

Els programes de prevenció basats en l'evidència dels trastorns de la conducta alimentària en el context educatiu: revisió sistemàtica

Lydia Sánchez

Carmen Orte

Lluís Ballester

RESUM

L'elevada prevalença dels trastorns de conducta alimentària (TCA), que assoleix valors de l'1-3% en la població general i del 4-5% en els joves, així com les múltiples conseqüències associades a la patologia, incideix a desenvolupar formes de prevenció eficaces. Factors socials com la imposició de cànons de bellesa pels mitjans de comunicació, la pressió dels iguals, els antecedents familiars de patologies, les criances parentals inadequades, la història d'abusos patits, i factors personals com l'obesitat o els canvis en la figura, les dietes, l'autoestima deteriorada, la insatisfacció corporal, l'autoexigència i el perfeccionisme, poden influir sobre els joves, afavorint que busquin formes immediates i poc saludables de reduir el seu pes. Una aposta per prevenir els TCA i intervenir sobre els factors de risc seria el desenvolupament de programes de prevenció basats en l'evidència científica.

La finalitat d'aquesta revisió és identificar i analitzar els programes basats en l'evidència existents, disseminant-ne els components per perfilar programes eficaços. Els resultats es fonamenten en programes dirigits a joves menors de 18 anys i desenvolupats en el context educatiu. Predominen els que aposten per estructures breus, fonamentades entre 3 i 4 sessions, dirigits a edats compreses entre els 10 i els 14 anys i aplicats per professionals de la salut mental. A més, la variable sexe és essencial, en implicar diferències en els resultats i en l'eficàcia. D'igual manera, es debatrà també la modalitat dels programes i la implicació parental.

RESUMEN

La elevada prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria (TCA), que alcanzan valores del 1-3 % en la población general y del 4-5 % en los jóvenes, así como las múltiples consecuencias asociadas a la patología, inciden en el desarrollo de formas de prevención eficaces. Factores sociales como la imposición de cánones de belleza por los medios de comunicación, la presión de los iguales, los antecedentes familiares de patologías, las crianzas parentales inadecuadas, la historia de abusos padecidos y factores personales como la obesidad o los cambios en la figura, las dietas, la autoestima deteriorada, la insatisfacción corporal, la autoexigencia y el perfeccionismo, pueden influir sobre los jóvenes, favoreciendo que busquen formas inmediatas y poco saludables de reducir peso. Una apuesta para prevenir los TCA e intervenir sobre los factores de riesgo sería el desarrollo de programas de prevención basados en la evidencia científica.

La finalidad de esta revisión es identificar y analizar los programas basados en la evidencia existentes, disseminando sus componentes para perfilar programas eficaces. Los resultados se fundamentan en programas dirigidos a jóvenes menores de 18 años y desarrollados en el contexto educativo. Predominan los que apuestan por estructuras breves, fundamentadas entre 3 y 4 sesiones, dirigidos a edades comprendidas entre los 10 y los 14 años y aplicados por profesionales de la salud mental. Además, la variable sexo es esencial, al implicar diferencias en los resultados y en la eficacia. De igual modo, se debatirá también sobre la modalidad de los programas y la implicación parental en estos.

I. ELS TRASTORNS DE LA CONDUCTA ALIMENTÀRIA: MÚLTIPLES FACTORS DE RISC

Malgrat les múltiples intervencions desenvolupades durant l'última dècada, la prevalença dels trastorns de la conducta alimentària no disminueix. S'estima una prevalença aproximada de l'1-3%

de trastorns de la conducta alimentària (TCA) en joves de tots dos sexes i de 4-5% en dones joves (Peláez, Raich i Labrador, 2010). Altres aproximacions nacionals també coincideixen amb les xifres anteriors i estableixen un 5% de patologies alimentàries (Sánchez-Carracedo et al., 2016).

El problema radica que associades al trastorn s'identifiquen múltiples conseqüències negatives (Berger et al., 2014; Linville et al., 2015; Stice, Marti, Rohde i Shaw, 2011), situant-se en l'extrem una taxa de mortalitat que oscil·la entre 5,9 en anorèxies nervioses (AN) i 1,9 en bulímies nervioses (BN) (Sánchez-Carracedo et al., 2013). Però, a més, s'identifica freqüent comorbiditat amb simptomatologia ansiosa i depressiva, que provoca un malestar que acaba interferint i deteriorant diversos àmbits de la vida, com el familiar, el personal, el social o el laboral/formatiu (Linville et al., 2015). A més, són trastorns que apareixen en edats primerenques; concretament, s'observa una major incidència entre els 10 i els 19 anys, però, a més, aquests trastorns tendeixen a cronificar-se o a mantenir-se durant llargs períodes (Berger et al., 2014). L'elevada resistència als tractaments actuals i l'elevat cost per a la salut pública que comporten contribueixen a la defensa de la prevenció com la millor eina per a aquestes patologies (Linville et al., 2015; Sánchez-Carracedo et al., 2013).

Es poden identificar múltiples causes que influeixen en l'elevada prevalença dels trastorns. Per començar, des del punt de vista biològic, Vallés (2013), citant Lluna (2006), exposa que també podrien deure's a alteracions en els sistemes noradrenèrgic o serotoninèrgic, i assenyalava una possible influència genètica. D'altra banda, l'elevada pressió sociocultural exercida per les indústries de bellesa sobre la imatge corporal i la figura afavoreix l'exigència del cos perfecte (López, Solé i Cortès, 2008). El paper dels mitjans de comunicació és també rellevant, en actuar, amb freqüència, com a transmissors de la necessitat d'aquests cossos perfectament modelats; ser prim és requisit per tenir èxit i ser acceptat socialment (Austin et al., 2012; Austin i Sonnevile, 2013; Hart et al., 2015). A això ha de sumar-se que, a més, no n'hi ha prou amb tenir una figura esvelta i adaptada als valors establerts per les modes, sinó que també depèn de la percepció adoptada. És a dir, s'haurà d'avaluar i establir quina és la percepció de satisfacció de cada persona. Si la percepció sobre un mateix provoca malestar, es denomina *insatisfacció corporal*, i és el principal factor que incideix a aprimar i que influeix en el desenvolupament dels TCA (López et al., 2008; Sharpe, Shober, Treasure i Schmidt, 2013). Fins a un 85% d'al·lots joves i un 40% d'al·lots joves declaren voler ser més prims (Dohnt i Tiggemann, 2006 citat en Yeh, Liou i Chien, 2011). Ha d'emfatitzar-se com a factor de risc destacat la deterioració de l'autoestima o de l'autoconcepte, que predisposaran a una imatge corporal distorsionada (Berger et al., 2014; Stice et al., 2011; Vallés, 2013; Varnado-Sullivan, Williamson, Reves, Thaw i Netemeyer, 2001).

A més, aspectes familiars també hi poden influir: criances parentals inadequades, famílies desestructurades, patologies mentals o addiccions —especialment l'alcoholisme— són factors de risc que poden predisposar també a la simptomatologia (Vallés, 2013). Però, a més, la preocupació excessiva pel pes i l'esforç per obtenir una figura esvelta per part dels pares podria actuar com a model d'aprenentatge per als joves. Stewart et al. (2001) recorden que iniciar una dieta és un dels principals factors predisponents per desenvolupar un trastorn de la conducta alimentària. Hart, Cornell, Damiano i Paxton (2015) destaquen que els patrons d'exercici diari i alimentació baixa en greixos, cada vegada més estrictes i exigents, imposats per la societat i, fins i tot, per professionals sanitaris, podrien incidir en el fet que els pares no identifiquin problemes en la conducta alimentària dels

seus fills, com restriccions calòriques o eliminacions de grups alimentaris. A més, possibles crítiques, burles o exigències familiars incideixen positivament també en el desenvolupament de simptomatologia (Berger et al., 2014; Brunning et al., 2004; Hart et al., 2015; Jones et al., 2014a; Stewart et al., 2001; McVey et al., 2009). Ocorreria el mateix amb comentaris inadequats o negatius expressats pel grup d'iguals o per companys amb els quals s'estableixin relacions sentimentals (Hart et al., 2015; McVey et al., 2004; Weigel et al., 2015). S'ha d'assenyalar que els abusos sexuals podrien ser també una causa freqüent del desenvolupament de simptomatologia de TCA (Berger et al., 2014).

Bochholz et al. (2008) emfatitzen que el risc és elevat si es tracta de joves atletes que freqüenten ambients competitius, en què el control del pes pot afavorir un millor rendiment. A més, en els esports que es fonamenten en la imatge corporal –com la gimnàstica o el ballet– es potencia el risc a desenvolupar simptomatologia de TCA. Bochholz et al. (2008) exposen que el risc és tan elevat i comú que s'arriba a establir la triada d'atleta femenina, una condició mèdica en la qual tendeixen a produir-se els TCA, l'amenorrea i l'osteoporosi, degut a un desequilibri entre la ingesta de calories i la despesa energètica.

D'altra banda, McVey, Davies, Tweed i Shaw (2004) recorden que els canvis físics experimentats durant la pubertat poden influir també en l'emergència de TCA. Així mateix, Stewart et al. (2001) i Brunning, Winzelberg, Abascal i Taylor (2004) destaquen el sobrepès o l'obesitat com uns dels factors de risc més preocupants, ja que són greument criticats i penalitzats per la societat i és comuna l'aparició d'estratègies abruptes, desesperades i poc saludables de reducció del pes. És més, els resultats de l'estudi de Raich, Portell i Peláez-Fernández (2010) indiquen que persones amb sobrepès presenten més distorsions associades amb la imatge corporal i actituds disfuncionals que les primes. A més, les dades nacionals avalen també la disconformitat cap a la imatge personal, especialment diferenciades per sexes. López et al. (2008) corroboren que un 21% de les al·lotes d'entre 12 i 15 anys experimenta preocupació extrema per la seva figura en comparació amb un 9% dels al·lots de la mostra que analitzen. Berger et al. (2014) fan ressaltar que el focus de preocupació associada a la figura corporal en les al·lotes seria la incapacitat de guanyar suficient musculatura. Sens dubte, els índexs de massa corporal (IMC) elevats, l'adolescència –franges d'edat estipulades en aquesta etapa evolutiva– i el sexe femení son factors predisposants de la patologia (Sánchez-Carracedo et al., 2013; Vallés, 2013).

L'objectiu d'aquesta revisió és analitzar i disseminar els programes de prevenció dels trastorns de la conducta alimentària basats en l'evidència científica obtinguts a través de la cerca bibliogràfica. La finalitat és establir quins programes són eficaços per a la prevenció, tant en població universal com en població selectiva, dels trastorns alimentaris. També es pretén identificar i establir sota quins components i característiques s'estructuren i articulen aquests programes.

2. METODOLOGIA

Per dur a terme la revisió sistemàtica es va efectuar una cerca en bases de dades nacionals i internacionals: Dialnet, CSIC, EBSCO –en la qual s'engloben cercadors com PsycINFO, CINAHL, PsycARTICLES o Academic Search Premier, entre altres–, Web of Science –que inclou SciELO i MEDLINE entre els seus cercadors més rellevants– i Scopus. A més, es van consultar dues pàgines

especialitzades en programes de prevenció basats en l'evidència: SAMHSA i Blueprints for Healthy Youth Development.

Es va desenvolupar l'equació de cerca que pot veure's a continuació, basada en elements i descriptores clau. En l'equació es van utilitzar connectors per estructurar-la i truncaments per possibilitar el major nombre d'opcions.

“Program*” AND “prevention” AND (“eating disorder*”) AND (school OR education OR Young people) AND (evidence-based OR effectiveness).

La selecció dels programes es va establir en funció d'una sèrie de criteris d'inclusió i d'exclusió que van permetre atorgar homogeneïtat als resultats (veure *taula 1*). S'ha d'emfatitzar que tots els estudis es van fonamentar en una metodologia experimental. A més, només es van conservar les actuacions que es van establir en l'àmbit educatiu.

QUADRE 1. FACTORS D'INCLUSIÓ I D'EXCLUSIÓ

Categoria	Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Heterogeneïtat clínica o descriptiva	1. Temporització de la publicació: 2000-2017 2. Edat dels participants: menys de 18 anys 3. Idiomes: castellà, català i anglès 4. Temàtica: prevenció de trastorns de la conducta alimentària 5. Context: àmbit educatiu o centres escolars 6. Tipus de prevenció: universal o selectiva	1. Informació: aportació incompleta de qualche apartat
Heterogeneïtat metodològica	7. Dissenys metodològics: assajos controlats i aleatoritzats i quasiexperimentals. 7. Mostra i grandària de la mostra: s'han d'especificar la unitat d'anàlisi, la grandària de la mostra, la pèrdua mostral i l'avaluació de la mostra. 8. Seguiment: s'ha d'especificar el seguiment.	2. Grandària de la mostra: menor a 100 subjectes

Per mitjà d'aquesta cerca, es van obtenir un total de 597 articles que abordaven programes de prevenció associats amb l'alimentació. No obstant això, en realitzar una anàlisi més exhaustiva, tenint en compte els continguts, els articles es van reduir a 23 i, després d'aplicar els criteris d'inclusió i exclusió, la mostra es va reduir definitivament a 14 programes.

3. RESULTATS I ANÀLISI DE LA CERCA

3.1. Tipologia de prevenció

Els programes seleccionats es fonamenten en **prevenció universal o selectiva**, establint com a criteri d'exclusió patir un TCA. En concret, un 64,3% dels programes de la mostra són de prevenció universal i un 28,5% són selectius, i predominen els que es dirigeixen a tota la població. S'ha de

remarcant que el programa Body Logic respon a ambdues poblacions; en una primera fase, aborda la repercussió dels ideals de bellesa i incrementa l'autoestima per a tot l'alumnat, i en una segona etapa, se seleccionen els alumnes amb un elevat risc de desenvolupar un TCA i s'hi intervé (Varnado-Sullivan, Williamson, Reves, Thaw i Netemeyer, 2001). Un altre exemple d'aquesta modalitat és el programa Healthy Body Image (Jones et al., 2014b), que possibilita ambdues actuacions, tant dirigides a població universal (amb el subprograma StayingFit) com a població d'alt risc (amb el programa Student Bodies). Específicament, en aquesta revisió s'ha recollit només la modalitat Student Bodies, ja que és la que ha aportat la cerca documental. A més, s'han d'esmentar els programes Elite Sport High School i ATHENA, dirigits exclusivament a la prevenció dels trastorns en atletes.

La selecció ha exclòs tots els programes que no s'estableixen en centres escolars o en àmbit educatiu, ja que possibilita l'accés a un grup major de població i és considerat l'àmbit més eficaç per consolidar els programes (Austin et al., 2012; Austin i Sonnevile, 2013; Brunning et al., 2004; Becker, Cio i Smith, 2008; Jones, 2014b; Weigel et al., 2015).

D'altra banda, com pot observar-se en la taula 2, respecte als països de major procedència, un 42,8% dels programes són d'Estats Units i un 14,3% d'Anglaterra, d'Alemanya i d'Espanya. També la cerca ha tornat resultats de Noruega i de Canadà.

Efectivament, els programes es dirigeixen a prevenir els TCA. No obstant això, és rellevant destacar que alguns programes procuren prevenir tant els **TCA com l'obesitat de manera conjunta**, a partir de l'aprenentatge de pautes saludables d'alimentació i d'exercici a edats primerenques. En concret, tres dels programes analitzats compleixen aquesta finalitat: és el cas de Torera, Planet Health i Student Bodies. Ha de destacar-se que, encara que el programa Planet Health d'Austin et al. (2012) té com a principal objectiu la prevenció de l'obesitat (vegeu la taula 2), també s'ha seleccionat perquè prevé conductes centrals en els TCA, com les restrictives o purgatives (vòmit o ingesta de píndoles per aprimar-se). Els autors dels citats programes coincideixen a assenyalar i establir el sobrepès com un factor de risc i una prioritat en l'elecció mostral (Austin et al., 2012; Berger et al., 2014; Bruning et al., 2004; Taylor et al., 2006).

Finalment, respecte a la **implicació parental**, només en tres programes es desenvolupen actuacions dirigides als pares o els hi impliquen. És el cas de Body Logic, Student Bodies i Healthy Schools-Healthy Kids, que són tres dels programes més antics (etapa de 2001 a 2007). Una modalitat identificada és la desenvolupada per Body Logic, que només els hi fa participar quan els seus fills es troben en situació de risc –els que participen en la segona fase– (Varnado-Sullivan, 2001).

3.2. Característiques i disseny dels programes

Els programes de prevenció analitzats es mouen en **franges d'edat** que oscil·len entre els 10 i els 17 anys, i predomina especialment la intervenció dels 10 als 14 anys –en un 50% dels articles. Com exposen Wick et al. (2010), aquests programes aposten per abordar la prevenció als 12 anys, perquè és una etapa prèvia als pics d'incidència dels trastorns. S'estableixen intervencions més tardanes als programes dirigits a esportistes professionals o atletes: als 16 anys al programa d'Elite Sport High School i dels 13 als 17 anys a ATHENA. Tal com es mostra en la taula 3, en canvi, s'aposta per un

abordatge en edats prèvies en aquells que també pretenen prevenir l'obesitat (Austin et al., 2012; Berger et al., 2014; Brunning et al., 2004). Així mateix, el programa Student Body –amb evidències empíriques rellevants– intervé directament sobre dones d'entre 18 i 30 anys en l'àmbit universitari. El programa sosté l'argument que aquesta franja d'edat constitueix un factor de risc –etapa amb major incidència de les patologies–, i per tant, seria el moment d'intervenir¹ (Taylor et al., 2006).

Quant al **sexe**, es pot comptabilitzar que fins a 7 dels programes estan destinats únicament a les al·lotes, atès que el sexe femení és considerat un factor de risc del desenvolupament de la patologia. Concretament, es tracta de les intervencions PriMa, Student Bodies, ATHENA, MABIC, Healthy Weight 2, Eating Disorder Prevention Program i Me, You & Us (vegeu la taula 2). En relació amb l'abordatge mixt, s'han d'assenyalar alguns resultats rellevants obtinguts. Mentre que programes com Body Logic adverteixen que no s'observen diferències significatives entre sexes, el programa Elite Sport High School de Martinsen et al. (2014) emfatitza que només s'obtenen diferències significatives en el grup experimental per al col·lectiu femení. Cal destacar que al programa Torera també s'obtenen millors resultats en la intervenció en nines que en nins (Berger et al., 2014). Una altra proposta és la que duen a terme Weigel et al. (2015), que estableixen prevencions diferenciades per sexes –adaptant el material a cada sexe–, i obtenen resultats molt positius.

Respecte al nombre de **sessions**, tots els programes tenen entre 3 i 9 sessions, amb una mitjana de 5,8 sessions. Un 21,4% dels programes es fonamenten en dissenys de 3 sessions, com Body Logic o Healthy Schools-Healthy Kids, i un 35,8% són programes llargs, de 8 i 9 sessions, com Student Bodies, PriMa o ATHENA (vegeu la taula 2). Així i tot, el programa Healthy Weight, que ha rebut un suport empíric rellevant, s'estructura en 4 sessions (és l'únic programa que proposa aquesta durada).

Quant als **aplicadors**, en un 35,8% eren els docents d'algun centre educatiu, com en els programes Torera, Planet Health, Me, You & Us o Healthy Schools-Healthy Kids (vegeu la taula 3). El programa Me, You & Us avala l'ús de docents com a implementadors del programa, ja que així s'obté una millora sobre la variable satisfacció corporal, i disminueixen les distorsions cognitives associades a la imatge (Sharpe et al., 2013). Altres programes, en canvi, aposten per implementacions realitzades per experts o per professionals –psicòlegs o infermers (concretament, 7 dels programes analitzats). Per exemple, és el cas de programes com Healthy Weight 2, Student Bodies, Body Logic, Media Literacy o Eating Disorder Prevention Program. ATHENA de Randy et al. (2009) és aplicat pels entrenadors dels atletes, aprofitant la funció de model transmesa.

Quant a les mostres i seguint el criteri d'inclusió ($n > 100$ participants), s'han registrat dades heterogènies. En relació amb la grandària de la mostra, oscil·la des de programes composts per 152 participants fins a 1.848 participants. A més, no tots els programes ofereixen la informació completa (nombre d'estudiants, alumnes o pares), com es mostra a la taula 3.

¹ S'ha d'indicar que es descarta l'article de Taylor et al. (2006) perquè no compleix els criteris d'inclusió, encara que queda representat per una versió anterior i més limitada del programa Student Bodies, aplicada en nins de 13-14 anys (Brunning et al., 2004).

QUADRE 2. ASPECTES DESCRIPTIUS DELS PROGRAMES BASATS EN L'EVIDÈNCIA							
Autor/s (any)	Nom del programa	País	Tipus de trastorn		Sexe	Intervals d'edat	Participació dels pares
			TCA	Obesitat			
Stewart et al. (2001)	Eating Disorder Prevention Program	Anglaterra	x		Femení	13-14 anys	No
Varnado-Sullivan et al. (2001)	Body Logic	Estats Units	x		Tots dos	10-13 anys	Si
Brunning et al. (2004)	Student Bodies	Estats Units	x	x	Femení	13-14 anys	Si
McVey et al. (2007)	Healthy Schools-Healthy Kids (HS-HK)	Canadà	x		Tots dos	13-14 anys	Si
Ranby et al. (2009)	ATHENA	Estats Units	x		Femení	13-17 anys	No
Berger et al. (2008)/Wick et al. (2011)	PriMa	Alemanya	x		Femení	11-13 anys	No
González et al. (2011)	Media Literacy	Espanya	x		Tots dos	12-14 anys	No
Austin et al. (2012)	Planet Health	Estats Units	x	x	Tots dos	9-11 anys	No
Sharpe et al. (2013)	Me, You & Us	Anglaterra	x		Femení	15-16 anys	No
Stice et al. (2013)	Healthy Weight 2 ¹	Estats Units	x		Femení	15 anys	No
Berger et al. (2014)	Torera	Estats Units	x	x	Tots dos	11-13 anys	No
Martinsen et al. (2014)	Elite Sport High School program	Noruega	x		Tots dos	16 anys	No
Weigel et al. (2015)	No s'especifica	Alemanya	x		Tots dos	14-17 anys	No
Sánchez-Carracedo et al. (2013) / Sánchez-Carracedo et al. (2016)	MABIC	Espanya	x		Femení	13-14 anys	No

¹ La cerca ofereix dos programes desenvolupats pels mateixos autors: Healthy Weight i Healthy Weight 2. S'opta per analitzar el segon en ser una versió renovada i obtenir una major eficàcia respecte del primer.

QUADRE 3. CARACTERÍSTIQUES METODOLÒGIQUES DELS PROGRAMAES

Autor/s (any)	Tipus de prevenció		Nombre de sessions	Implementadors del programa	Mostra	Modalitat
	Universal	Selectiva				
Stewart et al. (2001)	x		6 sessions	Psicòlegs	Estudiants: 860 Centres escolars: 3	Presencial
Varnado-Sullivan et al. (2001)	x	x	3 sessions	Psicòlegs	Estudiants: 287 Centres escolars: 2	Presencial
Brunning et al. (2004)		x	8 sessions	Autoadministrat	Estudiants: 152 Pares: 69	Digital
McVey et al. (2007)	x		3 sessions	Docents	Estudiants: 982 Centres escolars: 91	Presencial
Ranby et al. (2009)		x	8 sessions	Entrenadores	Estudiants: 1.668	Presencial
Berger et al. (2008)/Wick et al. (2011)	x		9 sessions	Docents	Estudiants: 1.553 Centres escolars: 92	Presencial
González et al. (2011)	x		5 sessions	Experts en el programa	Estudiants: 443 Centres escolars: 13	Presencial
Austin et al. (2012)	x		8 sessions	Docents	Centres escolars: 45	Presencial
Sharpe et al. (2013)	x		6 sessions	Docents	Estudiants: 448 Centres escolars: 6	Presencial
Stice et al. (2013)		x	4 sessions	Infermers/professionals sanitaris	Estudiants: 306	Presencial
Berger et al. (2014)	x		9 sessions	Docents	Estudiants: 533 Centres escolars: 22	Presencial
Martinsen et al. (2014)		x	4 sessions	Experts en el programa	Estudiants: 465 Centres escolars: 16	Presencial
Weigel et al. (2015)	x		3 sessions	Experts en el programa/psicòlegs	Estudiants: 1.848	Presencial
Sánchez-Carracedo et al. (2013)/ Sánchez-Carracedo et al. (2016)	x		5 sessions	Infermers	Estudiants: ² 1.328 Docents: 38 Centres escolars: 17	Presencial

² L'article inclou aplicacions basades en l'adaptació cultural, encara que en aquest article només es reflecteix la mostra de l'aplicació original.

3.3. Objectius i continguts de les intervencions

L'enfocament teòric sobre el qual se sustenten la majoria dels programes és el cognitivoconductual, ja que és el que més evidències científiques ha rebut fins al moment (Fairburn, 1997). Tots els models coincideixen que la prevenció s'ha d'estructurar associada a modificacions conductuals, però també a un abordatge cognitiu que erradiqui les distorsions sobre el pes i la figura (González, Penelo, Gutiérrez i Raich, 2011; Stewart et al., 2001; Taylor et al., 2006), per la qual cosa, la intervenció sobre les distorsions cognitives és una actuació indiscutible en la majoria dels programes (González et al., 2011). La **modificació de les distorsions cognitives** sobre la imatge corporal actua com una peça essencial en el desenvolupament dels programes de prevenció. Stewart et al. (2001) es basen en la reestructuració cognitiva per aconseguir la modificació de les distorsions. Segons els resultats obtinguts pels autors, a partir de la intervenció sobre les distorsions cognitives s'aconsegueix millorar la satisfacció corporal i el patró alimentari i disminuir la simptomatologia de la conducta alimentària. Ha de recordar-se que la insatisfacció corporal és freqüent entre els joves; a més, actua com un dels principals factors de risc i ocasiona múltiples conductes problemàtiques, com conductes purgatives, operacions de cirurgia estètica, disminució de l'autoestima, aïllament o simptomatologia depressiva (Sharpe et al., 2013). No obstant això, segons expliquen Stice et al. (2011), la intervenció ha de complementar-se amb exposicions a la figura corporal amb la finalitat de millorar les actituds i les emocions negatives dels joves cap al propi cos.

QUADRE 4: OBJECTIUS DEL PROGRAMA

Autor/s (any)	Objectius
Stewart et al. (2001)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar el patró restrictiu alimentari. 2. Disminuir les preocupacions sobre el pes i la insatisfacció corporal. 3. Reduir l'impacte de la pressió social.
Varnado-Sullivan et al. (2001)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir l'impacte dels cànons de bellesa sobre la imatge corporal. 2. Abordar les preocupacions sobre la figura corporal. 3. Promoure la ingesta nutricional saludable.
Brunning et al. (2004) /Taylor et al. (2006)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduir les conductes d'alt risc que poden conduir a un TCA. 2. Imposar un model saludable d'alimentació i d'exercici. 3. Disminuir les distorsions cognitives i l'impacte de les creences culturals.
McVey et al. (2007)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduir l'impacte dels mitjans de comunicació sobre l'ideal de bellesa. 2. Disminuir els comportaments inadequats d'alimentació i exercici.
Ranby et al. (2009)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir les conductes alimentàries inadequades i l'ús de pastilles (esteroides o creatinina) en atletes. 2. Disminuir els factors de risc.
Berger et al. (2008)/Wick et al. (2011)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir l'AN. 2. Modificar les cognicions negatives i millorar l'autoestima corporal.
González et al. (2011)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduir les actituds associades amb la disminució pes. 2. Amortir la influència dels factors socioculturals i de la idealització de la figura corporal.
Austin et al. (2012)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir l'obesitat i els comportaments alimentaris restrictius. 2. Millorar el patró alimentari i l'exercici físic. 3. Disminuir l'impacte de la televisió i els mitjans de comunicació.
Sharpe et al. (2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir els TCA. 2. Promoure la satisfacció personal. 3. Disminuir els factors de risc, especialment les distorsions cognitives, la depressió i la pressió dels iguals.

Stice et al. (2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduir l'ideal de primesa i d'insatisfacció corporal mitjançant la modificació de distorsions cognitives. 2. Reduir la simptomatologia de TCA. 3. Instaurar patrons saludables d'exercici físic i d'alimentació.
Berger et al. (2014)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuir els factors de risc, especialment les preocupacions sobre el pes, la insatisfacció corporal, el suport social pobre i les dietes. 2. Incrementar els factors de protecció, com la potenciació de l'alimentació saludable, l'autoestima i els coneixements sobre el funcionament dels TCA.
Martinsen et al. (2014)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir els TCA en esportistes d'elit.
Weigel et al. (2015)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir els TCA. 2. Disminuir els factors de risc associats amb els TCA. 3. Disminuir l'impacte dels mitjans de comunicació
Sánchez-Carracedo et al. (2013)/Sánchez-Carracedo et al. (2016)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Millorar la salut dels joves a partir de la prevenció, centrant l'atenció, especialment, en la prevenció de TCA. 2. Reduir els factors de risc. 3. Afavorir programes de nutrició saludables.

Els programes que plantegen l'abordatge dels **factores de risc** com a principal actuació obtenen millors resultats que els que es fonamenten en la psicoeducació (Sánchez-Carracedo et al., 2013). És el cas del programa Body Logic, que selecciona els participants en funció de quatre característiques: a) deterioració de l'autoestima, b) afecte negatiu, c) pressió social, d) sobrepès, insatisfacció corporal o preocupació per la imatge física (Varnado-Sullivan et al., 2001). Aquests trets coincideixen, en gran manera, amb els establerts per Stice et al. (2011): idealització de la primesa, insatisfacció corporal i afecte negatiu. El programa de Stewart et al. (2001) aprofundeix en les pressions socials exercides per ser persones flaques i tenir un cos fixat per les tendències del moment.

Per això, la implementació de dietes i l'exercici saludable en constitueix una peça essencial. Al programa Healthy Weight s'estructuren línies d'actuació incompatibles amb patrons d'ingesta restrictius o disfuncionals, dejunis o exercicis excessius (Stice et al., 2011). El programa Healthy Weight 2 suma a l'anterior la focalització de gran part de les seves directrius a afavorir l'obtenció d'un "cos sa" en lloc d'un "cos ideal"; els seus autors consideren que centrar-se en l'obtenció de salut també genera benestar i una afectivitat positiva, cosa que millora la satisfacció corporal (Stice et al., 2013). En canvi, la mera introducció d'informació nutricional no sembla millorar les actituds o els comportaments disfuncionals (González et al., 2011).

Berger et al. (2014) argumenten, partint dels seus resultats, que la millora de l'autoestima produeix modificacions en la conducta alimentària. Trets concrets de la personalitat, com el perfeccionisme o la focalització a incrementar l'autoeficàcia, també dirigeixen algunes actuacions, ja que són aspectes centrals en trastorns com l'AN (Berger et al., 2008; Bochholz et al., 2008, McVey et al., 2004).

També és comú l'abordatge d'aspectes socioculturals, com la reducció de l'impacte dels mitjans de comunicació quan tracten dels ideals de bellesa o de la pressió que poden exercir els iguals (Weigel et al., 2015). Entre els resultats llançats per Austin et al. (2012) destaca que l'amortiment de l'impacte de la publicitat influeix positivament en la prevenció dels trastorns alimentaris. D'altra banda, la implicació dels companys persegueix disminuir la pressió social i les crítiques o les burles (Breithaupt et al., 2017; Ross, Paxton i Rodgers, 2013; Weigel et al., 2015).

Resulta essencial destacar que alguns aspectes són inadequats en el desenvolupament dels programes, ja que poden afavorir l'emergència de simptomatologia de la patologia, com ocorre amb els següents aspectes (Serrano, 2015):

- Aspectes informatius sobre el trastorn, com estratègies per al control de pes o les conseqüències que comporten. Russell-Mayhew, Arthur i Ewashen (2007) argumenten que l'explicació de la simptomatologia i dels signes dels TCA podria resultar perjudicial.
- Tipologies de dietes o quantitat de calories dels grups alimentaris.
- Associació de conceptes de bellesa i d'èxit segons els valors culturals.

4. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

Com s'ha exposat anteriorment, la prevenció representa una estratègia bàsica i essencial per evitar l'aparició dels TCA i de les conseqüències que tenen associats. L'heterogeneïtat dels programes de prevenció actuals obliga a revisar-ne i analitzar-ne els components més freqüents, per perfilar intervencions eficaces. És necessari establir el disseny i la tipologia dels programes per disminuir els factors de risc i, si és possible, un millor equilibri cost-benefici. Concretament, la recerca ha trobat un 64,3% de **programes de prevenció universal**. Respecte a l'eficàcia de la prevenció, existeixen controvèrsies entre els autors. Diverses recerques defensen una major eficàcia si els programes es dirigeixen a la població de risc i, doncs, aposten per una prevenció selectiva (Sánchez-Carracedo et al., 2013; Stice et al., 2011; Stice et al., 2013). En canvi, altres estudis menors no han pogut obtenir diferències significatives entre població universal o d'alt risc, com el de Raich, Portell i Peláez-Fernández (2010).² S'ha d'emfatitzar que Stice, Rohde, Gau i Shaw (2009) destaquen que la prevenció selectiva no sempre arriba a tota la població de risc, ja sigui perquè es produeixen múltiples reticències quan s'han de reconèixer les conductes de restricció, perquè és una població poc inclinada a la implicació al programa, o bé perquè les persones amb sobrepès o obesitat no tendeixen a percebre que aquestes actuacions es dirigeixin a ells. Autors com McVey et al. (2006) defensen els programes universals, perquè argumenten que presenten els avantatges següents: a) accedeixen a una població major, b) esmorteixen la pressió social exercida sobre els cànons de bellesa, c) incrementen la resiliència, i d) promouen patrons saludables d'alimentació i exercici.

El desenvolupament de programes de prevenció en TCA és comú, però, com s'argumentava, una altra opció també freqüent és la que aborda la prevenció de **TCA i l'obesitat de manera conjunta**. Jones et al. (2014a) argumenten que és possible perquè els TCA i l'obesitat comparteixen alguns factors predisposants, com la preocupació per la figura, la pèrdua de control en la ingesta i l'existència d'estratègies de regulació inadequades. L'adquisició de patrons saludables afavoreix la prevenció de desequilibris alimentaris en tots dos, motiu pel qual és possible abordar-los en un mateix programa (Austin et al., 2012; Berger et al., 2014; Reel et al., 2010; Taylor, et al., 2006). Austin et al. (2012) afegeixen que agrupar i abordar ambdues patologies en la prevenció permet un estalvi econòmic molt significatiu, cosa que potencia l'eficàcia.

² La grandària de la mostra és reduïda, per la qual cosa, els resultats de l'estudi poden presentar limitacions.

L'àmbit educatiu és el context més eficaç per desenvolupar els programes de prevenció, ja que poden ser introduïts en el pla educatiu establert i afavorir, d'aquesta manera, l'acceptació per part de l'alumnat (Austin et al., 2012; Austin i Sonnevile, 2013; Brunning et al., 2004; Jones, 2014a; Weigel et al., 2015). El programa Planet Health introdueix conceptes nutricionals i promotors de l'exercici directament en les pautes curriculars del curs acadèmic. Jones et al. (2014a) defensen que són ambients en els quals es protegeix de l'estigmatització, característica de l'àmbit clínic. Els autors argumenten com a major avantatge que el desenvolupament en el marc educatiu permet accedir a un major nombre d'alumnes al mateix temps (Austin et al., 2012; Austin i Sonnevile, 2013; Brunning et al., 2004; Becker, Ciao i Smith, 2008; Jones, 2014a; Weigel et al., 2015). A més, un clima escolar adequat, en el qual no es produeixen crítiques, comentaris negatius o assetjament (*bullying*) vinculats amb el pes, afavoreix la disminució de factors de risc potencials (McVey et al., 2009). Contràriament, autors com Linville et al. (2015) apunten que l'atenció primària és un servei òptim per a la instauració de la prevenció, ja que la simptomatologia o els joves en situació de risc són més fàcils d'identificar.

Sobre l'edat més eficaç per afavorir la prevenció, s'identifiquen posicions contràries. Mentre que alguns autors exposen que la intervenció ha de dur-se a terme en infants amb edats inferiors a 12 anys, altres defensen que ha de ser posterior als 18 anys (Serrano, 2015; Taylor et al., 2006). Entre els 11 i els 14 anys és la franja d'edat més freqüent en l'anàlisi, cosa que adquireix sentit si el risc d'incidència es potencia a partir dels 15 anys amb AN i dels 18 anys amb BN (Taylor et al., 2006; Wick et al., 2010). Wick et al. (2010) defensen que 12 anys és l'edat idònia per implementar la prevenció. No obstant això, s'han de valorar també altres opinions, com la de Hart et al. (2015), que apunten al fet que nins amb 5 i 6 anys ja desenvolupen associacions entre les desqualificacions i el sobrepès, per la qual cosa serien recomanades intervencions en l'etapa de preescolar. Els autors suggereixen que perquè sigui eficaç la intervenció hauria de fonamentar-se en l'educació dels pares, i evitar directament que emergeixi una concepció vinculada amb el pes.

En el que semblen coincidir la majoria dels autors és en el fet que el **sexe** és un factor de risc que ha de ser valorat en les intervencions (Berger et al., 2014; Stice et al., 2013; Weigel et al., 2015). També es pot destacar, ja que es troben evidències en aquest sentit, que les prevencions obtenen millors resultats en al·lotes que en al·lots –concretament, en autoestima i en tendència a conductes d'alteració alimentària– (Berger et al., 2014), i que la implementació d'adaptacions específiques al sexe femení de les sessions o del material afavoreix resultats més positius (Weigel et al., 2015). La prevalença en trastorns de la conducta alimentària i en alteracions de la imatge corporal s'evidencia clarament superior en el sexe femení i, per tant, seguint les recomanacions dels autors, no s'han d'infravalorar les diferències quant a sexes si es pretén obtenir una major eficàcia en l'abordatge. Així i tot, González et al. (2011) recomanen no deixar d'abordar la prevenció en el sexe masculí, ja que la prevalença ha augmentat considerablement els últims anys. A més, Stice et al. (2013) adverteixen que els resultats obtinguts al programa Healthy Weight 2 aplicat únicament en al·lotes joves no han de ser generalitzats a al·lots, en identificar-se variacions rellevants tant en els patrons d'ingesta com d'exercici físic.

Quant a la **durada** de les intervencions, s'estima que el mínim per aconseguir eficàcia són tres o quatre sessions. Autors com Sánchez-Carracedo et al. (2013) indiquen que intervencions més breus no permeten la interiorització dels conceptes i de les habilitats. Stice, Rohde, Shaw i

Marti (2013) passen de la modalitat de tres sessions en el programa Healthy Weight a la nova modalitat del Healthy Weight 2, consistent en quatre sessions, que obté resultats fins a després de dos anys de seguiments. Per tant, existeix una tendència a apostar per programes curts; Weigel et al. (2015) també donen suport a la brevetat, especialment en la implementació de prevenció universal.

D'altra banda, s'obtenen millors resultats si els **implementadors** són experts, en comparació amb els professors dels centres educatius (Sánchez-Carracedo et al., 2013). Però quan es tracta de mostres grans, es tendeix a usar professors prèviament formats per al desenvolupament dels programes; en concret, un 35,8% dels programes analitzats són desenvolupats per docents. Per tant, cal valorar la necessitat de formació i d'entrenament en TCA que han de presentar els implementadors del programa, tret característic de psicòlegs o professionals sanitaris. No obstant això, els docents dels centres escolars solen estar mancats d'aquestes habilitats o formació, per la qual cosa s'ha d'invertir en el desenvolupament d'habilitats o competències, per no comprometre l'eficàcia del programa (Becker, Ciao i Smith, 2008). També Austin et al. (2012) adverteixen que identificar biaixos, estigmes o creences no saludables sobre el pes en professors, especialment en els especialistes en educació física, es converteix en una variable que ha de ser controlada. De la mateixa manera, el programa Me, You & Us, aplicat per docents, ha obtingut millores rellevants en satisfacció corporal i en les dissonàncies (Sharpe et al., 2013). Precisament, els autors exposen que un avantatge principal seria l'econòmic, ja que aquesta implementació redueix els costos que implicaria el desenvolupament per part de psicòlegs o altres professionals. McVey et al. (2009) desenvolupen un programa de prevenció destinat a dotar d'habilitats els professors, amb la finalitat d'erradicar les burles o crítiques i de disminuir les dietes restrictives, mitjançant la transmissió d'informació a l'alumne, amb la qual cosa s'obtenen millorances rellevants. Per tant, la sensibilització sobre l'erradicació de cànons de primera i la seva importància en una formació saludable ha de transmetre's entre els professionals d'atenció directa als joves en l'àmbit comunitari com a estratègia de salut pública, en general, i en l'àmbit educatiu, en concret (Austin i Sonnevile, 2013).

D'altra banda, cal assenyalar que existeixen altres intervencions –algunes no analitzades en aquesta revisió perquè incompleixen els criteris– consistents en la formació de professionals per a la detecció de simptomatologia de TCA. En concret, Wilksch (2015), al seu programa Media Smart, aposta per formar els docents mitjançant un format digital, i així convertir-los en població diana que transmetrà els coneixements als seus alumnes. Una proposta interessant –però que ha estat exclosa per presentar una mostra reduïda– és la que fan Breithaupt et al. (2017) al programa REbeL, en què s'insta a formar els mateixos alumnes –grup d'iguals–, perquè entre ells promoguin les pautes saludables. Finalment, DeBate et al. (2013) argumenten que la formació específica de dentistes possibilita una intervenció primerenca, ja que és relativament fàcil identificar l'erosió de la dentadura, així com altres identificadors en les revisions bucal.

En relació amb els objectius, s'han de destacar els següents com els més freqüents:

- Transmissió d'informació sobre els canvis que ocorren en la pubertat, la rellevància de l'alimentació sana i el pes adequat.
- Establiment d'hàbits saludables, com les dietes estables i l'exercici moderat i continuat.

- Identificació de factors de risc i actuació per contrarestar-los.
- Modificació de les distorsions cognitives vinculades a la figura corporal perfecta.
- Erradicació dels estereotips culturals i amortiment de l'impacte dels mitjans de comunicació.

Un aspecte rellevant és la **intervenció dels pares**, perquè constitueixen, mitjançant un incorrecte modelatge, un factor de risc, i perquè poden influir els joves mitjançant actituds disfuncionals o altament exigents sobre el pes i la silueta (Bunning et al., 2004). La pressió per part de pares o d'entrenadors en esports i en competicions potencia la interiorització d'actituds disfuncionals, cosa perjudicial i que es converteix en un factor de risc per als joves (Bochholz et al., 2008; Martinsen et al., 2014; Ranby et al., 2009; Stewart et al., 2001). A més, com indiquen Reel et al. (2010), són els pares els que dipositen els aliments al rebost i els que preparen els menús diaris; l'aprenentatge de propostes d'alimentació sanes també és rellevant, ja que són els supervisors del nombre de calories ingerides. Per això, els autors fan ressaltar també que una implicació parental als programes afavoreix l'adherència dels seus propis fills i una eficàcia dels programes major (Bochholz et al., 2008; Reel et al., 2010). En la recerca de Russell-Mayhew, Arthur i Ewashen (2007) es verifica que la participació i la implicació dels pares afavoreix una eficàcia major dels programes de prevenció dels trastorns alimentaris. Segons els autors, la incorporació tant de pares com de mestres possibilita la intervenció des del model ecològic, incorporant-hi factors socioculturals. En la revisió sistemàtica realitzada per Hart et al. (2015) s'exposa que els pares poden ser educats sobre la influència perjudicial que exerceixen els mitjans de comunicació, contrarestar els comentaris negatius del grup d'iguals i inculcar patrons alimentaris positius i saludables; en definitiva, es poden fomentar factors de protecció parentals rellevants. Els autors conclouen que la participació parental depèn del nivell de risc que presenten els seus fills. És comú, expliquen els autors, que els pares rebutgin la participació als programes per temor a l'estigmatització dels seus fills, per la qual cosa suggereixen que una alternativa podria consistir a introduir les pautes de prevenció en el marc d'un programa de competències familiars (Hart et al., 2015; Varnado-Sullivan, 2001). Un altre aspecte perjudicial, segons indiquen Varnado-Sullivan (2001), és que és comú que tant joves com pares normalitzin els factors de risc i les conductes alimentàries, no atorgant rigor o rellevància a les pautes desenvolupades als programes, o, com destaquen Stewart et al. (2001), que existeixin antecedents parentals de TCA. Weigel et al. (2015) també avalen el desenvolupament de programes de competències familiars en prevenció universal primerenca, en argumentar que s'incrementarien els factors de risc. No obstant això, s'ha de destacar que la implicació parental encara ha de ser investigada per poder extreure conclusions generalitzables, perquè fins al moment les recerques presenten limitacions significatives i són poc freqüents —un 21,43% dels programes analitzats en aquesta revisió.

Finalment, i a pesar que només un programa va ser aplicat **digitalment**, cal considerar aquesta modalitat, ja que assegura un menor cost, en permetre prescindir de la figura del professional i accedir a una major població —s'obtidria una major eficiència (Jones et al., 2014a; Jones et al., 2014b). El programa Student Bodies verifica que l'ús de programes en modalitat digital també permet resultats eficaços tant en població universal com selectiva (Bunning et al., 2004; Jones et al., 2014b). Jones et al. (2014a) la recomanen en facilitar el primer pas cap a l'acostament a una població que amb freqüència prefereix passar inadvertida i rebutja la intervenció i que, a més, utilitza les

xarxes o Internet amb assiduitat. A més, permet una major flexibilitat horària i un total accés als materials informatius (McVey et al., 2009; Taylor et al., 2006). Taylor et al. (2006) destaquen les dues limitacions principals d'aquesta modalitat d'intervenció: 1) pot produir-se una menor adherència a llarg termini, i 2) les avaluacions han de ser autoadministrades, amb la qual cosa pot veure's compromesa la fidelitat dels resultats.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Austin, S. B., Spadano-Gasbarro, J. L., Greaney, M. L., Blood, E. A., Hunt, A. T., Richmond, T. K., ... i Peterson, K. E. (2012). Peer Reviewed: Effect of the Planet Health Intervention on Eating Disorder Symptoms in Massachusetts Middle Schools, 2005–2008. *Preventing chronic disease*, 9. doi:http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.120111.

Austin, S. B. i Sonnevile, K. R. (2013). Closing the “Know-Do” Gap: Training Public Health Professionals in Eating Disorders Prevention via Case-Method Teaching. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 533–537.

Becker, C. B., Ciao, A. C., i Smith, L. M. (2008). Moving From Efficacy to Effectiveness in Eating Disorders Prevention: The Sorority Body Image Program. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 18–27.

Berger, U., Schaefer, J. M., Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Schwartz, D. i Strauss, B. (2014). Effectiveness of Reducing the Risk of Eating-Related Problems Using the German School-Based Intervention Program, “Torera”, for Preadolescent Boys and Girls. *Prevention Science*, 15, 557–569. doi:10.1007/s1121-013-0396-4.

Berger, U., Sowa, M., Bormann, B., Brix, C. i Strauss, B. (2008). Primary prevention of eating disorders: characteristics of effective programmes and how to bring them to broader dissemination. *European Eating Disorders Review*, 16(3):173–83.

Borda, M., Del Rio, C., Torres, I., Avargues, L. i Pérez, M.A. (2009). Prevenció de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en chicas preadolescentes: Eficacia de un programa multisesión e interactivo en el seguimiento a un año. *Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 17 (3), 499–521.

Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E. i Fischer, S. (2017). REbeL Peer Education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eating Behaviors*, 25, 32–37.

Bruning, J., Winzelberg, A. J., Abascal, L. B. i Taylor, C. B. (2004). An Evaluation of an Internet-delivered Eating Disorder Prevention Program for Adolescents and Their Parents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 290–296.

Buchholz, A., Mack, H., McVey, G., Feder, S. i Barrowman, N. (2008). BodySense: An Evaluation of a Positive Body Image Intervention on Sport Climate for Female Athletes. *Eating Disorders*, 16, 308–321.

Cook-Cottone, C., Jones, L. A. i Haugli, S. (2010). Prevention of Eating Disorders Among Minority Youth: A Matched-Sample Repeated Measures Study. *Eating Disorders*, 18:361–376.

DeBate, R. D., Severson, H. H., Cragun, D. L., Gau, J. M., Merrell, L. K., Bleck, J. R., ... i Tedesco, L. A. (2013). Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers

on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health education research*, 28(3), 472-487.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H.A. i Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.

González, M., Penelo, E., Gutiérrez, T. i Raich, R. M. (2011). Disordered Eating Prevention Programme in Schools: A 30-Month Follow-up. *European Eating Disorders Review*, 19, 349-356.

Greif, R., Becker, C. B. i Hildebrandt, T. (2015). Reducing Eating Disorder Risk Factors: A Pilot Effectiveness Trial of a Train-the-Trainer Approach to Dissemination and Implementation. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8); 1122-1131.

Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S. R. i Paxton, S. J. (2015). Parents and Prevention: A Systematic Review of Interventions Involving Parents that Aim to Prevent Body Dissatisfaction or Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 157-169.

Jones, M., Kass, A. E., Trockel, M., Glass, A. I., Wilfley, D. E. i Taylor, C. B. (2014a). A Population-Wide Screening and Tailored Intervention Platform for Eating Disorders on College Campuses: The *Healthy Body Image* Program. *Journal of American College Health*, 62(5), 351-356.

Jones, M., Lynch, K. T., Kass, A. E., Burrows, A., Williams, J., Wilfley, D. E., i Taylor, C. B. (2014b). Healthy Weight Regulation and Eating Disorder Prevention in High School Students: A Universal and Targeted Web-Based Intervention. *Journal of Medical Internet Research*, 16(2), 28-39.

Linville, D., Coob, E., Lenee-Bluhm, T., Lopez-Zero, G., Gau, J. M. i Stice, E. (2015). Effectiveness of an eating disorder preventative intervention in primary care medical settings. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 32-39.

López, A., Solé, A. i Cortés, I. (2008). Percepción de satisfacción –insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona). *Zainak*, 30, 125-146.

Martinsen, M., Bahr, R., Bkrrensen, R., Holme, I., Pensgaard, A. M. i Sundgot-Borgen, J. (2014). Preventing Eating Disorders among Young Elite Athletes: A Randomized Controlled Trial. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 46(3), 435-447.

McVey, G., Gusella, J., Tweed, S. i Ferrari, M. (2009). A Controlled Evaluation of Web-Based Training for Teachers and Public Health Practitioners on the Prevention of Eating Disorders. *Eating Disorders*, 17, 1-26.

McVey, G., Tweed, S. i Blackmore, E. (2007). Healthy Schools-Healthy Kids: A controlled evaluation of a comprehensive universal eating disorder prevention program. *Body Image*, 4(2), 115-136.

McVey, G., Tweed, S. i Blackmore, E. (2007). Healthy schools-healthy kids: A controlled evaluation of a comprehensive eating disorder prevention program. *Body Image*, 4, 115-136.

McVey, G. L., Davies, R., Tweed, S. i Shaw, B. F. (2004). Evaluation of a School-Based Program Designed to Improve Body Image Satisfaction, Global Self-Esteem, and Eating Attitudes and Behaviors: A Replication Study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 1–11.

Peláez, M. A., Raich, R. M. i Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 62–75.

Raich, R. M., Portell, M. i Peláez-Fernández, M. A. (2010). Evaluation of a School-Based Programme of Universal Eating Disorders Prevention: Is it More Effective in Girls at Risk?. *European Eating Disorders Review*, 18(1), 49–57.

Randy, K. W., Aiken, L. S., MacKinnon, D. P., Elliot, D. L., Moe, E. L., McGinnis, W. i Goldberg, L. (2009). A Mediation Analysis of the ATHENA Intervention for Female Athletes: Prevention of Athletic-Enhancing Substance Use and Unhealthy Weight Loss Behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), 1069–1083.

Reel, J. J., Ashcraft, C., Lacy, R., Bucciare, R. A., Soohoo, S., Richards, D. i Mihalopoulos, N. (2010). “Full of Ourselves PLUS”: Lessons Learned when Implementing an Eating Disorder and Obesity Prevention Program. *Journal of Sport Psychology in Action*, 1, 109–117.

Ross, A., Paxton, S. J. i Rodgers, R. F. (2013). Y's Girl: Increasing body satisfaction among primary school girls. *Body Image*, 10, 614–618.

Russell-Mayhew, S., Arthur, N. i Ewashen, C. (2007). Targeting Students, Teachers and Parents in a Wellness-Based Prevention Program in Schools. *Eating Disorders*, 15:159–181.

Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Fauquet, J., Barrada, J. R., Pàmias, M., Puntí, J., ... i Trepát, E. (2013). A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: the MABIC study protocol. *BMC Public Health*, 955(13). doi:10.1186/1471-2458-13-955.

Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Leiva, D., Puntí, J., Trepát, E., ... i Palao, D. (2016). The MABIC project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 23-33.

Serrano, A. (2015). Programa educativo en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria: valoración de la eficacia de un programa de intervención frente a un grupo control. Universidad Autónoma de Madrid.

Sharpe, H., Schober, I., Treasure, J. i Schmidt, U. (2013). Feasibility, acceptability and efficacy of a school-based prevention programme for eating disorders: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 428–435. doi:10.1192/bjp.bp.113.128199.

Stewart, D. A., Carter, J. C., Drinkwater, J., Hainsworth, J. i Fairburn, C. G. (2001). Modification of Eating Attitudes and Behavior in Adolescent Girls: A Controlled Study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107–118.

Stice, E., Marti, C. N., Rohde, P. i Shaw, H. (2011). Testing Mediators Hypothesized to Account for the Effects of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program Over Longer Term Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 398–405. doi:10.1037/a0023321.

Stice, E., Rohde, P., Gau, J. i Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 825–834.

Stice, E., Rohde, P., Shaw, H. i Marti, C. N. (2013). Efficacy Trial of a Selective Prevention Program Targeting Both Eating Disorders and Obesity Among Female College Students: 1- and 2-Year Follow-Up Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 183–189.

Taylor, C. B., Bryson, S., Luce, K. H., Cunniff, D., Doyle, A. C., Abascal, L. B., ... i Wilfley, D. E. (2006). Prevention of Eating Disorders in At-Risk College-Age Women. *Archives of General Psychiatry Journal*, 63, 881–888.

Vallés, M. (2013). La imagen corporal: programa preventivo sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Universidad de Castilla-La Mancha.

Varnado-Sullivan, P. J., Williamson, D. A., Reas, D., Thaw, J. i Netemeyer, S. B. (2001). Development and Implementation of the Body Logic Program for Adolescents: A Two-Stage Prevention Program for Eating Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 248–259.

Weigel, A., Gumz, A., Uhlenbusch, N., Wegscheider, K., Romer, G. i Löwe, B. (2015). Preventing eating disorders with an interactive gender-adapted intervention program in schools: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15:21. doi:10.1186/s12888-015-0405-1.

Wick, K., Brix, C., Bormann, B., Sowa, M., Strauss, B. i Berger, U. (2010). Real-world effectiveness of a German school-based intervention for primary prevention of anorexia nervosa in preadolescent girls. *Preventive Medicine*, 52, 152–158.

Wilksch, S. M. (2015). School-based eating disorder prevention: a pilot effectiveness trial of teacher-delivered *Media Smart*. *Early Intervention in Psychiatry*, 9, 21–28.

Yeh, M., Liou, Y. i Chien, L. (2011). Development and effectiveness of a school programme on improving body image among elementary school students in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 434–443.