamente delgado, tiene en la auto percepción de la imagen corporal de chicas tan jóvenes que se sienten satisfechas de su imagen cuando “encajan” en dicho modelo pero insatisfechas por no ser “suficientemente delgadas”. La insatisfacción corporal se encuentra tan generalizada entre la población femenina que Rodin y colaboradores (1985) hablan de un auténtico “descontento normativo”, al que se ha hecho alusión en la introducción de este informe. Resultados que van en la línea de los encontrados con diferentes muestras dentro de nuestras fronteras (Baile y Garrido, 1999; Lameiras et al. 2003; Raich et al., 1991).

“Consumo” de los medios de comunicación

Los medios de comunicación comprenden una amplia variedad de tecnologías pero los estudios actuales en los que se analiza su impacto en la génesis de los TCA se han centrado en analizar la autoexposición a medios visuales: TV y revistas especializadas (Groesz et al., 2002). Medios en los que se ha centrado esta investigación analizando tanto la frecuencia de autoexposición como la tipología de contenidos seleccionados por las chicas. En primer lugar se analizan los datos relativos a la autoexposición para en los siguientes apartados exponer los principales resultados relativos a las relaciones encontradas entre dichas variables y las variables dependientes a estudio, es decir, las variables consideradas de riesgo para el desarrollo de TCA.

Autoexposición a la TV

La TV tiene una función informativa para el 57.9 % de las chicas y a su vez una función de entretenimiento para un 48.4 %.

Un 41.5% de las adolescentes ven la TV durante la semana dentro del nivel “alto” (“*mayor o igual a 13 horas*”) y un 37.3% durante el fin de semana (“*mayor o igual a 10 horas*). La mayoría de las adolescentes (más del 50%) presentan niveles “bajos” de visión de la TV (“*menor o igual a 3 horas semanales*”) de programas del género de ficción, exceptuando las dramedias y las películas. Aproximadamente el mismo porcentaje de adolescentes tienen una visión “baja” de los programas del género de entretenimiento, los deportes, los programas del género de información y otros tipos de programas. A su vez, las dramedias, otras series y las películas son vistas por la mayoría de las chicas (más del 50%) en un nivel “moderado” (“*de 4 a 9 horas semanales*”) o alto (“*mayor o igual a 10 horas semanales*”).

Los datos relativos a las secciones de los magazines que más se ven muestran que las secciones estrella de la TV para las adolescentes son los musicales, con un 66.3 % de las chicas que reconocen verlos a menudo o siempre; en segundo lugar, las secciones de moda que las ven a menudo o siempre el 34.4 % de las chicas; y en tercer lugar, están como más vistas las secciones de belleza, que son vistas por el 17.7 % de las chicas.

Lectura de revistas

En relación a la valoración de las revistas las cosas son claramente diferentes a lo que se observa en la TV, ya que, la mayoría de las chicas ni lo consideran un medio de información (64.9 %) ni de entretenimiento (64.7%).

El 39.3 % de las adolescentes leen revistas por la semana a un nivel “moderado” (“1 a 3 horas”) y un 35.1 % a un nivel “alto” (“mayor o igual a 3 horas”), siendo las revistas especializadas de música aquellas que despiertan mayor interés al ser leídas por el 55.4% de las adolescentes con nivel de lectura “alta” a la semana. Más del 20% de las adolescentes tienen un nivel de lectura “alta” de revistas de cine, vídeo y fotografía, magazines, revistas del corazón y otras. Y aproximadamente el 50% de las adolescentes no hace ninguna lectura a la semana de revistas especializadas satíricas, estilos de vida, salud y motor.

Los temas que más se leen siguen un patrón similar al de los programas de TV. Así, los contenidos más leídos de las secciones de las revistas de magazines son los musicales con un 58.8 % de las chicas de la muestra que afirman leer a menudo o siempre estas secciones de las revistas. En segundo lugar, las secciones de moda son leídas a menudo o siempre por el 43.2% de las chicas; y en tercer lugar, las secciones de belleza son leídas a menudo o siempre por el 23.6%.

Variables psicológicas relacionadas con la alimentación

En este estudio se han incorporado, teniendo en cuenta tanto las teorías psicológicas como socio estructurales de la comparación social (Festinger, 1954), objetivización (McKinley y Hyde, 1996) e interiorización (Stice, 1994), aquellas escalas y cuestionarios que nos han permitido identificar las variables psicológicas más adecuadas para determinar la vulnerabilidad de las adolescentes a los TCA. En función de ello se han incluido la escala de “Comparación de la apariencia física” en función de la cual determinamos la tendencia de las chicas a comparar su apariencia con la de las demás; la escala de “Conciencia corporal objetivada” formada por las subescalas de “visión corporal como observador externo”, “sentimiento de culpa” y “creencias de control de la apariencia” en función del cual se determina hasta que punto las chicas sienten sus cuerpos “objetivados”, y, por tanto, sometidas a la valoración externa en

función de sus “cuerpos”; la escala de “Actitudes socioculturales hacia la apariencia” formada por las subescalas de “conocimiento” e “interiorización” a partir de la que se determina tanto el nivel en que “conoce” y se “interioriza” el estándar de delgadez y atractivo físico imperante para las mujeres en nuestra cultura; y, la escala de “Autoestima”.

Además, se incluyen el “Test de actitudes patológicas hacia la comida” (EAT-26) y al subescala de “Insatisfacción corporal” del EDI-2 de modo que las puntuaciones de ambos son combinadas para identificar a la población de chicas en riesgo de desarrollar un TCA, tal y como se propone en la literatura especializada (Gandarillas et al., 2003). Los resultados obtenidos con estos cuestionarios confirman que un 34.7 % de las chicas de la muestra presentan un nivel de actitudes patológica hacia la comida junto a un 36.0% de chicas con “insatisfacción corporal” (puntuaciones por encima del punto de corte en ambas escalas). La combinación de estos datos para identificar la **proporción de chicas de la muestra en riesgo a desarrollar un TCA demuestra que un 20.2 % de las adolescentes españolas se encontrarían dentro del grupo de riesgo a desarrollar TCA.**

Estos resultados muestran la generalización de las actitudes patológicas hacia la comida y de la insatisfacción corporal con las que se identifica la proporción de chicas en riesgo a desarrollar TCA, que van en la línea de lo señalado previamente en relación a lo “generalizado” que está el descontento con el cuerpo entre las mujeres cuando este no se adecua al estándar de delgadez, que parece estar debajo del peso “normal” en la población de jóvenes adolescentes españolas entre 14 y 16 años.

Estos datos muestran la amplia “bolsa” de población vulnerable al desarrollo de TCA, aunque no todas acabarán desarrollando casos clínicos de dichas patologías. Ya que como se ha explicado en la introducción de este informe los TCA son trastornos con una etiología multifactorial; por tanto, para su desarrollo es necesaria la confluencia de una variedad de factores, dentro de los que se ha estudiado en otros trabajos el papel de los factores individuales y familiares, así como, factores estresantes que puedan precipitarlo. De modo que no toda la población “en riesgo” acabará desarrollando un TCA. Pero si no se interviene a tiempo este porcentaje de sintomatología preclínica podrá desembocar en un número cada vez mayor de sintomatología clínica, con todo lo que eso supone.

De hecho, numerosa literatura sobre el rol de los medios de comunicación en el tratamiento y la prevención se ha centrado en la instrucción y el activismo contra los

mentajes que se lanzan a través de los medios de comunicación (Levine et al., 1999; Levine, Smolak y Schermer, 1996; Posovac, Posovac y Weigel, 2001; Steiner-Adair y Vorenberg, 1999). El objetivo de este tipo de intervenciones es enseñar a pensar críticamente sobre diferentes influencias recibidas de los medios de comunicación por medio de la adquisición de un mayor conocimiento del uso de estos y del análisis de su contenido e intenciones. Las chicas adolescentes aprenden a decodificar y discutir las imágenes visuales y los mensajes presentes en los medios de comunicación; aprenden que las imágenes de los medios pueden ser construídas y no son necesariamente reales, y que los medios de comunicación solo crean representaciones de un punto de vista (Steiner-Adair y Vorenberg, 1999). Normalmente se enfatiza que los mensajes de los medios de comunicación son creados a través de un proceso deliberado y muy estudiado dirigido a obtener recompensas económicas (Groesz et al., 2002; Posovac et al., 2001; Steiner-Adair y Vorenberg, 1999).

Se ha obtenido algún éxito con este tipo de intervenciones en la mejora de la autoestima y la imagen corporal en mujeres jóvenes (Irving, DuPen y Berel, 1998; Levine et al., 1999; Levine et al., 1996; Posovac et al., 2001). Universitarias con imagen corporal negativa que expuestas a siete minutos de intervención psicoeducativa presentan menor probabilidad de que les afecte negativamente las imágenes de modelos delgadas que aquellas estudiantes expuestas a las mismas imágenes sin intervención psicoeducativa previa (Posovac et al., 2001). Tres programas preventivos destinados a chicas adolescentes han incorporado este tipo de intervenciones mostrando resultados modestos y no consistentes (Irving, et al., 1998; Levine et al., 1999; Levine et al., 1996). Sin embargo, no se descarta que estos programas puedan aportar protección a largo plazo.

Relación entre variables psicológicas y “consumo” de medios de comunicación: TV y revistas

Tal y como proponen Tiggemann y Pickering (1996) no se ha encontrado una relación concluyente entre la frecuencia de autoexposición a los medios de comunicación, tanto TV como revistas, con aquellas variables psicológicas dependientes que impliquen vulnerabilidad a la insatisfacción corporal y patología alimentaria. Al igual que estos autores nuestro estudio confirma que **no es la cantidad**

de tiempo que se ve TV o se leen revistas sino el CONTENIDO DE LA PROGRAMACIÓN lo que se relaciona con insatisfacción corporal y patología alimentaria.

Los análisis bivariados demuestran la relación positiva entre todas las variables psicológicas a las que hemos hecho alusión y las variables predictivas de riesgo a desarrollar TCA, es decir, “Actitudes patológicas hacia la comida”; “Insatisfacción corporal” y “Riesgo a desarrollar un TCA”, excepto con la subescala “Visión corporal como observador externo” subescala que debido a su baja fiabilidad y validez fue reestructurada y estos cambios pueden haber afectado al buen funcionamiento de la misma en los análisis bivariados, y por tanto no podemos concluir realmente que no haya relación entre las variables dependientes a estudio y la visión del cuerpo como observador externo por parte de las chicas de la muestra.

En relación a la autoexposición a la TV los resultados de nuestro estudio demuestran que las chicas que con más frecuencia ven programas de TV de Deportes, Conciertos, Música Plató y Vídeo Clips tienen mayor probabilidad de presentar “Actitudes patológicas hacia la comida” y las chicas que con más frecuencia ven programas de TV de Animación, Deportes y Conciertos es más probable que presenten “Insatisfacción corporal”. Mientras que, las adolescentes que con mayor frecuencia ven programas de TV de Galas y Variedades, Deportes, Conciertos, Música Plató y Vídeo Clips es más probable que presenten “Riesgo de TCA”.

En relación a la visión y lectura de determinados contenidos tanto en TV como en revistas los resultados de este estudio ponen de manifiesto que las chicas que ven y leen con más frecuencia las secciones de los magazines de TV y de revistas de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad presentan puntuaciones más altas en “Actitudes patológicas hacia la comida”. A su vez, las chicas que ven con más frecuencia la sección de los magazines de TV de dieta y leen en las revistas con más frecuencia las secciones de dieta y ejercicio físico de las revistas presentan una mayor “Insatisfacción corporal”. Por último, las chicas que ven y leen con más frecuencia las secciones de los magazines de TV y revistas de belleza, dieta, ejercicio físico, moda y música; además, de la sección de sexualidad de las revistas presentan un mayor “Riesgo de TCA”.

Las correlaciones efectuadas entre las variables psicológicas y la autoexposición a los medios confirman la clara relación entre “Insatisfacción corporal” y “Actitudes patológicas hacia la comida” (variables predictoras para identificar el “Riesgo a TCA”)

con la frecuencia de autoexposición a determinados tipos de programas tanto de TV como de revistas. Así las chicas que ven más magazines de TV y leen más las secciones de Revistas relativas a las temáticas de belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música, salud y sexualidad tienen una peor imagen corporal y actitudes más patológicas hacia la comida, además de mayores conocimientos e interiorización del estándar social de belleza para las mujeres y llevan a cabo una mayor comparación de su imagen física.

No se comprueba una clara relación entre insatisfacción corporal y actitudes patológicas hacia la comida con la autoexposición a programas de TV excepto los de deportes, conciertos y música. Ni tampoco con la lectura de revistas especializadas.

Destacar el patrón que sigue la variable autoestima con correlaciones negativas con el uso de TV y revistas como medio de información y entretenimiento. Además se encuentra una clara correlación negativa con la lectura de revistas especializadas, exceptuando las musicales. Mientras que sólo se encuentra una correlación positiva en visión de TV con los programas de documentales.

De hecho las diversas investigaciones confirman que los programas de tratamiento para los TCA son más efectivos cuando incorporan intervenciones con estrategias de ayuda dirigidas a los déficits que las pacientes tienen en autoestima y habilidades sociales (Groesz et al, 2002; Murria, Touyz y Beumont, 1996; Thimsen et al., 2001).

Estos resultados confirman que la mayor autoexposición a determinados temas de los magazines de TV y revistas se relaciona con determinadas actitudes y creencias en relación al cuerpo y a la alimentación vinculadas con el riesgo a desarrollar TCA.

Relaciones multivariadas entre variables psicológicas y medios de comunicación

Hasta ahora los datos disponibles nos permiten defender la relación existente entre autoexposición a determinados secciones de los magazines de TV y de revistas con el riesgo a desarrollar TCA en la población de jóvenes adolescentes españolas. Sin embargo, estas relaciones establecidas a través de los análisis bivariados no nos permiten establecer una relación causal entre dichas variables, será por tanto la aplicación del análisis de regresión el que nos permita extraer las tendencias causales

entre las variables a estudio. Ya que la mayoría de los estudios siguen una metodología correlacional, como es nuestro caso, los resultados obtenidos que confirman la relación entre las variables de autoexposición a los medios y riesgo de TCA podrían ser en realidad el resultado de la autoexposición que selectivamente llevan a cabo las chicas “en riesgo” a TCA para visualizar contenidos tanto en la TV como en las revistas relativos a la imagen corporal, la belleza y la moda.

Con el modelo de regresión logístico es posible relacionar las variables de autoexposición a los medios de comunicación y las psicológicas con las variables dependientes a estudio. Los resultados obtenidos confirman que las probabilidades de tener “Actitudes patológicas hacia la comida” aumentan en las adolescentes con elevados conocimientos e interiorización del estándar sociocultural de belleza y que siempre leen las secciones de los magazines de TV relativos al ejercicio físico y disminuyen con lectura moderada de revistas de música. A su vez, las probabilidades de puntuar alto en “Insatisfacción corporal” y tener en definitiva un mayor “Riesgo de TCA” aumentan en las adolescentes con elevada interiorización de los estándares culturales de belleza, en aquellas que están en sobrepeso y disminuyen en aquellas chicas con elevada autoestima elevada y bajo peso.

Estos resultados resaltan la influencia de la lectura de determinadas secciones de revistas en la aparición de “Actitudes patológicas hacia la comida” pero no en relación a la “Insatisfacción corporal” ni a la variable “Riesgo a TCA”, en las que tampoco se comprueba el efecto de la TV.

En relación a las revistas es interesante destacar que los estudios con población clínica alimentaria mantienen un mayor uso de los medios de comunicación que la población general y describen su consumo de las secciones de revistas sobre moda y belleza como una “adicción” reconociendo que la dependencia a estos recursos llegan incluso a tomar el control de sus vidas (Thomsen, McCoy y Williams, 2001). Se podría decir que las revistas de moda son como un “manual” que ayuda a las mujeres con insatisfacción corporal y patología alimentaria a obtener el “imposible” estándar social de delgadez. A través de los mensajes que reciben de estas revistas las chicas refuerzan su deseo anoréxico de restricción y contrarrestan al mismo tiempo los comentarios disonantes de la familia y amigos que les “recuerdan” que están demasiado “delgadas”.

Por tanto, el papel de los medios de comunicación no solo se circunscribe a la génesis sino también al mantenimiento de los TCA, lo que sobrepasa los objetivos de este estudio pero representa una línea de investigación con la que profundizar en el

complejo y poco estudiada temática en nuestro país relativa a la influencia de los medios de comunicación no solo en la génesis de los TCA sino también en su mantenimiento.

RESUMEN DE CONCLUSIONES

1. El 45,5 % de las chicas presentan un nivel de peso por debajo de lo normal, siendo estas las más satisfechas con su “imagen corporal”.
2. Hay una mayor autoexposición a la TV que a la lectura de revistas, tanto por la semana como en el fin de semana siendo la temática musical la más vista y leída por las chicas de la muestra.
3. Un 20.2% de la muestra formarán el grupo de riesgo de desarrollo de TCA.
4. Las chicas en mayor riesgo de desarrollo de TCA no se vincula con el mayor consumo de los medios de comunicación (frecuencia de uso: Televisión y revistas) sino con el TIPO de contenidos que se ven en TV y que se leen en las revistas: SECCIONES DE LOS MAGAZINES DE TV Y REVISTAS sobre belleza, dieta, ejercicio físico, moda, música y sexualidad.
5. Las actitudes más patológicas hacia la comida (factor de riesgo para TCA) se vinculan con la lectura de revistas o secciones de magazines en las que se alude al ejercicio físico, así como, a los mayores conocimientos e interiorización de las actitudes socioculturales hacia la comida.
6. La mayor insatisfacción corporal (factor de riesgo para TCA) viene determinada por los mayores conocimientos e interiorización de las actitudes socioculturales hacia la comida, la baja autoestima y el sobrepeso.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Abell, S.C., y Richards, M.H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self esteem: An investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 691- 703.
- Abramson, E., y Valene, P. (1991). Media use, dietary restraint, bulimia, and attitudes toward obesity: A preliminary study. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 5, 73- 76.
- Acosta, M.V., y Gómez, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 9- 21.
- Anderson, A.E., y DiDomenico, L. (1992). Diet vs. Shape content of popular male and female magazines: A dose- response relationship to the incidence of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283- 287.
- American Psychiatric Association (APA) (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Arima, A.N. (2003). Gender stereotypes in Japanese television advertisements. *Sex Roles: A Journal of Research*, 49 (1/2), 81- 90.
- Baile, J.I., y Garrido, E. (1999). Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas adolescentes. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 22, 167- 175.
- Baile, J.I., Guillén, F., y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Clínica Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439- 450.

- Baile, J.I., Raich, R.M., y Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 19, 187-192.
- Bamber, D., Cocherill, I.M., y Carroll, D. (2000). The pathological status of exercise dependence. *British Journal Sports Medicine*, 34, 125- 132.
- Barret, R.T.J. (1997). Making our own meanings: a critical review of media effects research in relation to the causation of aggression and social skills difficulties in children and anorexia nervosa in young women. *Journal of Psychiatry Mental Health Nurs*, 4-1, 179- 183.
- Basow, S.A. (1992). *Gender stereotypes and roles* (3ª Edc.). Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.
- Beal, C. (1994). *Boys and girls: The development of gender roles*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B., y Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509- 514.
- Blaine, B., y McElroy, (2002). Selling stereotypes: weight loss infomercials, sexism, and weightism. *Sex Roles: A Journal of Research*, 46, 345- 351.
- Blaskovich, J., y Tomaka, J. (1993). Measures of self- esteem. En JP Robinson, PR Shaver y LS Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (pp. 115-160). Third Edition, Ann Arbor: Institute for Social Research.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. Berkeley: University of California Press.
- Borzekowski, D.L., Robinson, T.N., y Killen, J.D. (2000). Does the camera add 10 pounds?. Media use, perceived importance of appearance, and weight concerns among teenage girls. *Journal of Adolescent Health*, 26, 36- 41.

- Botta, R.A. (2003). For your health?. The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbances. *Sex Roles: A Journal of Research*, 48 (9/ 10), 389- 399.
- Boyer, P. J. (1986). TV turns to the hard boiled male. *New York Times*, February 16, p. H1 and H29.
- Cantor, M. (1977). Women and public broadcasting. *Journal of Communication*, 27, 14-19.
- Carter, B. (1991). Children's TV, where boys are king. *New York Times*, May 1, p. A1 and C18.
- Cash, T.F., Winstead, B.A., y Janda, L.H. (1986). The great American chape- up: Body image survey report. *Psychology Today*, 20 (4), 30- 37.
- Cattarin, J.A., Thompson, J.K., Thomas, C., y Williams, R. (2000). Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 220- 239.
- C.I.D.E. (Centro de Investigación y Documentación Educativa) (2002). Los hábitos lectores de los adolescentes españoles. *Boletín de Temas Educativos*, 10, 1-9.
- Coltrane, S., y Adams, M. (1997). Work- family imagery and gender stereotypes: Televisión and the reproduction of difference. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 323- 347.
- Crandall, C.S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self- interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 882- 894.
- Crandall, C.S., y Martínez, R. (1996). Culture, ideology, and antifat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1165- 1176.
- Cusumano, D.L., y Thompson, J.K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex Roles*, 37 (9-10), 701- 719.
- Cusumano, D.L., y Thompson, J.K. (2001). Media influence and body image in 8-11- year- old boys and girls: a preliminary report on the multidimensional media influence scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 37- 44.

- Davis, D.M. (1990). Portrayals of women in prime time network television: Some demographic characteristics. *Sex Roles*, 23, 325-332.
- Dennis, G., Prinsen, T.J., y Netzley, S.B. (2003). A content analysis of prime time commercials: A contextual framework of gender representation. *Sex Roles: A Journal of Sex Research*, 49 (9/10), 545- 551.
- Dietz, W.H. (1990). You are what you eat, what you eat is what you are. *J Adolesc Health Care*, 11, 76- 81.
- Dittmar, H., y Howard, S. (2004). Professional hazards? The impact of models' body size on advertising effectiveness and women's body-focused anxiety in professions that do and do not emphasize the cultural ideal of thinness. *British Journal of Social Psychology*, 43(4), 477-497.
- Dittmar, H., Lloyd, B., Dugan, S., Halliwell, E., Jacobs, N., y Cramer, H. (2000). The 'body beautiful' English adolescents' images of ideal bodies. *Sex Roles*, 42, 887–913.
- Downs, A.C., y Harrison, S.K. (1985). Embarrassing age spots or just plain ugly? Physical attractiveness stereotyping as an instrument of sexism on American television commercials. *Sex Roles*, 13, 9- 19.
- Dunkley, T.L., Wertheim, E.H., y Paxton, S.J. (2001). Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*, 36 (142), 265- 279.
- Durant, R., Baranowsky, R., Johnson, M., y Thompson, W. (1994). The relationship among television watching, physical activity and body composition of young children. *Pediatrics*, 94, 449- 455.
- Edwards- Hewitt, T., y Gray, J. (1993). The prevalence of disordered eating attitudes and behaviors in Black- American and White- American college women: Ethnic, regional, class, and media differences. *Eating Disorders Review*, 1, 41- 54.
- Eisele, J., Hertsgaard, D., y Light, H.K. (1986). Factors related to eating disorders in young adolescent girls. *Adolescence*, XXI (m 82), 283- 290.

- Evans, E., Rutberg, J., Sather, C., y Turner, C. (1991). Content Analysis of Contemporary Teen Magazines for Adolescent Females. *Youth and Society*, 23, 99-120.
- Fairburn, C.G., y Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatric*, 147, 401- 408.
- Faith, M.S., Leone, M.A., y Allison, D.B. (1997). The effects of self- generated comparison targets, BMI, and social comparison tendencies on body image appraisal. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5, 128-140.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Field, A.E., Cheung, L., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Gortmaker, S.L., y Colditz, G.A. (1999a). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics*, 103, 3- 13.
- Field, A.E., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, C.B., y Colditz, G.A. (1999b). Relation of peers and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153, 1184-1189.
- Fouts, G., y Burggraf, K. (1999). Television situation comedies: Female body images and verbal reinforcements. *Sex Roles*, 40 (5/6), 473- 481.
- Fouts, G., y Burggraf, K. (2000). Television situation comedies: Female weight, male negative comments and audience reactions. *Sex Roles*, 42 (9/10), 925- 932.
- Fouts, G., y Vaughan, K. (2002). Television situation comedies: male weight, negative references, and audience reactions. *Sex Roles*, 46 (11/12), 439- 442.
- Franzoi, S. L., y Shields, S.A. (1984). The body esteem scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48, 173-178.
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A.R., y Muñoz, P. (2003). *Prevalencia de casos clínicos de trastornos del comportamiento alimentario en mujeres adolescentes de*

la Comunidad de Madrid. Madrid: Documentos Técnico de Salud Pública, nº 85. Instituto de Salud Pública.

- Garfinkel, P.E., y Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty- five years later. *Eating Weight Disorders*, 6, 1- 24.
- Garner, D.M. (1998). Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 2. Madrid: TEA Ediciones, SA.
- Garner, D.M., y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychology Medicine*, 9, 273- 279.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., y Polivy, J. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of the cognitive behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. En P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner y D.V. Coscina (Eds.), *Anorexia nervosa: Recent developments*. New York: Allan R. Liss.
- Garner, D., Vitousek, K., y Pike, K. (1997). Cognitive- behavioural therapy for anorexia nervosa. En D. Garner y P. Garfinkel (1997) *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, 2ª Ed. The Guilford Press: Nueva York.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., y Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483- 491.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., y Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychology Medicine*, 12, 871- 878.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., y Signorelli, N. (1994). Growing up with television: The cultivation perspective. En J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (pp. 17- 41). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- González- Lavin, A., y Smolak, L. (1995, Marzo). *Relationship between televisión and eating problems in middle school girls*. Documento presentado en el Society for Research in Child Development, Indianapolis, IN.
- Griffiths, R.A., Beumont, P.J., Giannakopoulos, E., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., Touyz, S.W., y Varano, P. (1999). Measures self- esteem in dieting disordered patients: the validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (2), 227-231.

- 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.
- Guillemot, A., y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Barcelona: Masson.
- Gull, W. W. (1873). 'Apepsia Hysterica: Anorexia Hysterica', *Transcripts of the Clinical Society of London* 7: 22-28.
- Harris, R.J. (1994). A cognitive psychology of mass communication (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Harrison, K. (2000). Televisión viewing, fat stereotyping, body shape standards, and eating disorder symptomatology in grade school children. *Communication Research*, 27 (5), 617- 640.
- Harrison, K., y Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47 (1), 40- 67.
- Heinberg, L.J., Thompson, J.K., y Stormer, S. (1995). Development and validation of the socio-cultural attitudes towards appearance scale (SATAQ). *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Heinberg, L.J., y Thompson, J.K. (1995). Body image and televised images of thinness and attractiveness: a controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 325- 338.
- Hoek, HW. (1993). Review of The epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatric*, 5, 61- 74.
- Hsu, L.K.G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 681- 700.
- Irving, L.M. (1990). Mirror images: Effects of the standard of beauty on the self- and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 230- 242.
- Irving, L.M., DuPen, J., y Berel, S. (1998). A media literacy program for high school females. *Eating disorders: A Journal of Treatment and Prevention*, 6 (2), 119-131.

- Jan van den Bulck, (2000). Is television bad for your health?. Behavior and body image of the adolescent "Couch potato". *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 273-288.
- Jayne, M. (1999). La identidad de género. *Revista de Psicoterapia*, 10- 40, 5- ¿?.
- Joiner, T.E., Schmidt, N.B., y Wonderlich, S. (1997). Bulimic's global self-esteem as contingent on body dissatisfaction: Lack of diagnostic specificity?. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 67-76.
- Kaplan, H.I., y Sadock, B.J. (2001). *Sinopsis de psiquiatría*. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Panamericana.
- Kaufman, L. (1980). Prime- time nutrition. *Journal of Communication*, 30, 37- 46.
- Kilbourne, J. (1994). Still killing us softly: Advertising the obsession with thinness. En P. Fallon, M.A. Katzman, y S.C. Wooley (Eds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 395- 418). New York: Guilford Press.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios/as sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 23-33.
- Lasegue, C. (1873). De l' anorexia hystérique. *Archives Gènèrales de Médecine*, abril, 385- 403.
- Lauer, R.H. y Lauer, J.C. (1994). *Marriage and family: The quest for intimacy*. Madison, WI: Brown & Benchmark.
- Lauzen, M.M., y Dozier, D.M. (1999). Making a difference in prime time: Women on screen and behind the scenes in the 1995-96 television season. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 43(1), 1-19.
- Lauzen, M.M., y Dozier, D.M. (2002). You look mahvelous: an examination of gender and appearance comments in the 1999- 2000 prime- time seasons. *Sex Roles: A Journal of Research*, 46, 429- 437.

- Lawrence, C.M., y Thelen, M.H. (1995). Body image, dieting, and self- concept: Their relation in African- American and Caucadian children. *Journal of Child Psychology*, 24, 41- 48.
- Lennon, S.J., Lillethun, A., y Buckland, S.S. (1999). Attitudes toward social comparison as a function of self- esteem: Idealized appearance and body image. *Familiy and Consumer Sciences Research Journal*, 27 (4), 379- 405.
- Levine, M.P., y Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. En L. Smolak, M.P. Levine, y R. Striegel- Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders* (pp. 235- 257). Mahwah, N.J.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Levine, M.P., y Smolak, L. (1998). The mass media and disordered eating: Implications for primary prevention. In W. Vandereycken y G. Noordenbos (Eds.), *The Prevention of Eating Disorders* (pp. 23- 56. Athlone Press: London.
- Levine, M.P., Piran, N., y Stoddard, C. (1999). Mission more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. En N. Piran, M.P. Levine y C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*. Philadelphia, PA: Brunner/ Mazel.
- Levine, M.P., Smolak, L., y Hayden, H. (1994). The relation of socio- cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14 (4), 472- 491.
- Levine, M.P., Smolak, L., y Schermer, F. (1996). Media analysis and resistance by elementary school children in the primary prevention of eating problems. *Eating Disorders*, 4 (4), 310-322.
- Lin, L.F., y Kulik, J.A. (2002). Social comparison and women's body satisfaction. *Basic & Applied Social Psychology*, 24(2), 115-123.
- Lloyd, B.B., Dittmar, H., Jacobs, N., y Cramer, H. (1997). Identifying important dimensions of adolescent body image. *Paper presented at th British Psychological Society Social Psychology Section Annual Conference*, Brighton, September.

- Lucas, A.R., Beard, C.M., O'Fallon, W.N., y Kurland, L.T. (1991). 50 year trends in the incidence of bulimia nervosa in Rochester, Minn: a population- based study. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917- 922.
- Martin, M.C., y Gentry, J.W. (1997). Stuck in the model trap: The effects of beautiful models in ads on female pre- adolescents and adolescents. *The Journal of Advertising*, 26, 19- 33.
- Martin, M.C., y Kennedy, P.F. (1993). Advertising and social comparison: Consequences for female preadolescents and adolescents. *Psychology y Marketing*, 10, 513- 530.
- Martin, M.C., y Kennedy, P.F. (1994a). The measurement of social comparison to advertising models: A gender gap revealed. En J.A. Costa (Ed.), *Gender issues in consumer behavior* (pp. 104- 124). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Martin, M.C., y Kennedy, P.F. (1994b). Social comparison and the beauty advertising models: The role of motives for comparison. *Advances in Consumer Research*, 21, 365- 371.
- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, M.J., y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barba*, 20- 2, 51- 65.
- Mautner, R.D., Owen, S.V., y Furnham, A. (2000). Cross- cultural explanations of body image disturbance in Western cultural samples. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 165-172.
- McCreary, D.R., y Sadava, S.W. (1999). Televisión Beijing and self- perceived health, weight, and physical fitness: Evidence for the Cultivation Hypótesis. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2342- 2361.
- McKinley, N.H. (1995). Women and objectified body consciousness: A feminist psychological analysis. Dissertation Abstracts International, 50,05B (University Microfilms N° 9527111).
- McKinley, N.H. (1997). Women and objectified body consciousness: Mothers and daughters body experience in cultural, developmental, and familial context. Unpublished manuscript, Alleghany College.

- McKinley, N.H. (1998). Gender differences in undergraduates body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual- ideal weight discrepancy. *Sex Roles*, 39, 113- 123.
- McKinley, N.M., y Hyde, J.S. (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181- 215.
- Meermann, R., Vandereycken, W., y Napierski, C. (1986). Methodological problems of body image research in anorexia nervosa patients. *Acta Psychiatrica Belg*, 86, 42- 51.
- Mendelson, B.K., McLaren, L., Gauvin, L., y Steiger, H. (2002). The relationship of self- esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 318-323.
- Merino, H., Pombo, M.G., Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 13, 539-545.
- Moller-Madsen, S.M., y Nystrup, J. (1992). Incidence of anorexia nervosa in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 197-200.
- Moore, D.C. (1993). Body image and eating behavior in adolescents. *Journal of the American College of Nutrition*, 12, 505- 510.
- Mora, M., y Raich, R.M. (1993a). Epidemiología del síndrome bulímico: Un análisis transcultural. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 28-29, 58-73.
- Mora, M., y Raich, R.M. (1993b). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de Psiquiatría de Facultad de Medicina de Barna*, 20, 113- 135.
- Morande, G., y Casas, J. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2- 3, 243- 260.
- Morande, G., Celada, J., y Casas, J. (1999). Prevalence of eating disorders in a Spanish school- age population. *Journal of Adolescent Health*, 24, 212- 219.
- Murnen, S.K., Smolak, L., Mills, J.A., y Good, L. (2003). Thin, sexy women and strong, muscular men: Grade- school children`s responses to objectified images of women and men. *Sex Roles: A Journal of Research*, 49 (9/10), 427- 437.
- Murray, S.H., Touyz, S.W., y Beumont, P.J.V. (1996). Awareness and perceived influence of body ideals in the media: A comparison of eating disorder patients

and the general community. *Eating disorders: A Journal of Treatment and Prevention*, 4 (1), 33-46.

Nemeroff, C.J., Stein, R.I., Diehl, N.S., y Smilack, K.M. (1994). From the Cleavers to the Clintons: role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 167- 176.

Oficina para la Justificación de la Difusión (OJD). www.ojd.es

Otero, J., Mazuelos, M., López, N., Sanz, E., y Rodado, J. (2002). Incidencia de anorexia nerviosa en una Unidad Pública de salud mental Infanto-juvenil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 14-18.

Palacios, M. (Coord.) (2004). *Media TV*. Ministerio de Educacion, Cultura y Deporte.

Pérez - Gaspar, M., Gual, P., De Irala- Estevez, J., Martínez, M.A., LaHortiga, F., y Cervera, S. (2000). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en las adolescentes navarras. *Medicina Clínica de Barcelona*, 114, 481- 486.

Polce- Lynch, M., Myers, B.J., Kilmartin, C.T., Forssmann- Falck, R., y Kliewer, W. (1998). Gender and age patterns in emotional expression, body image, and self-esteem: A qualitative analysis. *Sex Roles*, 38, 1025- 1048.

Polivy, J., y Herman, C.P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(1), 1-6.

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 women. *Sex Roles*, 38 (3-4), 187- 201.

Posovac, H., Posovac, S.S., y Weigel, R.G. (2001). Reducing the impact of the media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20 (3), 324-340.

Potter, W.J. (1991). Examining cultivation from a psychological perspective. *Communication Research*, 18, 77- 102.

Richins, M.L. (1991). Social comparison and idealized images of advertising. *Journal of Consumer Research*, 18, 71- 83.

- Rodin, J., Silberstein, L. y Striegel- Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. En T. Sonderegger (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 32. Psychology and gender* (pp. 267- 307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self- image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Raich, R.M. (1998). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, J.M., Pérez, O., y Requena, A. (1991). Estudio de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 18- 7, 305- 315.
- Rubin, A.M. (1994). Media uses and effects: A uses- and – gratifications perspective. En J. Bryant y D. Zillmann (Eds.), *Media effects: Advancees in theory and research* (pp. 417- 436). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ruiz- Lázaro, P.M. (1998). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Anales Españoles de Pediatría*, 49, 435- 436
- Ruiz- Lázaro, P.M. (2003). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 31, 85- 94.
- Ruiz- Lázaro, P.M., Alonso, J.P., Velilla, J.M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., y Calvo, A.I. (1998). Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 3, 148- 162.
- Sands, E. R., y Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9--12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204.
- Santiso, R. (2001). El cuerpo del delito. Toruturas culturales en torno al cuerpo. En M. Azpeita et al. (Eds.), *Piel que habla* (pp. 223- 244). Barcelona: Icaria.
- Schlenker, J., Caron, S., y Halteman, W. (1998). A Feminist Analysis of *Seventeen* Magazine: Content Analysis from 1945 to 1995. *Sex Roles* 38, 135-150.
- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., y Caruthers, A. (2004). Who's that girl: Television's role in the body image development of young white and black women. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 38-47.

- Seidman, S.A. (1999). Revisiting sex role stereotyping in MTV videos. *International Journal of Instructional Media*, 26, 11-22.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J., y León, J.A. (2002). Body- image disturbance in eating disorders: A meta- análisis. *Psychol Spain*, 6, 83-95.
- Sherman, B.L. y Dominick, J.R. (1986). Violence and sex in music videos, TV, and rock-n-roll. *Journal of Communication*, 36, 79-93.
- Shore, R.A., y Porter, J.E. (1990). Normative and reliability data for 11 to 18 year olds on the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 201- 207.
- Silverstein, B., Peterson, B., y Perdue, L., (1986). Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 895- 905.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., y Kelley, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519- 532.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., Vogel, L., y Fantini, D.A. (1986). Possible causes of the thin standard of bodily attractiveness for women. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 907- 916.
- Spettigue, W., y Henderson, K.A. (2004). Eating disorders and the role of the media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, (13) 1, 16-19.
- Spitzer, B.L., Henderson, K.A., y Zivian, M.T. (1999). Gender differences in population versus media body sizes: a comparison over four decades. *Sex Roles: A Journal of Research*, 40 (7), 545- 565.
- Steiner-Adair, C., y Vorenberg, A.P. (1999). Resisting weight- ism:Media literacy for elementary-school children. En N. Piran y M.P. Levine y C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges* (pp.105-121). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14 (7), 633- 661.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology:A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., y Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (5), 985- 993.
- Stice, E., y Shaw, H.E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin- ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288- 308.
- Stice, E., Schupak- Neuberg, E., Shaw, H.E., y Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 836- 840.
- Stormer, S.M., y Thompson, J.K. (1996). Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 193- 202.
- Streicher, H. (1974). The girls in the cartoons. *Journal of Communication*, 24, 125- 129.
- Tavris, C. y Wade, C. (1984). *The longest war: Sex differences in perspective*, 2nd ed. San Diego: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L.S., Gray, N., McKnight, K., Crago, M., Kraemer, H., y Killen, J.D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31- 42.

- Thompson, J. K., y Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 181.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., y Tantleff, S. (1991). The physical appearance comparison scale. *Behavior Therapist*, 14, 174.
- Thompson, J.K., Coovert, M.D, y Stormer, S.M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43- 51.
- Thomsen, S.R., McCoy, K., y Williams, M.(2001). Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders*, 9 ,49-64.
- Tiggemann, M. (2003). Media exposure and body dissatisfaction. *European Eating Disorders Review*, 11 (5), 418-425.
- Tiggemann, M., y Lynch, J.E. (2001). Body image across the life span in adult women: the role of self- objetification. *Developmental Psychology*, 37 (2), 243- 253.
- Tiggemann, M., y Pickering, A. (1996). The role of televisión in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 199- 203.
- Tiggemann, M., y Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48-58.
- Tiggemann, M., Gardiner, M., y Slater, A. (2000). "I would rather be a size 10 than have straight As: a focus group study of adolescent girls wish to be thinner. *Journal of Adolescence*, 23, 645- 659.
- Tiggemann, M., Winefield, H.R., Winefield, A.H., y Goldney, R.D. (1994). Gender differences in the psychological correlates of body- weight in young adults. *Psychology and Health*, 9, 345- 351.

- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina Clínica de Barcelona*, 114, 543- 544.
- Toro, J., Cervera, M., y Pérez, P. (1989). Body shape, publicity y anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 132- 136.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Perez, P., y Cuesta, L. (1989). Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61- 70.
- Van Ezra, J. (1990). *Television and child development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Verri, A.P., Verticale, M.S., Vallero, E., Bellone, S., y Nespoli, S. (1997). Televisión and eating disorders. Study of adolescent eating behavior. *Minerva Pediatric*, 49, 235- 243.
- Vitiello, B., y Lederhendler, I. (2000) Research on eating disorders: current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47, 777-86.
- Wertheim, E.H., Paxton, S.J., Schutz, H.K., y Muir, S.L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight?. An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4), 345- 355.
- WHO (World Health Organization) (1995). Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. *Technical Report Series*, 854, 1- 452.
- Wiederman, M.W. (2000). Women`s body image self- consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research*, 37, 60- 68.
- Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., y Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85- 89.
- Wolf, N. (1991). *El mito de la belleza*. Barcelona: Emecé.
- Wood, J.W. (1989). Theory and research concerning social comparisons of personal attributes. *Psychological Bulletin*, 106, 231- 248.

Zahner, G.E.P., Hsieh, C. C., y Fleming, J. A. (1995). Introduction to epidemiologic research methods. In M. T. Tsaung, M. Tohen, y G.E.P. Zahner (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (pp. 23–54). New York: John Wiley & Sons.

ANEXOS

C.A	Centro	Curso	Nº cuestionario

Estimada participante:

Este cuestionario forma parte de una investigación, la cual se está llevando a acabo en toda España. El cuestionario es absolutamente ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL. Pero para que sean útiles los resultados obtenidos es necesario que se responda con SINCERIDAD. Recuerde que esto no es una prueba, no hay respuestas buenas o malas se trata de que elija la respuesta que mejor recoja lo que usted PIENSA SOBRE EL TEMA

INSTRUCCIONES

Todas las preguntas tienen diversas opciones de respuesta. Deberá elegir SÓLO UNA, salvo que el enunciado de la pregunta diga expresamente que puede seleccionar varias.

Cada opción tiene a su lado un pequeño cuadrado. El cuadrado correspondiente a la opción elegida deberá señalarlo con una marca de estas características ☒. Si se confunde, tache la opción equivocada de esta forma ☒, y vuelva a marcar ☒ la opción que crea conveniente.

Muchas gracias por su colaboración

CUESTIONARIO A

1. Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer 2. Edad: años 3. Municipio de residencia: ☐ Urbano
☐ Rural
4. Peso (sin zapatos ni ropa) kg. 5. Talla (sin zapatos) cm.

CUESTIONARIO B

1. Marca con una X tu opinión sobre estos ítems según la escala

Muy importante	Algo importante	Ni poca ni mucha importancia	Poco importante	Nada importante
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
a. ¿Qué importancia tiene para ti la televisión como un medio de entretenimiento?	☐	☐	☐	☐	☐
b. ¿Qué importancia tiene para ti la televisión como un medio de información?	☐	☐	☐	☐	☐
c. ¿Qué importancia tiene para ti las revistas como un medio de entretenimiento?	☐	☐	☐	☐	☐
d. ¿Qué importancia tiene para ti las revistas como un medio de información?	☐	☐	☐	☐	☐

3 Marca con una X el tiempo dedicas a leer revistas a la semana según la escala

Menos 1h	1-3 horas	4-6 horas	7-9 horas	10-12 horas	13-15 horas	16-18 horas	Más 18 horas	No he leído
0	1	2	3	4	5	6	7	8

[illegible]

4 Marca con una cruz la frecuencia con que sueles ver las siguientes secciones de los magazines de TV y leerlas en las revistas según la escala

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

[illegible]

CUESTIONARIO C

Utilizando la siguiente escala marca con una cruz la alternativa que se ajuste a lo que piensas

Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. En las fiestas u otros eventos sociales comparo mi apariencia física con la apariencia física de otras personas	☐	☐	☐	☐	☐
2. La mejor forma de que la gente sepa si esta en sobrepeso o en bajo peso es comparar su figura con la figura de los otros	☐	☐	☐	☐	☐
3. En las fiestas u otros eventos sociales comparo como voy vestida con como van vestidas las otras personas	☐	☐	☐	☐	☐
4. Comparar tu aspecto físico con el aspecto físico de otras personas es una mala forma de saber si eres atractiva o si no eres atractiva	☐	☐	☐	☐	☐
5. En las situaciones sociales, a veces comparo mi figura con la figura de otra gente	☐	☐	☐	☐	☐

CUESTIONARIO D

Lee cada uno de los siguientes ítems y marca con una X lo que mejor refleje tu acuerdo con cada uno de ellos según la escala

Totalmente desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente desacuerd o	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

[illegible]

23. Puedo pesar lo que debo cuando lo intento con suficiente empeño ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
24. Tu forma física depende mayoritariamente de los genes ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A continuación, te puedes encontrar con alguna pregunta que no sea aplicable por ejemplo “Cuando no puedo controlar mi peso, siento que me debe pasar algo equivocado”, no sería aplicable en caso de que controles tu peso.

Totalmente desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Levemente desacuerdo	Ni acuerdo de desacuerdo	Levemente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	No aplicable
1	2	3	4	5	6	7	Na

	1	2	3	4	5	6	7	Na
2. Cuando no puedo controlar mi peso, siento que me debe pasar algo equivocado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me siento avergonzada cuando no he hecho el esfuerzo de tener el mejor aspecto posible	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Siento que debo de ser una mala persona cuando no tengo tan buen aspecto como podría tener	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Me avergonzaría si la gente supiese lo que realmente peso	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Incluso cuando no puedo controlar mi peso pienso que soy una persona decente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nunca me preocupa que algo vaya mal cuando no hago tanto ejercicio como debería	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Cuando no hago suficiente ejercicio me cuestiono si soy buena persona	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Cuando no llevo la talla que pienso que debería de llevar, me siento avergonzada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CUESTIONARIO E

Lee cada uno de los siguientes ítems y marca con una X lo que mejor refleje tu acuerdo con cada uno de ellos según la escala

Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Ni ni acuerdo desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Me gustaría que mi cuerpo se pareciese al de las mujeres que aparecen en las películas y los shows de TV	☐	☐	☐	☐	☐
2. Creo que la ropa le sienta mejor a las mujeres que tienen una buena forma física	☐	☐	☐	☐	☐
3. Los videos musicales que muestran a mujeres que tienen una buena forma física me hacen desear estar en mejor forma física	☐	☐	☐	☐	☐
4. No deseo parecerme a las mujeres modelos que aparecen en las revistas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tiendo a comparar mi cuerpo con el de las estrellas que aparecen en TV y en películas	☐	☐	☐	☐	☐
6. En nuestra sociedad, la gente gorda es mirada como atractiva	☐	☐	☐	☐	☐
7. Las fotografías de mujeres que están en forma me hacen desear tener un mejor tono muscular	☐	☐	☐	☐	☐
8. El atractivo es muy importante si quieres destacar en nuestra cultura	☐	☐	☐	☐	☐
9. Es importante para la gente parecer atractiva si quiere tener éxito en la cultura en la actualidad	☐	☐	☐	☐	☐
10. La mayoría de la gente cree que tener un buen tono corporal y estar físicamente en forma mejora como te ves	☐	☐	☐	☐	☐
11. La gente piensa que cuanto más atractiva eres mejor sienta la ropa	☐	☐	☐	☐	☐
12. En la sociedad actual, no es importante siempre lo atractiva que parezcas	☐	☐	☐	☐	☐

