

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**UNA PRIMERA APROXIMACIÓN. REALIDAD VIRTUAL Y ENTRENAMIENTO DE
LAS HABILIDADES SOCIALES COMO ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ARRIAGA COLMENERO GUILLERMINA.

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ.
REVISORA: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD.**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A mi familia:

A mis padres: Celia Colmenero Guerrero y Guillermo Arriaga Cruz, quienes a pesar de no siempre entender lo que hacia me brindaron su apoyo, consejos y en los momentos más difíciles me alentaron a seguir adelante, anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida. Gracias por darme la oportunidad de vivir y enseñarme el camino.

A mis hermanos: Teresa, Monica, Oscar y Memo, por su paciencia y tolerancia. Pero principalmente por darme un espacio importante en su corazón porque aunque muchas veces no se los exprese ustedes siempre tendrán un lugar importante en el mío.

A Jatziri y Daniel, porque siempre van a representar una inspiración en mi vida.

A Marcos E. Verdejo Manzano:

Por siempre estar pendiente de mí, por preocuparse y ofrecerme su cariño, paciencia, comprensión y amor, por entender lo importante que es este proyecto y ayudarme incondicionalmente a concluirlo. Porque siempre faltaran palabras para agradecer lo que alguien puede hacer y dar de corazón, gracias por compartir esta etapa de mi vida.

A Ma. Elena Reyes Abarca y Hugo Enrique García Martínez:

Para quien no tengo palabras que puedan cubrir el sentimiento de hermandad que han generado desde que aparecieron en mi vida. Pues siempre han estado pendientes de mi y me han hecho sentir importante dejándome compartir etapas de su vida únicas. Porque sólo espero que a través de los años sean más felices y me dejen seguir compartiendo esa felicidad y a su familia, esperando sepan que las puertas de mi casa, familia y corazón siempre estarán abiertas para ustedes. Pero en especial gracias a Hugo Geovanni porque llegó al mundo para unirnos más.

A mis amigos:

Alicia, Noemí, Miguel, Jafet, Fátima, Jorge, Pablo, Benet, Javier, Genaro, Daniel, Pedro, Berenice, Miriam y a todos aquellos que siempre están pendientes de mi y de mis avances profesionales, gracias por brindarme su amistad.

A Laura C. Escobedo Beltrán:

Por su apoyo incondicional para la realización de este proyecto. Por estar conmigo de principio a fin, pero principalmente por ser mi amiga y darme un lugar en su corazón, porque ella siempre estará en el mío por toda la confianza y paciencia que me brinda.

A María de Lourdes Rodríguez de Elias:

De quien mucho aprendí, por la grandeza humana que hay en su corazón y las ganas con las que me ayudó a concluir este proyecto. Porque nuestra amistad perdure a pesar de los tiempos.

Al Doctor Francisco Juárez Navarro:

Por siempre estar pendiente de mí y de mi desempeño profesional, por todo el apoyo que ha brindado para la culminación de esta meta, por que siempre tuvo una palabra de aliento en mi vida que me motivo a seguir adelante. Pero sobre todo por todos los regaños pues de cada uno de ellos aprendí algo.

A la maestra Guillermina Retana:

Por todo el apoyo y confianza que me brinda pues sin ella, este proyecto no habría salido a flote. Pero sobre todo por la dedicación y entusiasmo con el que ejerce su trabajo, es un orgullo el que me hayas brindado la oportunidad de trabajar contigo.

Al maestro Arturo Martínez Lara:

Por que sus enseñanzas siempre estarán presentes, por estar pendiente de mis avances profesionales y mostrar interés en este proyecto tan importante para mí y por brindarme su amistad.

A Rodrigo C. León Hernández:

Le doy un agradecimiento especial por todo el tiempo que le dedico a este proyecto, por ser y estar siempre, por todo lo que me enseñó, por llevarme de la mano, por su comprensión, paciencia y cariño. Pero sobre todo por entender mi meta y siempre apoyarme.

A mi directora de tesis: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

Por brindarme la confianza necesaria para trabajar con ella durante este periodo y por todo el tiempo y esfuerzo que dedico a la realización de este proyecto. Pero sobre todo por todas las enseñanzas que me dejó.

A mis sinodales y revisores:

Dra. Corina Cuevas Renaud, Mtra. Olga Livier Bustos Romero, Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa y la Mtra. María de la Luz Javiedes Romero. Por todo el tiempo dedicado y las observaciones realizadas para la culminación satisfactoria de este proyecto.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la oportunidad de crecer profesionalmente.

Hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos, iniciándose así, una etapa en mi vida, en la que siempre estarán en mi corazón.

Por ello, a Dios y a ustedes, GRACIAS.

INDICE.

Resumen

Introducción

❖ CAPITULO 1

❖ TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- ◆ Anorexia Nerviosa (AN).
 - Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.
 - Criterios Diagnóstico de la OMS "CIE-10" para Anorexia Nerviosa.
 - Criterios Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana "DSM-IV-TR" (2003) para Anorexia Nerviosa.
- ◆ Bulimia Nerviosa (BN).
 - Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.
 - Criterios Diagnóstico de la OMS "CIE-10" para Bulimia Nerviosa.
 - Criterios Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana "DSM-IV-TR" (2003) para Bulimia Nerviosa.
- ◆ Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder) y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.
 - Criterios Diagnostico "DSM-IV-TR" (2003) para Comida Compulsiva o Atracón (Binge Eating Disorder) y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

❖ CAPITULO 2.

❖ SALUD- ENFERMEDAD.

- Antecedentes de Salud-Enfermedad.
- Definición del concepto.
- Promoción y Prevención.
- Prevención y Trastornos Alimentarios.
- Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Antecedentes en la investigación de Factores de Riesgo de TCA.
- Cambios biológicos del desarrollo.
- Madurez Sexual (precoz y/o tardía).
- Concepto de Sí Mismo.
- Imagen Corporal.
- Insatisfacción Corporal.
- Índice de Masa Corporal (IMC).

- Autopercepción de la Imagen Corporal.
- Percepción Personal.
- Reestructuración Cognoscitiva.
- Peso Imaginario.
- Actitud Negativa hacia la Obesidad.
- Sobrevaloración del Atractivo Físico.
- Burla y/o criticismo de la Imagen Corporal.

❖ **CAPITULO 3.**

❖ **Técnicas de Intervención para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

◆ **HABILIDADES SOCIALES.**

- Antecedentes.
- Definición del concepto.
- Modelos explicativos de las habilidades sociales.
- Componentes de las habilidades sociales.

◆ **REALIDAD VIRTUAL.**

- Antecedentes.
- Definición del concepto.
- Una introducción a la Realidad Virtual.

❖ **CAPITULO 4.**

❖ **PLAN DE INVESTIGACIÓN.**

- 1) Problema General de Investigación.
- 2) Problema (s) Específico (s) de Investigación.
- 3) Variables.
 - 3.1) Definición de Variable Independiente.
 - a) Programa de Realidad Virtual y Habilidades Sociales (RVHS).
 - 3.2) Definición de Variables dependientes.
 - a) Deseo de una Figura Ideal Delgada.
 - b) Insatisfacción con la Imagen Corporal.
 - c) Autopercepción de la Imagen Corporal.
 - d) Alteración de la Imagen Corporal.
 - e) Actitud Negativa hacia la Obesidad.

❖ **METODO.**

- Diseño de investigación.
- Participantes.
- ◆ **Instrumentos, Aparatos y Mediciones.**
 - Instrumentos.
 - Aparatos.
- ◆ **Procedimiento.**

❖ **CAPITULO 5.**

❖ **RESULTADOS.**

- Descripción de la muestra.
- Edad.
- Con quién vive actualmente.
- Lugar que ocupa entre los hermanos.
- Maduración Sexual.
- Índice de Masa Corporal (IMC).

A. Análisis Estadístico de las variables asociadas con Imagen Corporal.

- a) Deseo de una Figura Ideal Delgada.
- b) Insatisfacción con la Imagen Corporal.
- c) Autopercepción de la Imagen Corporal.
- d) Alteración de la Imagen Corporal.
- e) Actitud Negativa hacia la Obesidad.

- Análisis Estadístico inferencial para las variables relacionadas con imagen corporal.
- Comparación de medias de análisis pre y pos-test de variables asociadas con Imagen Corporal.
- Comparación de medias de análisis pre-test y pos-test de Variables de estudio del Registro de sesión 1 de Realidad Virtual.

B. Análisis Estadístico de Variables asociadas con Habilidades Sociales.

- Comparación de medias de análisis pre-test y pos-test de factores de Habilidades Sociales.

❖ **CAPITULO 6.**

❖ **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

- ♦ Sugerencias y Limitaciones.

❖ **REFERENCIAS.**

❖ **ANEXOS.**

- ♦ ANEXO 1: Estudio sobre Alimentación y Salud.
- ♦ ANEXO 2: Escala de Habilidades Sociales para adolescentes.

Resumen.

El presente estudio piloto tiene como objetivo determinar si una intervención basada en un Programa de Realidad Virtual* y desarrollo de Habilidades Sociales (programa RVHS) disminuye factores de riesgo asociados con la imagen corporal en TCA. Se trabajó con una muestra (N=40) mujeres adolescentes estudiantes de primer grado de secundaria, con edad promedio de $x=12$ años y $DE=.57$. Se desarrolló un diseño cuasi-experimental de tipo exploratorio y de campo, con mediciones pre-test y pos-test. Los resultados teórico-prácticos más importantes indicaron que el Programa RVHS aquí propuesto, disminuye significativamente los factores de riesgo asociados con imagen corporal, pero no contribuye de forma considerable a la mejora de las habilidades sociales. Se discuten las posibles razones de estos resultados y se sugieren los cambios a realizar en la investigación propiamente dicha.

* PROYECTO PAPIIT No. IN307403 TITULADO: REALIDAD VIRTUAL. MODELO ESCOLAR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (PREVENCIÓN).

Introducción.

Los trastornos de la alimentación son patologías que se han extendido e incrementado su incidencia en todas las sociedades, especialmente las occidentales. La mayoría de personas que se ven afectadas por estos trastornos son mujeres adolescentes, si bien cada vez es mayor la prevalencia en hombres y adultos (Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

En estudios recientes se ha encontrado que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se encuentran en los distintos estratos sociales. Anteriormente se tenía la creencia de que eran trastornos específicos de los niveles socioculturales medio-altos y altos y en raza blanca, este cambio hacia una mayor uniformidad entre las clases sociales no puede sorprendernos tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. En efecto, el desarrollo de las sociedades occidentales ha hecho que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medios, así la población joven, aun perteneciendo a diferentes estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de una figura socialmente atractiva (García-Camba, 2002).

Los Trastornos Alimentarios constituyen enfermedades psiquiátricas potencialmente muy graves cuya comprensión etiopatogénica no puede hacerse desde una visión simplista. Intervienen factores de muy diversa índole: psicológicos, biológicos y socioculturales, pero la importancia de lo sociocultural cada vez resulta más evidente y probablemente explica el hecho de que en los últimos años estas enfermedades se hayan convertido en un problema sanitario de gran magnitud (García-Camba, 2002). Estos factores, han sido ya explorados por algunos investigadores, mostrando su diversidad e importancia, dando pauta al análisis de los mismos con el fin de desarrollar nuevas estrategias para el control de estos factores. En definitiva la prevención de los TCA no resulta tarea fácil y es necesario contar con nuevas y más rigurosas investigaciones que permitan definir estrategias eficaces.

Tanto el entrenamiento de Habilidades Sociales como los programas Virtuales, han sido utilizados como técnicas de intervención para la disminución de factores de riesgo relacionados con los TCA y juegan un papel muy importante en la actualidad, pues podría tratarse de las herramientas esperadas para el tratamiento de estos trastornos tan complejos y que cada vez aumentan su número en nuestro país

La importancia de este estudio reside en la combinación complementaria de dos técnicas para la prevención de los TCA. Los Programas Virtuales proporcionan una visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales, en el que los(as) participantes puedan navegar e interactuar con él modificándolo de cualquier forma (Grandecki, 1996); y talleres que fomenten el desarrollo de habilidades sociales, con el fin de lograr la modificación de las conductas emitidas en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, las actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986).

Por lo anterior el objetivo de la presente investigación fue precisamente determinar si una intervención apoyada en un Programa de Realidad Virtual, dirigido específicamente a prevenir los factores de riesgo asociados con Imagen Corporal, en combinación con un programa de desarrollo de Habilidades Sociales (programa RVHS) es efectivo en la disminución de los mismos, en una muestra de mujeres adolescentes.

En el primer capítulo de este trabajo, se incluye la descripción general y clasificación de los TCA. El segundo capítulo incluye una descripción detallada del proceso salud-enfermedad y de los Factores de riesgo de los TCA. En el tercer capítulo se presenta una revisión nacional e internacional sobre las estrategias de prevención de los TCA, resaltando la importancia de técnicas de intervención virtual y de desarrollo de habilidades sociales. La metodología se expone en el cuarto capítulo. Los resultados y la discusión se presentan en los apartados dedicados a los capítulos 5 y 6 respectivamente.

CAPITULO 1.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como su nombre lo indica, son desordenes que están caracterizados por graves alteraciones relacionadas con la alimentación. Estos trastornos se dividen en específicos y no específicos, actualmente los trastornos específicos (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) son los más estudiados por su prevalencia y la gran preocupación que esta provoca (DSM-IV, 1995).

La edad de comienzo es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. Los TCA se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud, aunque algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años o en la infancia (Beck, Casper, Andersen, 1996).

En estudios recientes se ha encontrado que estos trastornos se encuentran en los distintos estratos sociales. Anteriormente se tenía la creencia de que eran trastornos específicos de los niveles socioculturales medio-altos y altos y en raza blanca, este cambio hacia una mayor uniformidad entre las clases sociales no puede sorprendernos tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. En efecto, el desarrollo de las sociedades occidentales ha hecho que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medio, así la población joven, aun perteneciendo a diferentes estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de una figura socialmente atractiva (García-Camba, 2002).

Los trastornos de la alimentación son patologías que han incrementado en mayor medida su incidencia en los últimos años, hecho que se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en unidades especializadas. La mayoría de personas que se ven afectadas por estos

trastornos son mujeres adolescentes, si bien cada vez es mayor la prevalencia en hombres y adultos (Turón, Fernández y Vallejo, 1992).

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000) han consensuado una serie de criterios para asegurar con el mayor grado de certeza el diagnóstico de los pacientes. El cumplimiento de todos los criterios asegura el diagnóstico pero hay que tener en cuenta que hay un gran número de pacientes con cuadros clínicos incompletos o atípicos (que no cumplen todos los criterios) para los que puede ser necesario su diagnóstico y tratamiento especializado. A continuación se presenta una descripción de las dos principales entidades de los trastornos de la conducta alimentaria: la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN); así como de los llamados "Trastornos no especificados" con el fin de dar a conocer a que se refiere cada uno de estos (DSM-IV-TR, 2003):

Anorexia Nerviosa (AN):

La Anorexia Nerviosa (AN) es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos y de la conducta, se caracteriza por una gran preocupación por la imagen corporal y un intenso deseo de adelgazar, en ocasiones hasta llegar a la inanición. Los individuos que presentan este trastorno pueden llegar a cualquier extremo con tal de lograr perder peso, empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica, evitando por completo los alimentos ricos en carbohidratos y que contienen grasas, hacen ejercicio de manera incesante, así mismo, estas personas pueden abusar del consumo de diversos diuréticos (Bruch, 1962).

Las principales características de la AN consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, existe un miedo intenso a ganar peso corporal y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo; se observa la presencia de amenorrea en aquellas mujeres que la padecen, aunque ya hayan pasado por la menarquia, además hay pérdida de peso, y presencia de síntomas en el estado de ánimo, como puede ser depresión, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo, se observa un notable aumento de pensamientos relacionados con la comida que puede llevar a algunas personas a coleccionar recetas de cocina o almacenamiento de alimentos (DSM IV, 1995).

La AN puede entenderse como un trastorno bio-psico-socio-cultural severo caracterizado por el rechazo voluntario de la ingesta de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal. Es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres y es durante la adolescencia (13-19 años) cuando se consolidan alcanzando un pico de prevalencia de entre los 17 y los 19 años, aunque también puede presentarse en los años de la preadolescencia (11-12) y después de la adolescencia (20-30 años). El término nervosa que califica a la anorexia (y a la bulimia) se refiere a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo; por ejemplo, rechazo de la ingesta de alimentos por razones fisiológicas (problemas de malformaciones congénitas de la laringe, tráquea, etc.) o comórbidas (efectos secundarios de medicamentos, o de otras enfermedades que afectan al hambre y/o apetito, diabetes, cáncer, etc.) (Gómez Pérez-Mitre, 2001).

Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.

a) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

La AN parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica, de la prevalencia en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Este trastorno raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados pueden ser mayores en los casos prepuberales, en cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable, mas del 90% de los casos de anorexia se observa en mujeres (DSM-IV-TR, 2003, p. 657).

b) Prevalencia.

La prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida es, en las mujeres, de aproximadamente un 0.5%, predominando los individuos que se encuentran por debajo del umbral para el trastorno. La prevalencia de la anorexia entre los hombres es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres (DSM-IV-TR, 2003, p. 657).

c) Curso.

La AN se inicia típicamente hacia la mitad o a finales de la adolescencia (14-18 años), es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El curso y desenlace del trastorno son muy variables. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%, la muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (DSM-IV-TR, 2003, p. 657).

d) Patrón familiar.

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los pacientes de primer grado, se ha observado que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado de gemelos muestran un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos (DSM-IV-TR, 2003, p. 658).

e) Diagnóstico.

El diagnóstico de la AN va a depender de la capacitación e identificación de ciertas conductas alteradas, relacionadas con la imagen corporal a consecuencia de alteraciones a nivel perceptivo-cognitivo: se ven gordas aunque estén en creciente y progresiva delgadez, y además no distinguen fundamentalmente en ellas, pero también en otras personas, la diferencia entre lo delgado y lo obeso no extremo; con la alimentación, presentando

alteración, selección, manipulación y preocupación obsesiva encaminada a mantener el peso o perderlo actuando sobre la misma, y de lo que derivan los síntomas primarios que desencadenan el resto de los síntomas descritos en la clínica. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en pérdida de peso importante por el rechazo de la comida, amenorrea o falta de inicio de la menstruación y por una serie de rasgos psicopatológicos que ayudan a su diagnóstico y patogenia (Chinchilla, 1995). A continuación se presentan los criterios diagnósticos para la AN.

Criterios Diagnóstico de la OMS "CIE-10" para Anorexia Nerviosa.

1. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar ganancia de peso propia del crecimiento.
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: a) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: b) vómitos autoprovocados, c) purgas intestinales autoprovocadas, d) ejercicio excesivo y e) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flacidez corporales, de modo que el paciente se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite mínimo de peso corporal.
4. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución con píldoras anticonceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
5. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria, en los varones persisten los genitales infantiles).

Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía (pp. 145-146).

Criterios Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana "DSM-IV-TR" (2003) para Anorexia Nerviosa.

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% de lo esperable).
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de la importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporales.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente por tratamientos hormonales, por ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.

Tipo purgativo: Este subtipo se presenta cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgar, provocándose el vomito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de haber ingerido pequeñas cantidades de comida. (pp. 650-670).

Bulimia Nerviosa (BN):

La Bulimia Nerviosa (BN) es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de la comida (CIE 10).

La BN es un trastorno de la alimentación caracterizado por un apetito desmesurado de alimentos, en el que se instaura un ciclo de ingesta-vómito-ingesta, con modificación ponderal del peso corporal del individuo o sin ella (Kanarek, 1991 citado en Gómez Pérez-Mitre, 2001). La bulimia al igual que la AN representan un severo temor, prácticamente una fobia al sobre peso (Gómez Pérez-Mitre, 1993). El cuadro se suele iniciar en adolescentes tardías o adultas jóvenes, habitualmente a partir de los 20 años. La conducta bulímica puede pasar desapercibida por la familia durante mucho tiempo; se suele dar el inicio de los atracones durante el final de la enseñanza secundaria. La sintomatología depresiva y ansiosa es muy frecuente, de tipo más reactivo (Chinchilla, 1995).

Al igual que la AN, este es un trastorno que aparece preferentemente en mujeres y frecuentemente aparecen juntas la bulimia y la anorexia (bulimarexia). Sin embargo, pueden marcarse diferencias entre los dos grupos, debido a que las personas con bulimia no presentan problemas de adelgazamiento pronunciado, suelen ser mayores y no presentan problemas serios en relación a sus diferentes áreas de interacción social; no es muy frecuente la aparición de amenorrea. Son comunes los síntomas de depresión y debilidad emocional, lo que aumenta el riesgo de suicidio. Los episodios de ingesta compulsiva de alimentos suelen ocurrir por la tarde o por la noche a escondidas, en los que se consumen grandes cantidades de alimentos, preferentemente dulces (productos de pastelería) muchas veces para arrojarlos (vomitarlos) una vez finalizada la ingesta. Con frecuencia se asocia al uso abusivo de laxantes y diuréticos. Cualquier situación de tensión, ansiedad, depresión o simplemente la visión de la comida puede ser el desencadenante (Gómez Pérez-Mitre, 2001).

Los episodios bulímicos han de ser contemplados como: síntomas de obesidad exógeno-ansiosa; como síntomas de AN clara, y, por último, como algo específico encuadrable en lo que se entiende por BN, que se traduce por preocupación por la comida y peso corporal, hambre voraz con frecuentes atracones y un intento de contrarrestar o prevenir el aumento de peso a través de vómitos provocados, abuso de laxantes y diuréticos, dietas estrictas temporales o ayunos, así como hiperactividad motora como mecanismo de desgaste. El diagnóstico que nos da la clínica, la conducta y el comportamiento de estas pacientes se traduce en atracones voraces, falta de control sobre la ingesta, posible ánimo depresivo y pensamientos de control sobre la ingesta, posible ánimo depresivo y pensamientos de auto desprecio después de cada atracón, preocupación morbosa por el cuerpo, el peso y la comida, intentos de solucionar o paliar los efectos de la sobre ingesta por medio de vómitos provocados, abuso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, estimulantes, etc., o bien por hiperactividad motora como mecanismo de desgaste (Chinchilla, 1995).

Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos.

a) Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

La BN afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica, cabe resaltar que se dispone de muy poca información de otras culturas. Se han realizado diversos estudios en Estados Unidos que reportan que las personas con este trastorno son en su mayoría de raza blanca, aunque este trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos, cuestión que ha sido poco estudiada. Por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa son mujeres, algunos datos sugieren que en los hombres con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres (DSM-IV-TR, 2003, p. 663).

b) Prevalencia.

La prevalencia de la BN entre las mujeres es aproximadamente del 1-3%; entre los hombres la prevalencia es diez veces menor, aunque ya diversos estudios reportan que la presencia de este trastorno, así como el de la anorexia, han ido acrecentándose en los hombres (DSM-IV-TR, 2003, p. 663).

c) Curso.

La BN se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones; no obstante a largo plazo los síntomas parecen disminuir, los periodos de remisión superiores a un año se asocian a un mejor resultado a largo plazo (DSM-IV-TR, 2003, p. 664).

d) Patrón familiar.

Varios estudios sugieren una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancia en los familiares de primer grado. (DSM-IV-TR, 2003, p. 664).

e) Diagnóstico.

Los criterios diagnósticos más empleados son los del DSM-IV (1995) y los del CIE-10. Estos proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, excepto en lo que se refiere a la relación entre la AN y la BN. A continuación expuestos.

Criterios Diagnóstico de la OMS "CIE-10" para Bulimia Nerviosa.

1. Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
2. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, c) abuso de laxantes, período intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

3. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este periodo precoz puede manifestarse de forma florida, o por el contrario, adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea (p. 146).

Criterios Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana "DSM-IV-TR" (2003) para Bulimia Nerviosa.

1. La presencia de atracones recurrentes Un atracón se caracteriza por:
 - A.- Ingesta de alimento en un corto período de tiempo (por ej., Un período de dos horas) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - B.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ej., sensación de no poder parar de comer o no controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- 2.- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- 3.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces por semana durante un período de 3 meses.
- 4.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- 5.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa

Especificar el tipo:

Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usar laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio

intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas (p. 665).

Trastorno por Atracón (Binge Eating Disorder) y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

Según una revisión teórica sobre el trastorno por atracón realizada por Gómez Pérez-Mitre (2001), el DSM-IV (1995) define "atracón" como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo (periodo limitado de 2 horas) de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería; el cual, no tiene por qué producirse en un solo lugar, a pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variado, casi siempre se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (helados, pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un determinado tipo de alimento como los carbohidratos; estos se realizan por lo general a escondidas o con disimulo, pueden o no haberse planeado y se caracterizan algunas veces por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.

Dentro de los criterios diagnósticos para la conducta alimentaria el DSM-IV (1995) no incluye el criterio de "compulsión ante la comida" o "Binge eating disorder". Sin embargo, si se contempla un criterio diagnóstico para el "trastorno de la conducta alimentaria no especificado", en el que se incluyen las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para anorexia o bulimia nerviosa. Se explica que los términos "comer de manera compulsiva" o "comedor compulsivo" se utilizan para diagnosticar a estas personas. Así el DSM-IV (1995) incluye a los comedores compulsivos como un criterio dentro de la categoría general del trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Criterios Diagnostico "DSM-IV-TR" (2003) para Comida Compulsiva o Atracón (Binge Eating Disorder) y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado.

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

Algunos ejemplos son:

- 1) En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- 2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- 4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 5) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6) Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (pp. 665-666).

Como se puede constatar los Trastornos de la Conducta Alimentaria resultan de gran complejidad para su estudio, debido a las características con las que se presentan, las cuales pueden ser de origen multifactorial. Por ello resulta importante adentrarnos en el campo de la salud, con el fin de ver sus implicaciones en la misma y desglosar la forma en que estos componentes pudieran ser tratados eficazmente.

SALUD- ENFERMEDAD.

La salud es una parte fundamental en la vida del individuo, pues por medio de ésta se logra el equilibrio tanto biológico como psíquico, integrándonos a una vida plena. Cuestión que justifica el abordaje de este tema, que nos llevara a identificar la importancia de tratar los factores que generados por afecciones psicológica con consecuencias física y de interacción social contribuyen a desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria como la anorexia y la bulimia, debido a la gran preocupación que ha generado el aumento de su presencia dentro de nuestra población mexicana.

Antecedentes de Salud-Enfermedad.

La conceptualización de la enfermedad ha ido de la mano del desarrollo del concepto de salud, a lo largo de la historia se ha debatido por varios pensadores e investigadores, a continuación se presenta una breve revisión histórica realizada por Feixas (1993), de los autores más reconocidos en el ámbito de la salud para comprender y seguir su evolución.

De acuerdo con este autor los antecedentes del desarrollo del concepto "salud-enfermedad", se ubican, en primera instancia, en los tiempos en que los hombres confiaban en que fuerzas sobrenaturales, la mayoría de las veces deidades, cuidaban de su salud y les facilitaban o proporcionaban un bienestar físico, psíquico y material, centrando estos pensamientos en cuestiones mágico-religiosas, características de esa época.

Tiempo después, algunos pensadores como Hipócrates (en el siglo IV a. C.) postula que los procedimientos mágico-religiosos conviven con una nueva forma de concebir el mundo y a su vez al ser humano. Concibe la salud como un estado de armonía o equilibrio (*crasis*) entre los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y la enfermedad como un desequilibrio de los mismos,

ocasionada por la *Physis* o la *Naturaleza* debido a una serie de afecciones, en donde el ser humano comienza a hacerse cargo de sí mismo, como un intento de controlar sus propios procesos de salud y enfermedad explicando las enfermedades a través de causas naturales. Los esquemas básicos de la medicina hipocrática fueron desarrollados por Galeno de Pérgamo (128-200 d. C.), cuya obra está considerada como la síntesis de la medicina antigua y determinó la práctica médica hasta la Edad Moderna, planteando un sistema teórico-práctico de la medicina, y enfatizando en la descripción y búsqueda de las causas de las enfermedades, a su vez manifestando su preocupación por las condiciones de salud pública de las ciudades (pensamiento aún muy joven para esos tiempos) tratando de erradicar, en la medida de lo posible aquellas condiciones que pudieran generar epidemias.

Más tarde, con el predominio y reinado de los pensamientos cristianos, en donde, todo lo "bueno" era creado por un Dios y lo "malo" castigado por el mismo, se observan efectos negativos en la ciencia médica en general, pues fue muy cuestionada y juzgada por los pensadores de esa época, quienes la debatían armados de fundamentos religiosos, dentro de los que la ciencia aun no era muy comprensible, ni lógica (Feixas, 1993 p. 56).

Con el Renacimiento se empezaron a oír los primeros testimonios contra la consideración de enfermedad como una posesión del demonio. Algunos de estos testimonios procedían de médicos que, habiendo servido como especialistas en los tribunales de la Inquisición, se atrevieron a distinguir entre los que habían perdido la razón por influencia del demonio, cuyos únicos caminos de curación eran el exorcismo o la pira, y los que lo habían perdido por un desorden mental, en cuyo caso era competencia del médico. Resulta algo paradójico que el siglo XVI, período de recentramiento en el hombre - y descentramiento de Dios-, coincida con el período más activo de "caza" de brujas, demonios, fantasmas y diablos.

El padre Gassner (1722 - 1779), sacerdote austriaco, distinguía dos tipos de enfermedad, las "naturales", que eran cosas de los médicos, y las "preternaturales", que eran cosa del demonio, teniendo él sólo competencia sobre estas últimas, y marcando una línea importante para la medicina, pues para ese tiempo ya se daba un lugar al médico en el tratamiento y descripción de las enfermedades (Feixas, 1993 p. 73).

Durante la época de la epidemia del cólera en Europa (1828-1838), se acentuó la idea de la contaminación por emanación o pestilencias que estaban en el aire;

los miasmas obligaron a todas las personas a pensar en protegerse con los más variados atuendos, ello involucra, en cierto modo, que en la concepción del aislamiento ejercitado para prevenir las enfermedades transmisibles estaba presente la idea de contagio (Citados en Feixas, 1993).

En la segunda mitad del siglo XIX, los trabajos de Pasteur y Koch alimentan la esperanza de un pronto predominio sobre la enfermedad a través del hallazgo del germen que la origina, de esta forma circunscribe a la etiología como causa única. A finales de este mismo siglo, cuando Koch presenta su descubrimiento sobre el *vibrio comma* ante la comunidad científica, es atacado por Von Pettenkoffer, epidemiólogo de la época, quien lo acusa de necedad por pretender encerrar en una probeta "la causa" del cólera, cuando sus "causas" son "la ignorancia, la miseria, el hacinamiento y la insuficiencia del saneamiento ambiental". A pesar de estas ideas, la teoría microbiana avanza y el desarrollo de la bacteriología y de la quimioterapia alcanza el éxito con el combate a la enfermedad, la cual era la gran preocupación de los colectivos humanos y no tanto de la salud que, durante mucho tiempo se ha definido como "la ausencia de enfermedad" (citados en Frías, 2002).

Morales (1999) plantea que la evolución del pensamiento científico y la práctica profesional en psicología guardan una estrecha relación con las demandas prioritarias presentadas por diversos campos de la actividad humana a lo largo de la historia dentro de su contexto social. Desde finales de los años 60s comenzó un interesante proceso que comprende a la psicología con el estudio de muchos otros problemas con el proceso salud-enfermedad. Y efectivamente, ya una vez reconocida la medicina, se iniciaron una serie de postulados, tratando de definir y explicar el proceso salud-enfermedad.

Definición del concepto.

A lo largo de la historia se puede constatar no solo la aparición del concepto, sino también su evolución, ya que esta conceptualización ha ido cambiando a través del tiempo, de acuerdo a diversos investigadores preocupados no solo por el término, sino por la explicación de los efectos de éste sobre el ser humano y la sociedad, como bien señala Hernán San Martín (1982), nos ha costado siglos darnos cuenta que nuestro bienestar biológico, social y mental, la salud y la enfermedad, no son meros accidentes en nuestra vida, ni tampoco

premio o castigo que nos caen del cielo, sino que corresponden a situaciones ecológicas, económicas y sociales precisas que nosotros mismos, a través de nuestra historia provocamos. A continuación se presentan distintas definiciones de este término.

En el uso de la lengua española, el vocablo salud (del latín *salus-salutis*) significa un estado del organismo que no está enfermo y enfermedad (del latín *infirmitas-atís*) se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal (Real Academia Española).

En 1948, la OMS (Organización Mundial de la Salud) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (Carta de Ottawa, 1986).

Milton Terris, del New York Medical College, plantea que la salud tiene dos aspectos principales: uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". Sobre esta base Terris modifica la definición de la OMS planteándola como un estado de completo bienestar físico, mental y social así como la capacidad para la función, y no solo la ausencia de la enfermedad o la invalidez (citado en San Martín, 1992).

Dubos (1959), presenta la salud y la enfermedad como fenómenos en que lo cósmico, lo vital, lo histórico y lo biográfico individual y colectivo aparecen en una unión indisoluble, en un marco de estructuras sociales definidas, conceptualizando la salud como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de éste.

Blue (1971), propone que la salud está determinada por factores sociales y estructurales, que tienen que ver con la distribución de los recursos materiales y sociales, con aspectos como la ocupación, la clase social, edad, sexo, grupo étnico (citado en Restrepo, 1992).

Illich (1978), afirma que salud es una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus estados internos y sus condiciones ambientales, incluyendo la noción del equilibrio de las fuerzas vitales, de armonía, de autonomía y responsabilidad en el proceso de adaptación al medio ambiente.

El profesor Cornillot, decano de la Facultad de Medicina de Bobigny (1978), piensa que la ambigüedad de la noción de salud impide formular una definición absoluta, evaluable por criterios objetivos. Para él la salud es una noción perfectamente subjetiva, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad (citado en San Martín, 1992).

Hernán San Martín (1982), considera que la salud es un fenómeno psicobiológico, social, dinámico, relativo, muy variable, que en la especie humana corresponde a un estado ecológico-fisiológico-social de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social.

Bersch (1983) plantea que el fenómeno de la salud enfermedad debe entenderse como el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan al fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud (citado en Restrepo, 1992).

Tripp - Reimer (1984, citado en Morales 1999), menciona que "salud" es un concepto que puede generar diversas definiciones que agrupa en tres grandes categorías:

- a) Un primer grupo de definiciones, en consonancia con el concepto de salud de la lengua española, en donde se considera la salud como "algo discontinuo", afirmando de esta forma que un determinado individuo se halla o bien sano, o bien enfermo.
- b) En un segundo grupo de definiciones se considera la salud como "algo continuo" o "dinámico" lo que conllevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo; es decir, la patología constituye un extremo y el estar sano el otro.
- c) Un tercer grupo considera la salud como "utópico", refiriéndose a un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar.

Es posible aceptar que la salud y su contrapartida, la enfermedad, poseen diferentes significados que deben ser considerados en el contexto de todos los hechos de cada cultura. La salud es un derecho básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre. La enfermedad

tiene causas individuales y sociales que varían de acuerdo a la esencia misma de cada cultura y se refleja en sus creencias más hondas, sus primarias bases religiosas, filosóficas y sociales (Videla, 1991).

Se afirma a su vez que la salud es un proceso, una relación siempre en construcción y siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida, con la impronta del medio social en el que se le concibe y acepta, y de la persona que la padece o de la teoría que la explica. La salud no es un "estado", tampoco lo es la enfermedad. Son parte de un proceso multidimensional. La persona a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje de salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya sea a uno u a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Rodríguez, 1999a).

En la actual concepción de salud, esta se considera como una variable dependiente, influenciada por diversos factores o determinantes, los cuales condicionan el nivel de salud de los hombres, no pudiendo ser considerados de forma aislada sino en constante interacción (Frías, 2002).

Estas son algunas de las definiciones que podemos encontrar en la literatura sobre estos conceptos tan cotidianos, pero complejos. Ya que como se puede observar son múltiples las definiciones propuestas para la comprensión de los conceptos de salud-enfermedad, sin embargo en su mayoría se observa la búsqueda de la plenitud del ser humano, con la búsqueda del equilibrio entre lo fisiológico, psicológico y social. De acuerdo con esta misma línea de investigación, la lucha por la salud ha estimulado grandes transformaciones culturales y sociales, lo que lleva a considerar, en la actualidad, que las enfermedades son expresiones de conflictos a resolver, cuestión que abre las perspectivas a la prevención y a las acciones colectivas para la salud (Videla, 1991).

Promoción y Prevención.

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el denso *tejido social y ecológico* en el que

transcurre la historia personal. La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable están inevitablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades (Costa y López, 1986).

Tomando en cuenta que la salud es el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social, por tanto promoción de la salud es toda aquella acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, el disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano, y hacia el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos: empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación, capacitación, justicia, paz, y un ecosistema apto para toda la vida (Carta de Ottawa, 1986).

Se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la prevención. Se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla; por medio de acciones o inversiones, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población. Las tendencias demográficas, como la urbanización, el aumento del número de adultos mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas, los crecientes hábitos de vida sedentaria, la resistencia a los antibióticos y otros medicamentos comunes, la propagación del abuso de drogas y de la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas. Las enfermedades infecciosas nuevas y re-emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen una respuesta urgente. Es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios en los factores determinantes de la salud. Por ello la promoción de la salud exige alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad (OMS, 1997).

Prevenir significa interrumpir la historia de la enfermedad en cualquiera de sus fases, es decir anticipar los hechos que tienen posibilidad de ocurrir y adoptar medidas adecuadas para que sean aplicadas a una población definida en un

tiempo y lugar determinado (Rodríguez, 1999). La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como termino complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo (OMS, 1984).

En el sentido más amplio, la prevención incluye la prevención primaria, que es la evitación de la ocurrencia de enfermedad o daño; la prevención secundaria, que se basa en el diagnóstico temprano que permite limitar sus secuelas, y la prevención terciaria, que se refiere a la limitación de las incapacidades causadas por la enfermedad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

La OMS ha definido como metas de la salud mental: prevenir las enfermedades y los desórdenes mentales; fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, acciones todas en que ha de buscarse la participación activa y colectiva (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997).

La medicina preventiva incluye todas las técnicas médicas para prevenir la enfermedad y fomentar la salud aplicadas al individuo como unidad, esta no es una especialidad médica separada, como la cirugía o la oftalmología, es un aspecto de la medicina general, que incluye la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las técnicas preventivas pueden no ser de naturaleza médica. La prevención puede actuar en diferentes niveles: sobre el ambiente, modificando factores biológicos o adversos; sobre el individuo sano o aparentemente sano; sobre el individuo que presenta alteraciones iniciales de su salud con el objetivo de hacer un diagnóstico temprano y prevenir consecuencias (San Martín, 1992).

En 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulga la carta magna, a través de la que presenta una guía de las estrategias que en el campo de la salud se desarrollaron en todas las naciones, debido a la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y

de desarrollo, de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OMS, 1978).

Dado que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social; un individuo o grupo debe de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, ya que una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida; tratándose así de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, y ya que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector salud (Carta de Ottawa, 1986).

Las acciones de promoción de la salud deben tener, por tanto, carácter multidimensional (no son exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (tampoco son exclusivas de la medicina) y deben implicar un importante compromiso de las autoridades políticas. De acuerdo con Martínez Calvo (1994, citado en Morales, 1999), las acciones de promoción de la salud pueden definirse como el conjunto de elementos básicos para realizar las políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud, que se resumen en: elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios sanitarios.

Resulta evidente que la denominada medicina preventiva incluye formas de comportamiento que contienen una filosofía y se basan en un saber racional y requiere que los individuos adopten una conducta lógica frente a la enfermedad. Pero las condiciones de vida objetiva de la gente de los sectores cadenciados, en los que la gente vive diariamente con la angustia y en constante lucha por la supervivencia, les impide tener actitudes de previsión en relación a su salud. Videla (1991), debate que es evidente que una relación reflexiva con el cuerpo resulta incompatible con su utilización. Cuestión que se hace evidente si pensamos que mientras hay mujeres que viven en determinados sectores, en donde la preocupación por la silueta las lleva a

comer alimentos livianos, hacer ejercicios y deportes, evitando así la celulitis, manteniendo el poder de la seducción erótica, etc. Considerándose así como una persona que "vive sana y ordenadamente". Sin embargo si se considera que este privilegio no se le puede permitir casi a ninguna trabajadora asalariada de cualquier sector laboral, que come esencialmente para tener fuerzas suficientes para trabajar, no ser despedida e incluso lograr horas extras. Podríamos estar hablando de que el cuerpo es un signo de posición social; en donde, el incremento de la conciencia corporal no es solo el resultado de la liberación de mitos y tabúes, es también el producto de entender y revertir un proceso de desposesión cultural, de quienes están alejados de todos los recursos destinados a informar las formas de autocuidado, los que lamentablemente no tienen tiempo de "pensarse corporalmente". Se puede decir que, estas son algunas de las condiciones alineadas que encontramos en nuestra sociedad y que sustentan las bases de las distintas formas de enfermedad, las posibilidades del curar y también el destino del morir (Videla, 1991).

Prevención y Trastornos Alimentarios.

Los aspectos relativos a la prevención de los TCA se han abordado hace relativamente poco tiempo, cuando los profesionales médicos y la sociedad en general han tomado conciencia de la magnitud que dichos trastornos están adquiriendo como problema sanitario de primer orden, aumentando la prevalencia e incidencia de los mismos.

En lo que se refiere a la prevención primaria, es decir, al conjunto de intervenciones que pueden realizarse antes del desarrollo de la enfermedad, por lo general actuando sobre los factores de riesgo, las principales estrategias han sido de carácter educativo y se han centrado básicamente en los siguientes aspectos (García-Camba, 2002):

- a) la información a la población general y en particular a la población de riesgo, comenzando ya desde la educación escolar;
- b) la identificación de grupos de riesgo para intensificar las medidas;
- c) las actuaciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad, en particular en relación con la dieta;

d) las intervenciones sobre los estereotipos culturales y el negocio del adelgazamiento y la belleza, muchas veces en manos de personas desinformadas.

Parece que las intervenciones de carácter educativo en el marco escolar no obtienen los resultados perseguidos y las intervenciones en los medios de comunicación pueden tener un componente propagandístico claramente perjudicial (Beck , Casper , Andersen, 1996).

La anorexia y la bulimia constituyen enfermedades psiquiátricas potencialmente muy graves cuya comprensión etiopatogénica no puede hacerse desde una visión simplista. Intervienen factores de muy diversa índole: psicológicos, biológicos y socioculturales, pero la importancia de lo sociocultural cada vez resulta más evidente y probablemente explica el que en los últimos años estas enfermedades se hayan convertido en un problema sanitario de gran magnitud (García-Camba, 2002). Estos factores, han sido ya explorados por algunos investigadores, mostrando su diversidad e importancia, dando pauta al análisis de los mismos con el fin de desarrollar nuevas estrategias para el control de los mismos. Corroborando así la importancia de explorar los factores que pueden desencadenar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. En definitiva la prevención de los TCA no resulta tarea fácil y es necesario contar con nuevas y más rigurosas investigaciones que permitan definir estrategias eficaces.

Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria.

A lo largo de la historia de la investigación se han ido señalando algunos Factores de Riesgo que contribuyen el desencadenamiento de un Trastorno de la Conducta Alimentaria como: factores socioculturales e Índice Nutricional (Gómez Pérez-Mitre, 1999); Insatisfacción de la Imagen Corporal (Gómez Pérez-Mitre, 1993), Miedo a Engordar, Baja Autoestima a causa de la apariencia, Presión Social, Motivación para adelgazar, ineffectividad, desconfianza interpersonal y perfeccionismo (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Roman, 1999); auto-atribución negativa, la cual se relaciona a su vez con relaciones familiares autoritarias (González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre, 1999); Imagen Corporal (Gómez Pérez-Mitre y Acosta, 2000; Gómez

Pérez-Mitre, 1997); peso imaginario (Gómez Pérez-Mitre, 1995); por mencionar algunos.

Se ha encontrado que dentro de los desórdenes alimentarios se encuentra la distorsión de la imagen corporal, que es considerado el factor principal de este grupo, también existen otras variables como: autopercepción del peso corporal y/o del tamaño del cuerpo, deseo de tener un "peso ideal", inalcanzable por debajo del normal y la aceptación o rechazo del propio cuerpo o imagen corporal, a estas variables subyace un temor con diferentes grados de profundidad por el cuerpo, su forma, su tamaño y por la comida.

Para poder comprender los trastornos alimentarios es importante considerar los factores de riesgo ya que alertan sobre la posible aparición de estos desórdenes en el futuro. Diversas investigaciones han encontrado factores de riesgo desde edades preadolescentes, lo que señala la relevancia del estudio de los mismos (Gómez Pérez-Mitre, 1997).

Entre los principales factores de riesgo se encuentran aquellos que se deben a influencias socioculturales, factores biológicos y los que se relacionan con algunos tipos de personas que padecen anorexia o bulimia. Cuanto mayor sea el número de factores de riesgo que se conjuguen habrá mayor probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno alimentario (Cruz y Estrada, 2001).

Aquellos que se relacionan con factores socioculturales hacen referencia al incremento en las exigencias académicas, el inicio de las relaciones de pareja, la presión de la familia y compañeros, el medio social y el pertenecer al género femenino (Unikel, Villatoro y Medina, 2000). Los factores biológicos hacen referencia a la predisposición genética hacia la obesidad, los familiares con trastornos afectivos, trastorno alimentario y/o adicciones, los cambios corporales que se presentan durante la pubertad y el pertenecer al sexo femenino (Chinchilla, 1995).

Dentro de los factores de riesgo que se relacionan con características psicológicas se encuentra la motivación para adelgazar, que es la excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto por un gran deseo de perder peso como sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad, falta de control sobre la propia vida y desconfianza interpersonal, la cual se refiere a la aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas.

El miedo a madurar en el que se manifiesta un deseo a permanecer en la seguridad de los años preadolescentes debido a la exigencia de la vida adulta. El perfeccionismo que se presenta como las expectativas exageradas sobre los posibles logros personales con énfasis excesivo sobre el éxito y miedo a engordar (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álcarez, López y Román, 1999).

Se puede constatar que son múltiples las investigaciones que muestran una amplia preocupación por los factores que influyen en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de las cuales a continuación se mencionan algunas como antecedentes de investigación.

Antecedentes en la investigación de Factores de Riesgo de TCA.

A lo largo de la historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ha ido aumentando el interés por encontrar la fuente que los desencadena, por lo que a través de los años diversos investigadores han hecho aportaciones encaminadas a describir los Factores de Riesgo que los origina. La cuales se han enfocado a diversas poblaciones como los niños y/o preadolescentes de las que se mencionan algunas a continuación.

Gómez Pérez-Mitre (1997) realizó una investigación con el propósito de conocer si entre los preadolescentes se presentaban problemas con la imagen corporal, ampliamente documentados en población de adolescentes como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Trabajó con una muestra de preadolescentes (N=200) con edad promedio (X=10.8) constituida por niñas (n=90) y niños (n=110) que se encontraban cursando los dos últimos años de la enseñanza primaria en escuelas públicas (n=100) y privadas (n=100), encontrando la presencia de indicadores de riesgo similares a los referidos en las muestras de adolescente: distorsión e insatisfacción con la imagen corporal, una fuerte motivación y disposición favorable hacia la delgadez, sobresaliendo como una de sus expresiones más claras, la elección de una figura ideal prácticamente anoréctica, por otra parte se encontraron preadolescentes con pesos muy bajos y en porcentajes más altos de los que se han informado en otros estudios con muestras de adolescentes mexicanos.

Gómez Pérez-Mitre (1999) realizó un estudio con propósito de conocer si en niñas jóvenes (N=962) como las de su muestra (de 9 a 13 años) se presentaban factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios asociados con la imagen corporal. De acuerdo con sus resultados, se encontró que las niñas reflejan la presencia de factores socioculturales de riesgo, asimismo, casi la mitad de las preadolescentes estaban insatisfechas con su imagen corporal, y más de la mitad presentaron el efecto de alteración de la propia imagen.

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre (1999), con el propósito de detectar la presencia de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios, realizaron un estudio con niños de ambos sexos escolares mexicanos (N=200) de escuelas públicas y privadas. Encontrando que los niños y niñas de escuelas públicas consumían mas carbohidratos que los de las escuelas privadas; asimismo los varones presentaron una mayor frecuencia de problemas alimentarios que las niñas, quines además, respondieron tener mayor cantidad de relaciones familiares autoritarias, otro hallazgo importante fue que la auto-atribución negativa se relacionó con problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias.

Alvarado y Moreno (2000) realizaron un estudio con niños de ambos sexos de edades de 6 a 9 años de escuelas públicas y privadas. En donde se encontró que en entre estas edades existe una aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, una actitud negativa hacia la obesidad, preocupación por el peso corporal, insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la imagen corporal, que puede considerarse como un factor de riesgo. También se encontró que a menor peso, existe mayor proporción de antecedentes familiares de riesgo y mayor presencia de seguimiento de dietas para bajar de peso "dieta intencional", esta última variable se mostró relacionada con la socialización familiar alimentaria inadecuada y con la satisfacción de imagen corporal en la muestra de niño (a) s. Es importante señalar que estos resultados se presentaron principalmente en escuelas privadas.

Se llevó a cabo una investigación en una muestra de niños de ambos sexos para determinar la relación que existe entre la imagen corporal, autoestima y auto atribución con el peso corporal. Entre los principales resultados relacionados con la imagen corporal se encontró que a menor peso corporal mayor insatisfacción negativa y a mayor peso corporal, mayor insatisfacción positiva; también se observó que las niñas poseen mayor grado de insatisfacción corporal que los niños. Los resultados se relacionaron con la autoestima

mostraron que a mayor autoestima, mejor atribución y mayor satisfacción corporal. (Cruz-Andrade y Estrada, 2001).

Téllez Gutiérrez (2002) realizó una investigación que tuvo como propósito explorar si niños entre 5 y 6 años reportan la presencia de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal (satisfacción-insatisfacción) y determinar cuál era la actitud hacia la obesidad/delgadez. La muestra estuvo formada por una N=100 niños de ambos sexos, entre los resultados más interesantes se encontró que los niños preescolares (independiente de su sexo) presentan insatisfacción con su imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad.

Arellano-Campos (2003) realizó una investigación con el objetivo de determinar si existía relación entre la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima y si existían diferencias entre niños y niñas con respecto a dichas variables. Los hallazgos encontrados indican que ya en la preadolescencia niños y niñas responden a los estereotipos que imponen las sociedades occidentales sobre figuras muy delgadas.

Como se puede corroborar se han realizado diversas aportaciones sobre esta línea de investigación, pero cabe mencionar que la mayoría de estas han sido realizadas en adolescentes debido a que esta población se considera en riesgo. Al respecto a continuación se mencionan algunas de estas.

Otro estudio realizado por Johnston (1998) cuyo propósito fue describir la relación que existe entre el proceso de autoatribución e imagen corporal, y autoatribución y peso corporal entre adolescentes con peso por debajo del normal, comparadas con adolescentes con sobrepeso y obesidad. Entre los resultados más importantes se encontró que: las diferencias se presentaron en las variables que de una u otra manera se relacionan con imagen corporal; ambos grupos de adolescentes (peso por abajo y peso por arriba del normal) independientemente de su peso corporal, deseaban pesar menos; la atribución de las adolescentes obesas y de las adolescentes con bajo peso es la misma; mientras la insatisfacción con la imagen corporal es diferente entre las adolescentes obesas y entre las delgadas; las adolescentes con bajo peso mostraron mayor satisfacción con su imagen corporal que las adolescentes con sobrepeso y la muestra con bajo peso, presentó sobrestimación del peso corporal, mientras que sucedió lo contrario en la muestra de sobrepeso en la que se reportó subestimación.

Gómez Pérez-Mitre, Pineda, Esperance, Hernández, Platas y León (2002), realizaron una investigación con el fin de determinar si en una muestra (N=305) de adolescentes (154 mujeres y 151 hombres) mexicanos se presentaría la relación frecuentemente postulada entre seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva. Entre los hallazgos más interesantes destaca la prevalencia del 10% de adolescentes con una alta y clara manifestación de conducta alimentaria de riesgo. Así también, se confirma la relación postulada, dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva o de sobre ingesta.

En otro estudio realizado con una muestra de adolescente se exploró la relación que existe entre imagen corporal y autoestima. Entre los resultados más importantes se encontró que la mayoría de los adolescentes (hombres-mujeres) se sienten satisfechos con su figura más no con su peso, son más los hombres que se sienten satisfechos con su peso que las mujeres. Así mismo, se encontró que los adolescentes que se sienten satisfechos con su imagen corporal, cuentan con mayor autoestima positiva que los que se encuentran insatisfechos. (Rubio-Bonilla, 2003).

González (2003), realizó un estudio en donde se exploró la relación entre los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios y las prácticas de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares (ambos sexos). La muestra total estuvo integrada por N=200 adolescentes estudiantes de secundaria. Entre los resultados más interesantes se reportó que los adolescentes emitieron respuestas en un sentido positivo a la mayoría de las variables estudiadas (conducta alimentaria compulsiva y de compensación psicológica, practicas crianza y sexo) excepto en el caso de la variable conducta alimentaria normal, ya que la mayoría de ellos reporto preocuparse poco porque su alimentación fuera nutritiva. Otro hallazgo interesante fue que los adolescentes que reportaron recibir una crianza inadecuada por parte del padre o de ambos padres presentaron mayor conducta alimentaria compulsiva en comparación con aquellos que reportaron recibir una crianza adecuada

Aunque la población blanco para el estudio de los Factores de Riesgo es considerada la de adolescentes, han resaltado diversos estudios enfocados a la población clínica pues ya los presentan y eso podría ayudar a una mejor identificación de los mismos.

Gómez Pérez-Mitre (1995) presenta un estudio, en donde, trabajó con dos muestras: 1) formada por población abierta o normal de estudiantes con niveles escolares de secundaria a posgrado (N=289) provenientes de instituciones públicas (n=191), privadas (n=98), y de estudiantes de danza clásica (n=43); 2) una muestra (N=293), seleccionada no probabilísticamente de una población clínica, formada por hombres (n=38) y mujeres (n=254) en tratamiento para el control de peso. Proponiendo las categorías, peso real y peso imaginario, para facilitar el entendimiento y el manejo operativo de la variable distorsión de la imagen corporal. Los hallazgos más importantes desde un punto de vista teórico fueron el carácter condicional del efecto de distorsión y la sugerencia de una inversión en la siguiente secuencia: la distorsión de la imagen corporal, precediendo el desarrollo de prácticas riesgosas asociadas con desórdenes del comer.

Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López, y Román (1999), realizaron un estudio con el objetivo de valorar la presencia de anorexia y bulimia nerviosa en universitarias mexicanas (N=120); evaluar la relación entre los factores de riesgo: motivación para adelgazar, desconfianza interpersonal, miedo a madurar, perfeccionismo, insatisfacción de la imagen corporal, presión social y miedo a engordar con los trastornos alimentarios; y verificar si existen diferencias entre las submuestras con y sin trastorno con respecto a los factores de riesgo. Se reportaron diferencias significativas entre las submuestras con y sin trastorno con respecto a los factores de riesgo estudiados, recalcando una correlación significativa en ambas muestras con respecto a los factores, insatisfacción de la imagen corporal, miedo a engordar, baja autoestima a causa de la apariencia, presión social, motivación para adelgazar, ineffectividad, desconfianza interpersonal y perfeccionismo.

Unikel y Gómez Pérez-Mitre (1996) realizaron un estudio con el fin de conocer si existe un continuo en términos de la presencia de síntomas de los trastornos alimentarios en una muestra de N=252 dividida en: 1. muestra de población abierta formada por mujeres elegidas de manera aleatoria, tomando en cuenta la edad (adolescentes y adultas); 2) muestra de población en riesgo tomando en cuenta la elección vocacional (ballet vs. no ballet) y 3) muestra de población clínica formada por pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. Los resultados en función del número de indicadores clínicos mostraron que la distribución del continuo se presentaba, con la diferencia de que los

estudiantes de escuelas privadas mostraron mayor promedio de indicadores clínicos que las profesionales o bailarinas. No obstante, el grupo de estudiantes de ballet resultó estadísticamente diferente del grupo de bailarinas profesionales; al observar los análisis de cada una de las variables estudiadas (datos sociodemográficos, índice de masa corporal, variables cognoscitivas - distorsión de la imagen corporal, preocupación por la figura y el peso, satisfacción con la figura- , y conductas alimentarias de riesgo por separado); se encontró que el grupo de estudiantes de ballet específicamente muestra características propias de los trastornos de la conducta alimentaria, como son la preocupación por el peso y la figura y la sobrestimación del peso corporal, así como puntuaciones más elevadas en las conductas alimentarias de riesgo, en comparación con los grupos de estudiantes de escuela pública y privada y profesionales no bailarinas.

Gómez Pérez-Mitre, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), realizaron un estudio de tres muestras con observaciones independientes con el fin de conocer si entre los escolares mexicanos pre-púberes ya estarían presentes los factores de riesgo en trastornos de la alimentación detectados en muestras de poblaciones púberes o preadolescentes y adolescentes y comparar las distribuciones de dichos factores por sexo y por grupo de edad. El tamaño de la muestra total no probabilística fue de N=8673 hombres y mujeres, distribuidos: Grupo 1 pre púberes (6-9 años), hombres (n=247), mujeres (n=232), subtotal (n= 479). Grupo 2: púberes (10-12 años) hombres (n=1293), mujeres (n=1401), subtotal (n=2694). Grupo 3: adolescentes (13-19 años), hombres (n=2608), mujeres (n=2892), subtotal (n= 5500). Entre los resultados de mayor impacto se encontró que las niñas más pequeñas comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal, además de que estas jóvenes también alteran (sobrestiman) su imagen corporal: se perciben con mayor peso que el que realmente tienen. Así mismo, la insatisfacción más frecuente de las mujeres de los tres grupos, sin importar la edad, era consecuente con el deseo de una figura ideal delgada. Entre los hombres, por otra parte, se encontró, una mayor presencia, aún entre los más jóvenes, del deseo de una figura delgada atlética que ha caracterizado a las muestras de varones más grandes (púberes y adolescentes). Sin embargo, aunque estaba presente este tipo de insatisfacción (querer pesar más por desear una figura con músculo) entre los niños más pequeños, el porcentaje mayor estaba insatisfecho porque quería pesar menos, fenómeno que resultó

poco congruente con el deseo de dicha figura ideal. Concluyendo que entre los más jóvenes ya está presente lo que en los grupos de mayor edad distingue a los hombres de las mujeres: éstas han hecho suya una figura ideal delgada y muy delgada y esto las lleva a estar insatisfechas con la propia imagen y a alterar la misma, a diferencia de los hombres que desean una figura más gruesa, atlética.

Como se puede comprobar dentro de la literatura sobre esta línea de investigación, podemos encontrar diversos factores de riesgo actualmente ya identificados y definidos asociados a estos trastornos, de los cuales a continuación solo se describen aquellos que resulten de mayor trascendencia (no importancia), para la presente investigación.

Cambios biológicos del desarrollo

En la actualidad estamos viviendo una serie de cambios con respecto al peso de cada persona siendo este muy dinámico, es decir, que cambia continuamente difiriendo de cada individuo. Teniendo varios factores que se involucran; ambientales y de alimentación (proteínas, carbohidratos, grasas) en donde, el balance de éste da al individuo un equilibrio que al momento de romperse, crea un tipo de ansiedad ante la percepción de su cuerpo y los comentarios que hagan los demás sobre él (Téllez, 2002).

Algunos autores nos hablan de los cambios físicos ocurridos durante el desarrollo del individuo que podrían estar fungiendo como puntos clave, en donde una alteración podría estar representando un factor de riesgo muy importante. A continuación se destacan algunos de ellos:

Hoffman, Scott y Hall (1993), señalan que durante la niñez, entre las edades de tres a seis años, los niños pierden su redondez y van tomando una apariencia atlética y delgada, la barriga que se tiene a los tres años va desapareciendo y se va reduciendo paulatinamente, es decir los niños van adquiriendo una forma corporal que tanto sus piernas, brazos y tronco son más largos en proporción con su cabeza.

Lebow (1983), menciona que las diferencias entre los infantes son realmente significativas por lo que los niños son ligeramente más grandes y pesados que

las niñas. Sin embargo las niñas tienen más tejido adiposo, esta diferencia es marcada ya que es básico para su óptimo desarrollo en la adolescencia

Sin embargo, durante la niñez se ve muy marcado el crecimiento del niño que se da de una manera constante, y va seguido de varios factores, en donde, el niño va creciendo saludablemente de acuerdo a cada particularidad individual y al medio ambiente en donde se desarrolla, pero también se pueden modificar estas tendencias apareciendo en tres fases: (Anderson y Browe, 1960):

- 1) Un periodo rápido de crecimiento en el peso y la altura.
- 2) Un periodo lento de crecimiento pero de una manera uniforme que se da a principios y a mediados de la niñez.
- 3) Un periodo acelerado de crecimiento alrededor de la etapa de la pubertad donde se experimentan cambios biológicos y psicológicos tanto en el varón como en la mujer (p. 139).

Richmonds (1992; citado por Kenneth, Jones y Shain, 1996) menciona que el crecimiento total es un proceso que depende del crecimiento físico pero también esta ligado con la provisión adecuada de: comida, abrigo y ropa, esto es el primer paso para construir una personalidad saludable.

Uno de los periodos de vida mas significativos en el crecimiento y maduración del ser humano es sin duda la adolescencia, que funge como un periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición adulta, además, la proximidad de la adolescencia a una madurez biológica y a la adultez prevee las ultimas oportunidades para prevenir problemas de salud en la vida adulta, debido a que esta etapa marca un aumento brusco y considerable, que se ha llamado brote de crecimiento adolescente, en el que todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo toman parte, lo que se refleja en los valores de talla, peso y superficie corporal así como en los diámetros y relación de segmentos. La adolescencia es un proceso evolutivo común a todo ser humano, que se anuncia en la etapa puberal llamada también adolescencia temprana o preadolescencia, en la que comienzan a aparecer los signos sexuales secundarios (entre los 10 y los 12 años); continúa con la adolescencia media en la que los cambios puberales ya se encuentran establecidos (de los 13 a los 15 años) y termina en la adolescencia final, que puede ir desde los 16 hasta los 18-20 años de edad, según sea el momento en el que el adolescente se inserta en el mundo y vida social del adulto (Martínez y Martínez, 1996).

Madurez Sexual (precoz y/o tardía).

La madurez sexual juega un papel muy importante para el desarrollo adaptativo del individuo, ya que se inicia la formación de nuevos pensamientos encaminados principalmente a agradar al sexo opuesto, esta se identifica por la aparición de la primera menstruación en las niñas, ya que cuando se presenta, se están efectuando una serie de cambios somáticos muy interesantes: desarrollo de los caracteres sexuales secundarios al igual que un incremento del desarrollo somático, y todos los contornos están tomando las características femeninas propias de la mujer adulta, por lo que se considera una etapa crucial en el desarrollo (Duarte, 1988).

Aunque hay que mencionar que no solo afectan los cambios físicos para la imagen que vamos a formar de nosotros mismos, sino también podemos encontrar factores ambientales, en donde se ubican las personas que se encuentran a nuestro alrededor quienes juegan un papel muy importante para la formación de nuestras percepciones.

La madurez sexual se identifica por la aparición de la primera menstruación, ya que cuando se presenta, se están efectuando en la niña una serie de cambios somáticos muy interesantes: desarrollo de los caracteres sexuales secundarios al igual que un incremento del desarrollo somático, y todos los contornos están tomando las características femeninas propias de la mujer adulta (Duarte, 1988).

De acuerdo con Brooks-Gunn (1985):

- Menarca temprana: es aquella que se presenta antes de los 11.5 años de edad.
- Menarca normal: se presenta entre los 11.5 y los 14 años de edad.

Menarca tardía: Se presenta después de los 14 años de edad

Concepto de Sí Mismo

La distancia entre cuerpo percibido y cuerpo ideal predice una insatisfacción generalizada con respecto a sí mismo, principalmente con relación a los diversos aspectos del concepto de sí mismo (Hendry y Gílies, 1978; Lerner, 1872; Tucker, 1984 citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

La estructura corporal o somatotipo percibido predice además diversos aspectos del concepto de sí y diversos aspectos de la personalidad autoestimada. Los sujetos que se encuentren atractivos son también los más satisfechos aunque este atractivo autoevaluado esté lejos de ser realista, lo que cuenta aparentemente es sentirse bien en su propio cuerpo más que ser objetivamente bello.

Imagen Corporal

La imagen corporal se ha conceptualizado de diferentes maneras y una de las más importantes es la expuesta por Bruchon-Schweitzer (1992), que lo define como " La configuración global que forma en conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias" (p. 110).

Merman y Vandereyckent (1986, citado por Rodin, 1992) señalan que la imagen corporal, entendida como la experiencia corporal, es un fenómeno extremadamente complejo que incluye la representación esquemática, de las partes del cuerpo y los constructos cognoscitivos personales así como las experiencias subjetivas de las funciones corporales; en adición la experiencia corporal parece estar influenciada por los estados emocionales del individuo.

Mc. Crea, Summerfield y Rosen (1982), conceptualizan la imagen corporal como la evaluación subjetiva del conocimiento del cuerpo y la asociación de sentimientos y actitudes. Por su parte Fisher (1990), menciona que la imagen corporal es una experiencia psicológica de reconocimiento del cuerpo y Cash (1990) se refiere a la imagen corporal como la mirada hacia adentro de uno mismo (citados en Graig, Nieman y Jonson, 1993).

Dolto (1986), habla de que el esquema corporal y la imagen corporal no son sinónimos. De acuerdo con este autor, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana y por el contrario la imagen del cuerpo es propia de cada uno y está ligada al sujeto por su historia; la imagen del cuerpo o la síntesis viva de las experiencias emocionales, además agrega que gracias a la imagen del cuerpo por toda y entre cruzadas con el esquema corporal se puede entrar en comunicación con el otro.

Gómez Pérez-Mitre (1995), menciona que la imagen corporal también corresponde a una categoría subjetiva, se refiere a una representación psicosocial, es una especie de fotografía dinámica en movimiento, es producto de una elaboración que tiene poco que ver con el objeto de la realidad" (p.187).

Kolb (1968, citado en Cassandra y Rincón, 1969) menciona que la imagen corporal es la percepción del yo. El yo corporal contiene preceptos, conceptos y efectos relacionados con el cuerpo. Los preceptos corporales y los conceptos corporales teóricamente están incluidos dentro de la imagen corporal, es decir, los aspectos neurológicos, las cargas afectivas y de valor, así como las circunstancias históricas del sujeto se encuentran íntimamente relacionadas con la forma en que se ve así mismo.

Helms y Silvenier (1976), señalan que los padres no son los únicos que fortalecen en las hijas la conciencia del cuerpo, la preocupación por el mismo, las amistades, los vecinos y las maestras comentan con cierta libertad el aspecto de niñas pequeñas, un ejemplo de esto: una amiga va de compras con su hija y se encuentra a una supervisora que desde hace tiempo no la veía y a la supervisora comenta: " su hija esta un poco gorda pero luce graciosa". Entonces, las niñas asumen rápidamente esos mensajes sociales dando mayor importancia a poseer un atractivo físico adecuado para ser aceptadas por la sociedad

Asher (1982, citado en Graig, 1992) menciona que la imagen corporal se va formando desde la primera infancia. En esta etapa el bebé explora su cuerpo de modo que lo integra poco a poco, posteriormente en la adolescencia hace una nueva reestructuración de su imagen, debido a los cambios drásticos en ambos sexos y a la búsqueda de identidad, además de aceptación, que pretende obtener de su medio que le rodea, resulta esta integración supeditada a ciertas normas sociales.

La adquisición progresiva de la imagen corporal se apoya sobre adquisiciones múltiples, visuales, cinestésicas, cognoscitivas, afectivas y sociales. Finalmente el desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, distinto de los otros y como propio, lo que corresponde a la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto (Bruchon- Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se refiere a una configuración cognoscitiva compleja y consciente de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con relación a su cuerpo a lo largo de toda su vida y a través de, diferentes experiencias (Gomez Pérez-Mitre, 1998). Es una construcción social en la cual influyen aspectos biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Se considera que existen tres componentes en el constructo de la imagen corporal; el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual (Mora y Raich, 1993).

La evaluación que se hace de la imagen corporal puede ser de naturaleza objetiva, actitudinal y experiencial. La primera se refiere a la auto percepción y auto evolución que el sujeto hace de su cuerpo; La actitudinal se relaciona con cuestiones cognoscitivas, afectivas o emocionales y, la experiencial tiene que ver con los cambios físicos o el experimentar dolor o placer (Gómez Pérez-Mitre, 1998).

La imagen corporal es la sensación que se tiene del cuerpo, la cual comienza en la niñez temprana y se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer, y la tensión. La imagen corporal puede diferir según la edad, etapa de la vida, género y clase social (Gómez Pérez-Mitre, 1997).

Se han diferenciado dos componentes de la imagen corporal., la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. El primero hace referencia a la sobre estimación o subestimación que se haga del tamaño o corporal y el segundo se manifiesta en la autoestima corporal, es decir, la insatisfacción o satisfacción que se tenga del propio cuerpo (Waller y Hodgson, 1996).

Se considera que la imagen corporal surge de la interacción social, en general tiene más importancia para la mujer en la etapa adolescente que para el hombre, debido a que en la sociedad se otorga una mayor admiración y

exigencia para el cuerpo femenino. Si la mujer posee una imagen corporal atractiva puede extender este fenómeno, ocasionando la autopercepción de una imagen corporal positiva, de lo contrario se forma una imagen corporal negativa que conlleva al rechazo y a la desadaptación social lo que puede provocar trastornos de la alimentación (León, 1998).

La imagen corporal puede verse afectada de dos maneras, la primera cuando se da una distorsión de esta, es decir, cuando hay una sobre estimación o subestimación de la misma, lo cual indica ciertos grados de patología porque el individuo se aleja de la percepción real de su cuerpo, esto es característico de las personas anoréxicas que tienden a percibirse con sobre peso (Garfinkel, Moldofsky, Gamer, Stancer y Coscina, 1978).

Insatisfacción Corporal

La satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal significa una evaluación del propio cuerpo realizada por el individuo, es por ello que Cooper y Taylor (1988; citado en Gómez Pérez Mitre, 1993) la definen como los sentimientos satisfactorios o insatisfactorios que la persona experimenta hacia el propio cuerpo en término de tamaño y apariencia. Al respecto Gómez Pérez-Mitre (1995), señala que es el resultado de una auto percepción subjetiva del propio cuerpo, de igual manera, indica que la naturaleza de esta variable se podrá apreciar en el origen tanto psico-social como en la naturaleza cognoscitiva, ello debido a la intervención de los procesos perceptivos de aprendizaje y de pensamiento, así mismo puede ser actitudinal porque expresa efectos y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. La satisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difieren del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bemett, Goreczuy y Gleaves, 1989; citados en Gómez Pérez-Mitre, 1997).

La insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con la obesidad y el sobre peso, su fundamento real en la obesidad que puede existir un exceso de grasa corporal o no tan importante como: el caso del sobre peso, dándose una sobre valoración (Gómez Pérez-Mitre, 19979. Esta insatisfacción se caracteriza, por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo, la persona obesa se relaciona pobremente con su cuerpo: lo "ven" poco, no lo quieren "ver" si lo ven

reflejado lo desconocen, lo rechazan; lo "usan" poco (sedentarios) y lo "disfrutan" poco (Braguinsky, 1996, p. 211, citado en Gómez Pérez-Mitre, 1995). Aparte de la insatisfacción con la imagen corporal se puede presentar o no acceso bulímico, practicas de expulsión o de purga y practicas de evitación (uso de supresores de hambre, ayunos, periodos de dietas restrictivas). Por lo general, las personas con problemas de obesidad y sobre peso se convierten en dietantes crónicos exhibiendo conductas reactivas y recurrentes: periodos de dietas altamente restrictivas, que llevan acceso bulímico con o sin prácticas de expulsión, esta conducta lleva consigo costos psicológicos como: sentimientos de culpa., lucha desgastante que sostiene la persona con ella misma y pone a prueba su control, temores asociados con la perdida de control, inseguridad y auto devaluación o baja autoestima (Gómez Pérez- Mitre, 1995)

Índice de Masa Corporal (IMC).

Este indicador se conoce también como segmento antropométrico y es un buen indicador de la masa corporal de un individuo (Casanueva, 1992). Al relacionarse con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo ya que incorpora simultáneamente el peso, la talla y la edad, como variables en función de las cuales se establece el crecimiento somático (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el resultado de la medida del peso corporal entre la talla o estatura elevado al cuadrado ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$). Se utilizara la escala de criterios combinados de IMC para adolescentes mexicanos validada por Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitre, 1997; Gómez Pérez-Mitre y Saucedo, 1997:

Categoría.	Puntos de corte.
Muy bajo peso	menor a 15
Bajo peso	15 - 18.9
Normal	19 - 22.9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad	mayor a 27
Obesidad mórbida	mayor a 31

Autopercepción de la Imagen Corporal.

Por otro lado Bruchon-Schweitzer (1992), considera que hay dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales (apreciación de distancias, proporciones y orientación espacial del cuerpo) a la cual le llaman imagen espacial del cuerpo. La otra consiste en las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del mismo cuerpo referido casi siempre a normas (satisfacción corporal, atractivo "subjetivo", identidad corporal percibida etc.) lo que se refiere a una imagen afectiva del cuerpo.

Percepción Personal.

El proceso perceptual se inicia con una persona concreta a quien llamamos estímulo o actor, esta persona puede influir fácilmente en nuestras alegrías, satisfacciones, puede causarnos tristeza o dolor, todos tratamos de aprender de personas significativas, al conocer a otra persona se comienza a percibirla, no solo se ve como un estímulo físico sino que se percibe su comportamiento obteniendo conclusiones de lo que se ve. Las características físicas influyen en las percepciones, y éstas cambian de cultura a cultura y de un tiempo a otro. Las inferencias de los rasgos físicos solo se aplican a algunos tipos de preceptores, las personas no tratan de producir impresiones específicas por medio de los rasgos físicos, pero los preceptores tienden a hacer inferencias de todas maneras. Dentro de la belleza física (Dion, Bencheid & Walster, 1972; Miller, 1970; Zinder, Taked & Bersche, 1977, citados en San German, 2000).

Se menciona que a los hombres y a las mujeres físicamente atractivos no solamente se les evalúa de forma positiva, sino que además se les percibe como dotados de más rasgos positivos que las personas menos atractivas. Algunos rasgos que se asignan a las personas atractivas son: sociabilidad, bondad, fortaleza, reactividad sexual y cordialidad. Si consideramos los impedimentos, el color de la piel, el género y el atractivo físico como variables influyentes en la percepción de los demás, estamos hablando de estereotipos, estos estereotipos son reforzados por los medios de comunicación, por los padres y por los compañeros (San German, 2000).

Reestructuración Cognoscitiva:

Las distorsiones cognitivas juegan un papel determinante tanto en la etiología del trastorno de la conducta alimentaria como en su mantenimiento. La mayoría de las teorías al respecto postulan que las personas afectadas de un TCA presentan una forma muy característica de interpretar la realidad, en la cual, el peso y la figura adquieren tales connotaciones que el control de peso se convierte en una práctica a la que se someten el resto de las funciones y valores personales (Vitousek y Hollon, 1990; Cooper, Anastasiades y Fairburn, 1992; Cooper y Fairburn, 1992; Cooper, 1996). Las teorías cognitivas proponen que los individuos presentan unidades generales de conocimiento o esquemas, a partir de los cuales interpretan la realidad de tal manera que tienden a dar mayor importancia a determinados aspectos de la misma, frente a otros que son prácticamente obviados. En varios estudios llevados a cabo con pacientes afectados de trastornos de ansiedad y depresión se observa que los sujetos interpretan más estímulos como amenazantes y vivencian más situaciones de fracaso personal (Mathews, 1983; Beck, 1972; Markus, Hamill y Sentis, 1987).

Peso Imaginario.

El peso imaginario es un concepto desarrollado por Gómez Pérez-Mitré (1995), quien lo define como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo. Usualmente funciona en la dirección de la sobreestimación del tamaño del cuerpo, lo que conduce a su vez a una sobreestimación del peso corporal, acompañado de respuestas de rechazo hacia la gordura y de preocupación por la comida, entre otras variables. Es importante señalar que la respuesta de sobreestimación se produce sin que la persona tome en cuenta el peso real.

Actitud Negativa hacia la Obesidad.

La Actitud que pueda desarrollar una persona hacia otra, depende evidentemente del contexto social y familiar en el que se desarrolla, estas influencias van a ser las que generen aquellos pensamientos, ideas y prejuicios negativos hacia la obesidad (Rodríguez, 2003). Los cuales consecuentemente

generarán la búsqueda de una figura ideal o delgada, rechazando y/o criticando aquellas personas que no la tengan.

Sobrevaloración del Atractivo Físico.

La sobrevaloración del Atractivo Físico se basa principalmente en la percepción que forman los otros, influenciada por estereotipos basados en características y atributos tales como el género, el color de la piel, la edad y la clase social, en donde la estimulación derivada va más allá de la mera apariencia física y en donde las señales visuales son especialmente importantes, debido al papel que juega la apariencia (Leon, 2000).

Burla y/o criticismo de la Imagen Corporal.

La burla y/o criticismo se centra en la vulnerabilidad de cada individuo ante la presión que ejerce la sociedad y que está encaminada hacia la delgadez como un ideal estético de la belleza (Gómez Pérez-Mitre, 1998). Evidentemente esta vulnerabilidad juega un papel muy importante dentro del desarrollo de la personalidad de los adolescentes pues esta búsqueda del ideal estético los puede llevar a desarrollar ciertas conductas orientadas por las influencias que el mismo medio social en el que se desarrollan va generando.

Resulta evidente que son numerosos los factores actualmente identificados que pueden generar un TCA, los cuales no se pueden categorizar debido a que ninguno comprueba mayor relevancia para el desencadenamiento de los mismos, cuestión que plantea un mayor compromiso dirigido a los pioneros del tema interesados en la disminución de los mismos con el fin de prevenirlos. Por lo que es indispensable mostrar lo que corroboran algunas de las investigaciones sobre el tema y las técnicas que pudieran resultar más efectivas para la disminución de los factores que cada vez predominan más aumentando el número de casos de trastornos alimentarios.

Técnicas de Intervención para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Son diversas las investigaciones que se han realizado sobre el tema, centrándose en los factores de riesgo que pueden desencadenar un Trastorno de la Conducta Alimentaria, debido a su prevalencia y consecuencias que pueden generar en un futuro. Los pioneros sobre el tema también se han cuestionado sobre el cómo se podrían prevenir éstos con el fin de detener el desarrollo de un posible TCA. Algunas recomendaciones para el abordaje de la prevención de los TCA son: que los objetivos de un programa de prevención estén dirigidos a reducir la frecuencia de las dietas y prevenir las actitudes y conductas alimentarias perjudiciales, para lo que se deben tomar en cuenta el riesgo de sensibilizar a las niñas respecto de temas relacionados con el control de peso y la imagen corporal, y no volverlas más vulnerables a las dietas (Carter, Stewart, Dunn y Fairburn, 1997)

Smolak y Levine (2001), aplicaron un programa de prevención con una muestra de adolescentes $N = 509$ con edad promedio de $X=11.13$. Los resultados de esta investigación sugieren que un programa curricular que usa el aprendizaje social cognoscitivo y de desarrollo, puede ayudar a prevenir el desarrollo de pensamientos negativos de la imagen del cuerpo y los problemas de peso (con rasgos de obesidad o anoréxicos) en hombres y mujeres cuando ellos pasan de la niñez tardía a la adolescencia temprana.

En el departamento de Medicina Psicosocial del Hospital Universitario de Zurich, se realizó un estudio epidemiológico en adolescentes para examinar el efecto de lecciones de promoción de la salud en los desordenes del comer. El análisis de los datos reveló mejoras en la conducta del comer y bienestar físico en estudiantes con perturbaciones conductuales. El programa de prevención

también reflejó efectos en el ambiente escolar. Estos autores concluyeron que si se lleva a cabo un programa de prevención y promoción de la salud en el ámbito escolar, éste puede tener un efecto positivo a largo plazo sobre los hábitos alimentarios (Buddeberg y Reed, 2001).

Dalle (2003), realizó un análisis de las publicaciones referentes a la prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria en las bases de datos Medline y PsychInfo en un periodo de 17 años (1985-2002). Se encontraron 19 artículos identificados como prevención universal y 10 como prevención selectiva, todos ellos realizados en el ámbito educativo. Los resultados de este análisis indican que los ensayos controlados tranquilizan a los padres, maestros, compañeros y personal del sector escolar. Sin embargo, no tienen efectos en las actitudes y conductas de los estudiantes. Uno de los factores comunes de este análisis es que se obtuvieron resultados alentadores en los individuos de alto riesgo y se obtiene efectos positivos usando formatos o técnicas interactivas. Este autor concluye que los programas de prevención universal no cambian las conductas precursoras de la enfermedad. Los resultados pueden ser mejorados si se toman en cuenta los factores de riesgo de mayor peligro y más susceptibles al cambio, como el seguimiento de dieta restrictiva y la insatisfacción con la imagen corporal. Los resultados del campo de la prevención de Trastornos Alimentarios y de los factores de riesgo, impulsan construir una nueva generación de ensayos en prevención universal.

Se ha encontrado que el descontento con la imagen corporal y los problemas de conducta alimentaria son comunes entre los niños y los adolescentes. Una gran variedad de factores se asocian con el desarrollo de estos problemas, incluyendo la influencia social, las relaciones familiares conflictivas y la baja autoestima; y entre las muchachas, la pubertad temprana. En respuesta a estos problemas, una variedad de programas de prevención se han desarrollado, dirigidos tanto a niños como a adolescentes. En general estos programas han sido los llamados "psicoeducativos", enfocados a transmitir el conocimiento de una nutrición apropiada, y los efectos negativos de los desordenes del comer. Desgraciadamente estos programas, en general, han demostrado poco éxito. Por consiguiente, parece que los cambios se observarán con el desarrollo de programas de intervención más interactivos (Littleton & Ollendick, 2003).

Varios estudios recientes utilizan muy bien los componentes de autoestima como un parte fundamental en la prevención de los desordenes alimentarios. Se

ha observado que las intervenciones han producido mejoras en el descontento con el cuerpo, la dieta restringida, la internalización del ideal delgado, y actitudes asociados con los desórdenes alimentarios. Jennifer A. O'Dea (2004) considera la autoestima como uno de los factores de riesgo más importantes y lo cataloga como un factor protector en el desarrollo de los desórdenes alimentarios. Las Intervenciones que abordan la autoestima como componente fuerte alrededor del mundo resaltan el impacto en la imagen del cuerpo y las conductas alimentarias de adolescentes y preadolescentes (O'Dea, 2004).

Se ha observado que las escuelas juegan una función primaria en la estigmatización juvenil, incluso en la adopción de roles de género y conductas de riesgo. A pesar de la estrecha relación entre las conductas que se adoptan en la sociedad y los desórdenes del comer, pocas veces se ha estudiado el papel individual que juega la escuela para su desencadenamiento. Por ello Lynn (2005), desarrolló una investigación para evaluar el clima social de una escuela, en la que evaluó el grado de conflicto con respecto a normas del papel del género experimentadas por estudiantes de una escuela (la muestra estaba formada solo por mujeres) y la severidad de los problemas alimentarios. Sus resultados muestran una estrecha relación entre el clima social a nivel escolar y los desórdenes alimentarios. De acuerdo con la teoría feminista, las adolescentes que idealizan una figura ideal delgada desarrollan mayores perturbaciones en su alimentación.

Vaschenko (2005), analiza el problema de las mujeres modernas de supervalorar la apariencia física. La autora discute el establecimiento de un cuerpo ideal-delgado y la influencia de la presión social. Cuestión que ha llevado a que los desórdenes alimentarios ocupen el tercer lugar dentro de las enfermedades crónicas que desarrollan las jóvenes. En su artículo proporciona una revisión de las causas y síntomas de los desórdenes del comer y discute las estrategias de la prevención encaminadas no solo a la intervención desde un panorama psicoeducativo, sino de interacción, por medio del que las jóvenes puedan aprender y discutir sus experiencias, propuestas que se pueden adaptar con el trabajo en adolescentes.

Lozanitos y Pinto (2003), realizaron una investigación con el propósito de explorar la relación existente entre los indicadores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria y los niveles de auto eficacia en el comportamiento

interpersonal. Los resultados indicaron que existe un fuerte vínculo entre los niveles de auto eficacia en el comportamiento interpersonal y los niveles de riesgo de presentar, tanto indicadores de TCA como de desarrollar un trastorno alimentario. Ello indicaría que la auto eficacia podría ser utilizada como un elemento cognitivo que podría trabajarse para la prevención de este tipo de trastornos tan devastadores.

Pineda (2006), realiza una investigación cuyo objetivo fue desarrollar y comparar la eficacia de dos programas preventivos de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y otro con formato psicoeducativo. En donde, el primer estudio (piloto) se conformo por N=20 mujeres con alto riesgo, el segundo estudio piloto estuvo formado por N=25 mujeres con bajo riesgo; en ambos grupos las participantes se asignaron aleatoriamente a uno de dos grupos: 1) prevención disonante, 2) prevención psicoeducativa. El estudio principal, estuvo conformado por N= 105 adolescentes, con bajo y alto riesgo, asignados al azar a una de las tres condiciones: 1) prevención disonante, 2) prevención psicoeducativa, y 3) en lista de espera. La investigación, se dividió en tres fases: primer estudio piloto, segundo estudio piloto y estudio principal; en los tres estudios se aplicó el pre-test, la intervención y el pos-test. El estudio 1 incluyó un seguimiento de un mes, y el tercero dos seguimientos (tres meses y un año después). Entre los hallazgos principales del primer estudio se indica reducción de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva, entre las chicas expuestas a la intervención disonante, manteniendo estos niveles en el seguimiento. Las adolescentes del segundo estudio, que recibieron las dos intervenciones, mantuvieron niveles sin riesgo en los factores relacionados con TCA. Por otra parte, en los resultados del estudio principal se refleja que al terminar ambas intervenciones, las chicas edujeron los niveles de los factores de riesgo. En cuanto a los datos del seguimiento de un año, se reporta que las participantes en el grupo disonante fueron las únicas en mantener los niveles sin riesgo en las variables relacionadas con imagen corporal.

Hoy en día se sabe que los programas de prevención primaria de los TCA han tenido poco éxito; sin embargo, la prevalencia de estos trastornos entre un gran numero de adolescentes justifica trabajar desde una línea preventiva sobre el tema (Ruiz-Lázaro y Comet, 2003). Por lo que en busca de nuevas alternativas se ha planteado el tratamiento mediante en Entrenamiento en Habilidades sociales, debido a la estrecha relación que existe entre el déficit

de conductas socialmente habilidosas o competentes y la presencia de trastornos alimentarios. Debido a que el campo de las habilidades sociales se fundamenta en una serie de supuestos y conocimientos desarrollados en distintas disciplinas científicas, como la Psicología Social y en la Modificación y Terapia de Conducta (García y Gil, 1995 citados por Gil y Leon, 1998).

Baños, Botella y Perpiña (2000), ofrecen una guía (manual) para la evaluación y tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios con el apoyo de técnicas de Realidad Virtual (RV), en donde, ponen de manifiesto la mayor eficacia de los resultados terapéuticos cuando los medios "tradicionales" se complementan con esta nueva tecnología. Preparan el camino para la vida real y analizan las características de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios, su evaluación e intervención.

La amplitud de problemas abordados sobre la perspectiva del Entrenamiento de habilidades sociales es considerada, por McFall (1982, citado en Prette, y Prette, 2002), como una fuente de dificultades para el área. Sin embargo, esa amplitud refleja la potencialidad de sus aplicaciones a relevantes cuestiones sociales. Por otra parte, conduce a la indefinición de los ámbitos de la propia área, aún carente de una teoría general integradora que permita organizar los conceptos y modelos en un sistema internamente más coherente. A pesar de ello, se ha seguido el intento por desarrollar un Programa de Entrenamiento de Habilidades Sociales que beneficie la detención de los Trastornos Alimentarios y aunque no se ha diseñado un modelo que cubra las características necesarias para lograrlo, actualmente hay instituciones como el Hospital de Día de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Granada (USMIJ-HD), centrados en patologías específicas: Trastornos Generalizados del Desarrollo, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos Disociales. En lo que respecta específicamente a la intervención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la propuesta se centra en que los pacientes pueden acudir tanto a realizar determinadas comidas como a realizar el tratamiento psicoterapéutico correspondiente. En muchos casos esta estrategia aparecerá como la más adecuada para favorecer la generalización de las conductas aprendidas y la resolución de dificultades subyacentes o asociadas al trastorno al permitírsele regresar a los pacientes a su ámbito social habitual a diario (Martín, García de Pablos y Díaz, 2004).

En cuanto a otras estrategias más contemporáneas utilizadas para la prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, podemos encontrar la que implica la intervención mediante la Realidad Virtual, línea que presenta un auge considerable en España y en México inicia, con el fin de utilizar las herramientas más modernas y necesarias para la intervención.

Botella (2001), realizó un estudio con el objetivo general de diseñar y someter a prueba la eficacia de un componente específico para la evaluación y el tratamiento de la imagen corporal (IC) en los trastornos alimentarios (TA). Tanto el tratamiento estándar como el de RV se añadirán como componentes adicionales al tratamiento general de los TA (en el caso de la muestra clínica), dando lugar a 3 y 2 condiciones de intervención (muestra clínica y muestra subclínica respectivamente). La muestra estuvo compuesta por a) un mínimo de 30 pacientes diagnosticados de TA según DSM-IV (1995) y, b) por un grupo de al menos 30 personas consideradas como población subclínica o población de alto riesgo afectada por distorsiones en su IC. Las muestras se distribuyeron aleatoriamente en cada una de las condiciones de intervención. El estudio se realizó en el ámbito del Hospital de Día del Hospital Provincial de Castellón (muestra clínica) y del Servicio de Asistencia Psicológica de la UJI (muestra subclínica). La duración del tratamiento en la condición más compleja fue de un año, distribuyéndose por sesiones que cubrían los objetivos imprescindibles para este tipo de patologías: estabilización del peso, normalización de la ingesta, corrección de las distorsiones y de las actitudes disfuncionales en la IC, etc.. Los protocolos de evaluación estuvieron compuestos, según sus distintos formatos, por: protocolo general de TA, adaptación del protocolo de Cash (1996) y elaboración de escenarios de evaluación en RV. Los protocolos de tratamiento, según componentes y muestras lo compondrán: Programa de Wilson et al., (1997) para bulimia; Programa de Garner et al., (1997) para anorexia; Adaptación programa IC de Cash (1996); y diseño y desarrollo de entorno en RV para la IC. Actualmente se siguen analizando los resultados y mejorando las técnicas (Botella, 2001).

Petit, Corte y Astral (2002), llevaron a cabo un proyecto de Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) basando sus intervenciones en un modelo de salud biopsicosocial. El programa se realizó en centros educativos y se abordó desde un ámbito comunitario, trabajaron con los adolescentes y sus agentes educativos y de salud, a quienes proporcionaron estrategias para modificar comportamientos inadaptados que subyacen a estos trastornos; Este se desarrolló durante cinco años consecutivos, atendiendo a 3.836 chicos (as) y

sus familias, 13 Departamentos de Orientación y 35 tutores (as). Encontrando que un 90% de los adolescentes de ambos sexos no presentaban riesgos de sufrir un TCA, el 10% presentaba alguno de los factores de riesgo y el 0.5% de entre 12 y 14 años presentaban TCA. Concluyendo que el programa es una de las pocas experiencias de prevención de los TCA en el ámbito escolar aplicado a adolescentes en edades tempranas con una intervención comunitaria, consiguiendo los efectos esperados: detección precoz de casos de riesgo y evitación, en su caso, a través de la intervención en los talleres, de padecer trastorno.

Perpiñá, Marco, Botella y Baños de la Universidad de Valencia, realizaron un estudio de caso con el objetivo de analizar los resultados de la aplicación de un programa cognitivo conductual (TCC) seguido de una aplicación de Realidad Virtual (RV) para las alteraciones de la imagen corporal, en una paciente con anorexia nerviosa. La participante contestó diversos instrumentos que evaluaban la imagen corporal, la psicopatología alimentaria y la psicopatología secundaria. La intervención consistió en la aplicación sucesiva de dos componentes (TCC más RV) para las alteraciones de la imagen corporal. El protocolo de evaluación se volvió a aplicar al finalizar cada componente y al año de finalizar el tratamiento completo. Tras la aplicación de los dos componentes, la paciente no sólo mejoró su imagen corporal, sino que también se observó una mejora tanto de la psicopatología alimentaria como secundaria; dicha mejoría siguió progresando al año de seguimiento. La restauración del peso y de la ingesta no garantiza una total recuperación del trastorno alimentario en el que esté presente una alteración de la imagen corporal; por el contrario, esta alteración tiene que ser tratada específicamente. Además, los resultados indicaron que el componente RV no sólo potenció la eficacia del componente TCC, sino que fue a partir de su aplicación cuando comenzó a producirse la mejora continuada de la participante (Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2003).

Ruiz-Lazaro y Comet (2003) con el fin de realizar prevención primaria y secundaria de TCA en adolescentes escolarizados, realizaron una investigación mediante un diseño experimental grupo control o dos grupos con mediciones pre y pos en 5 centros públicos y 5 privados con doble fase de entrevistas SCAN en intervención y control a dos y tres años. Concluyeron que la disminución de la población con riesgo estadísticamente significativa al año de seguimiento en el grupo de intervención frente al control no se puede

demostrar que se mantenga a los 36 meses por pérdidas en el seguimiento (por cambio en el centro escolar) pero se mantiene una tendencia aunque no significativamente estadística.

Por otra parte, con el fin de poner en práctica esta herramienta para la prevención de diferentes trastornos, no solo alimentarios sino en el ámbito de la psicología, en España se creó "Grupo Previ" que es una empresa creada como una spin-off, asociada a las siguientes universidades: **Universidad Jaume I**, **Universidad Politécnica de Valencia**, y la **Universidad de Valencia**. Previ lo componen un equipo de profesionales e investigadores calificados (psicólogos, psiquiatras, endócrinos, enfermeras y auxiliares) expertos en la evaluación y tratamiento psicológico desde una perspectiva cognitivo-comportamental. En estos tratamientos se aplican protocolos de evaluación y tratamiento que cuentan con el aval de la investigación científica rigurosa. Además, utilizan las nuevas tecnologías: entornos inmersivos de realidad virtual, validados clínicamente y sometidos a pruebas en estudios controlados. Esta empresa, pretende utilizar las técnicas más actuales y efectivas para las personas que lo requieran (www.previsl.com).

En general, como se puede observar son ya numerosos los investigadores que preocupados por esta problemática han ido explorando el tema, con el fin no solo de dar a conocer las características principales de los desordenes alimentarios, sino también para darle una solución, evidentemente en México esta línea de investigación aún es joven, a pesar de que ya hay bastantes argumentos que la hacen importante y por ello al igual que en otros países como España (por ej.) ha despertado la preocupación por la búsqueda de estrategias de prevención de los TCA, es importante resaltar que lamentablemente aun no se cuentan con herramientas necesarias que pudieran ayudar a la detención o disminución del problema de una forma eficaz y estandarizada, por lo que sobresale la importancia de la investigación que aquí se presenta, destacando la intervención mediante herramientas como programas computarizados de Realidad Virtual y entrenamiento de Habilidades Sociales, los cuales, como ya se mencionó, reflejan resultados prometedores, en caso de formar parte de un Programa de Intervención bien diseñado y estandarizado básicamente en la población femenina adolescente que se destaca como blanco importante dentro de esta línea de investigación. Por ello a continuación se señalan los puntos más relevantes sobre las Habilidades Sociales y la Realidad Virtual, para hacer comprensibles ambas herramientas.

HABILIDADES SOCIALES.

Prácticamente todo el mundo conoce a personas que pueden describirse como interpersonalmente hábiles o socialmente competentes; se trata de individuos que parecen poseer la habilidad de relacionarse con los demás de una forma eficaz y que resultan muy reforzantes para aquellos con quienes interactúan. En un acto social, son personas que entablan relaciones con facilidad, conversan con otros, transmiten y recaban información sin tropiezos durante las conversaciones y dejan a los demás con una agradable sensación después de la interacción (Kelly, 1987).

Antecedentes.

Las bases teóricas y conceptuales del que se denomina "enfoque de las habilidades sociales", guardan una estrecha relación con la evolución histórica del mismo, heredando ciertas controversias que, en un periodo de desarrollo breve, aun no han sido totalmente separadas. Los orígenes históricos se centran en dos focos con ubicación geográfica y características diferentes. Por una parte, en Norteamérica, en los años 20, Thorndike y otros autores realizan una serie de trabajos bajo la etiqueta de "inteligencia social", con el que se hacía referencia a la capacidades necesarias para comprender a los demás y relacionarse con ellos. En la década de los 30 se realizan los primeros estudios sobre socialización infantil, así como una serie de trabajos referidos fundamentalmente a la incompetencia social producida por la deficiencia mental. Con respecto al otro punto de origen, Europa, resalta con algunos precedentes en los años 40 y es hasta los años 60 cuando el tema cobra especial relevancia, a raíz de la aplicación en el ámbito industrial del enfoque del procesamiento de la información. Estos enfoques, junto al desarrollo de la Terapia Conductual y al desarrollo de la Teoría del Aprendizaje Social, establecieron las bases de este enfoque, que a partir de los años 60 quedo firmemente consolidado (Gil, León y Jarana, 1995).

Definición del concepto:

La definición o el significado que adopta el término "habilidades sociales", de acuerdo con las diferentes aportaciones de los pioneros sobre el tema, han ido variando a lo largo de la historia, por lo que a continuación se presentan algunas de las principales contribuciones sobre el mismo.

Podemos definir las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. Pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo (Kelly, 1987).

Lo que Wolpe y Lazarus (1966), denominaban habilidad o competencia social es un conjunto de distintos tipos de habilidades, que se emplean para fines diferentes; en donde, puede haber muy poca correspondencia entre la capacidad de un individuo de manifestar cierto tipo de habilidad social y su capacidad para poner en juego otra distinta.

Libert y Lewinsohn (1973), desde su punto de vista conductista, señalan que la habilidad social es la capacidad para ejecutar una conducta que refuerce positivamente a otros o evite que seamos castigados por los otros.

Secord y Backman (1976), desde la teoría psicosocial de los roles, definen la habilidad social como la capacidad de jugar el rol, es decir, de cumplir fielmente con la expectativa que los otros tienen respecto a mí como ocupante de un estatus en determinada situación.

Hersen y Bellack (1977), desde un panorama más clínico, se refieren a habilidad social como la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos sin que de un estatus en determinada situación.

Phillips (1978), desde una orientación intencionalista, plantea que la habilidad social es la capacidad de expresar interpersonalmente sentimientos positivos y negativos, sin que dé como resultado, una pérdida de reforzamiento social.

Para Blanco (1982) desde su perspectiva interaccionista, la habilidad social es la capacidad que el individuo posee para percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás.

Desde la Teoría del Aprendizaje Social, las habilidades sociales se entienden como conductas aprendidas, se postula que el desarrollo de una conducta, incluido el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión partiendo de los principios de la teorías del Aprendizaje (Kelly, 1987).

Furnham (1992), indica que con el término habilidad social se hace referencia a las capacidades o aptitudes empleadas por un individuo cuando interactúa con otras personas en un nivel interpersonal.

Las habilidades sociales constituyen recursos indispensables para realizar actividades fundamentales en la vida, como son relacionarnos con los demás, realizar amistades y desarrollar redes sociales, trabajar en equipo, prestar servicios profesionales de calidad a clientes, etc. (Gil y León, 1998).

Como se puede constatar, son bastantes los intentos por encontrar la mejor manera para referirse a las habilidades sociales, de las cuales se nombra al final la expuesta por Caballo en 1986, pues engloba los elementos necesarios para describir éstas; puesto que para Caballo, la conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986).

Modelos explicativos de las habilidades sociales:

Siendo necesario determinar los procesos y mecanismos implicados en la adquisición de dichas habilidades, se procede a exponer las distintas estructuras de análisis que se han propuesto para dar cuenta de los procesos y mecanismos subyacentes a la adquisición de las Habilidades Sociales, tal como lo hace Gil y León en 1998, los cuales se exponen en la siguiente tabla, tal como el autor lo planteo:

Modelo	Síntesis
Teoría del Aprendizaje Social.	Bajo esta denominación se encuentran aquellas tentativas de explicar el comportamiento humano y aspectos de la personalidad haciendo referencia a principios extraídos del estudio experimental del aprendizaje. De acuerdo a este enfoque la adquisición de las habilidades sociales podría ser en resultado de varios mecanismos de aprendizaje: consecuencia del esfuerzo directo, resultado de experiencias observacionales y conclusión del desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (Nelly, 987 citado en Gil y Leon, 1998).
	Argyle y Kendon (1967 citados en Gil y Leon, 1998), elaboraron un modelo explicativo del funcionamiento de las

<p>Análisis experimental de la ejecución social.</p>	<p>habilidades sociales cuyo elemento principal es el rol, en el que se integran, junto a las conductas motoras, los procesos perceptivos y cognitivos. En donde, las semejanzas entre la interacción social y las habilidades motrices configuran en cada uno de los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fines de la actuación hábil 2. Percepción selectiva de las señales. 3. Procesos centrales de traducción 4. Respuestas motrices o actuación 5. <i>Feedback</i> y acción correctiva 6. El <i>timing</i> de las respuestas.
<p>Modelos interactivos.</p>	<p>Según estos modelos la competencia social sería el resultado final de una cadena de procesos cognitivos y de conducta que se iniciaría con una percepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para producir y evaluar posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor, y finalizaría con la expresión de la alternativa de acción elegida.</p>

Fuente: Gil y León, 1998, pp. 18-20.

Componentes de las habilidades sociales.

La investigación sobre diversos componentes de las habilidades sociales, sus significados y funciones, ha constituido una empresa compleja en la investigación; aunque ya se dispone dentro de la literatura de un cierto contenido de información sobre las funciones aisladas de los componentes de las habilidades sociales, la comprensión de sus combinaciones en la producción de un comportamiento social competente requiere de avances de investigación en esta área; a pesar de esto existe un relativo consenso sobre algunos de los principales componentes de las habilidades sociales, derivados en su mayoría, de estudios pioneros de investigación de la psicología (p. ej., Argyle, Trower y Bryant, 1974; Argyle y Kendon, 1967).

De los componentes principales de las habilidades sociales, Prette y Prette (2002), realizaron un análisis con el fin de darlos a conocer y plantear lo más relevante de los mismos, a continuación se presenta una tabla con la síntesis de los mismos.

Componentes de las Habilidades Sociales.

Componentes Conductuales.	
De Contenido Verbal	Hacer/responder preguntas. Pedir cambio de comportamiento. Lidiar con las críticas. Pedir/dar retroalimentación. Opinar/concordar/disentir. Elogiar/recompensar/gratificar. Agradecer. Hacer peticiones. Rechazar. Justificarse. Autorrevelación/usar el pronombre "yo". Usar contenido de humor.

De Forma Verbal	<p>Latencia y duración. Regulación: bradilalia, taquilalia, volumen, modulación. Trastornos del habla.</p>
No verbales	<p>Mirar y contacto visual. Sonrisa. Gestos. Expresión facial. Postura corporal. Movimiento con la cabeza. Contacto físico. Distancia/proximidad.</p>
Componentes Cognitivo/Afectivos	
Conocimientos Previos	<p>Sobre la cultura. Sobre los roles sociales. Autoconocimiento.</p>
Expectativas y creencias	<p>Planos, metas y valores personales. Auto concepto. Auto eficacia en comparación con desamparo. Estereotipos.</p>
Estrategias y Habilidades De procesamiento	<p>Lectura del ambiente. Solución de problemas. Auto observación. Auto instrucción. Empatía.</p>
Fisiológicos	

Tasa cardíaca.

Respuestas electromiográficas.

Respiración.

Respuesta galvánica de la piel.

Flujo sanguíneo.

Otros componentes.

Actividad física.

Apariencia personal.

Fuente: Prette y Prette, 2002, pp. 47-48.

La necesidad de abordar la adquisición de recursos y habilidades de afrontamiento en los TCA, surge debido a que en los pacientes que presentan algún tipo de estos trastornos, se observan de forma directa características básicas del comportamiento que se sitúan en los cimientos mismos de la patología, reforzando y activando las vías de inicio y mantenimiento; centrándose principalmente en los aspectos relacionados con la autoestima, las situaciones de interacción social y familiar, las habilidades de comunicación, etc., que aparecen muy disminuidos con respecto al funcionamiento óptimo del individuo. Por lo que el entrenar con técnicas adecuadas como son las habilidades sociales, a todas aquellas personas que lo requieran, puede representar abrirles las puertas de salida, cuestión que no significa que salgan directamente de la enfermedad, pero que si puede ayudar a demostrarles que los sentimientos pueden verbalizarse y los conflictos resolverse sin amenazar su salud y su estructura personal, social y familiar (González, 1997).

REALIDAD VIRTUAL.

La frontera entre lo real y lo irreal forma parte de lo que trata el presente apartado. La tecnología de la realidad virtual no es un asunto de magia. La realidad virtual se basa fundamentalmente en gráficos de ordenador, simulación y otras técnicas existentes, que se han ido desarrollando a lo largo de la historia y han ido acrecentando el desarrollo de esta herramienta que puede generar una enorme contribución en diferentes ámbitos de la ciencia moderna, observándose directamente en la intervención psicológica, que se esperaba explotar en un futuro (Stampe, Roehl y Eagan, 1993).

Antecedentes.

De acuerdo con un repaso histórico sobre la Realidad Virtual realizado por Marquez, Alvarado y Malfanti (2001), se reconoce que el término "Realidad Virtual" fue acuñado originalmente por el norteamericano Jaron Lanier en un artículo titulado "The ultimate display" en 1989, para distinguir entre simuladores y la inmersión de Realidad Virtual; sin embargo, otros autores difieren de esta posición, planteando que ya en 1987, David Zelser utilizaba dicha expresión. Aunque el origen exacto de la expresión "Realidad Virtual" es ambiguo, y más bien anecdótico, el desarrollo de la misma es bastante más claro. En 1958, la Philco Corporation desarrolló un dispositivo visual en un casco controlado por los movimientos de la cabeza del usuario. En 1969, Myron Krueger crea ambientes interactivos que permiten la participación del cuerpo entero, en eventos apoyados por computadores; paralelamente, Frederick Brooks, de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, trabajaba en un proyecto para lograr que los usuarios muevan objetos gráficos mediante un manipulador mecánico. En 1971, Redifon Ltd. en el Reino Unido, comienza a fabricar simuladores de vuelo con pantallas gráficas. En 1972, General Electric, desarrolla el primer simulador omputarizado de vuelo. A fines de los 70, en el Media Lab del Instituto Tecnológico de Massachussets, se obtiene el "Mapa Filmado" de Aspen, una simulación de video a través de la ciudad, donde el usuario puede recorrer sus calles y edificios. Tom de Fanti fue el inventor del guante de datos en 1976, aunque su diseño fue mejorado posteriormente por Tom Zimmerman. En 1984, Michael McGreevy y sus colegas de la NASA desarrollan Lentes de Datos, con los cuales el usuario puede mirar el interior

de un mundo gráfico mostrando en un computador. En 1980, Andy Lippman desarrolla un videodisco interactivo para conducir en las afueras de Aspen. En 1981, Tom Furness desarrolló la "Cabina Virtual", y Grimes, patentó un guante para introducir datos. A los inicios de los 90, los sistemas de Realidad Virtual salen de los ambientes de laboratorios en busca de aplicaciones comerciales (citados en Márquez, Alvarado y Malfanti, 2001).

A comienzos de los años setenta se empezaron a investigar nuevos métodos para mejorar la comunicación entre el hombre y la máquina, y de este modo, poder extraer el máximo rendimiento. El mejor exponente de esta nueva tecnología es la realidad virtual, que permite simular situaciones comprometidas para comprobar las respuestas de hombres y máquinas en cualquier situación, y con total seguridad. El estado actual de la realidad virtual y su futuro desarrollo ha sido posible gracias al esfuerzo y al interés combinado de científicos, militares, visionarios, artistas y, al dinero de las empresas que ven en ella una nueva y prometedora fuente de ingresos (Gradecki, 1996).

A pesar de que el desarrollo de la Realidad Virtual, tiene sus inicios ya en años atrás, en la actualidad se sigue presenciando el crecimiento y la consolidación de las técnicas en las que se pueda utilizar este recurso, que se basa en la utilización de la tecnología más actual; reflejando a la Realidad Virtual como lo más contemporáneo y solicitado por la novedad que puede causar al presentarse. Por ello, dentro esta investigación se plantea la necesidad y utilidad de este recurso como técnica de intervención para las personas en riesgo de padecer un Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Definición del concepto.

Resulta evidente que si nos detenemos a revisar dentro de la literatura sobre lo que es la Realidad Virtual, en busca de una referencia que englobe todos los componentes que la expliquen, encontraremos varios intentos por lograrlo.

Marquez, Alvarado y Malfanti (2001), preocupados por encontrar aquella definición que explique a lo que se refiere la Realidad Virtual, presentan un conjunto de definiciones, donde cada una de ellas entrega una idea de lo que se debería entender por Realidad Virtual:

- **Realidad Virtual** es la experiencia de tele presencia, donde tele presencia es la sensación de presencia utilizando un medio de comunicación.
- **Realidad Virtual** es una manera mediante la cual los humanos visualizan, manipulan e interactúan con computadoras y datos extremadamente complejos.
- **Realidad Virtual** es un paso más allá de lo que sería la simulación por computadores, tratándose más bien de una simulación interactiva, dinámica y en tiempo real de un sistema.
- **Realidad Virtual** consiste en simulaciones tridimensionales interactivas que reproducen ambientes y situaciones reales.
- **Realidad Virtual** es un entorno de tres dimensiones sintetizado por computadora, en el que participantes acoplados de forma adecuada pueden manipular elementos físicos simulados en el entorno y, de alguna manera, relacionarse con las representaciones de otras personas pasadas, presentes o ficticias, o con criaturas inventadas.
- **Realidad Virtual** es un ambiente altamente interactivo donde el usuario participa a través del uso de un computador en un mundo virtualmente real. Es una simulación tridimensional por computadora durante la cual el usuario resulta inmerso tan completamente que esta realidad, de origen artificial, aparenta ser real.
- **Realidad Virtual** es simulación por computadora, dinámica y tridimensional, con alto contenido gráfico, acústico y táctil, orientada a la visualización de situaciones y variables complejas, durante la cual el usuario ingresa, a través del uso de sofisticados dispositivos de entrada, a mundos que aparentan ser reales, resultando inmerso en ambientes altamente participativos, de origen artificial. Una nueva y sorprendente forma de navegar información.
- **Realidad Virtual** es una simulación tridimensional interactiva por computador en el que el usuario se siente introducido en un ambiente artificial, y que lo percibe como real basado en estímulos a los órganos sensoriales.
- **Realidad Virtual** es el medio que proporciona visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales, siendo dichos mundos el elemento fundamental de un sistema de realidad virtual. La Realidad Virtual es un entorno generado por computador en el que los participantes pueden entrar físicamente e interactuar con él, desplazándose por su interior o modificándolo de cualquier manera. En su

forma más simple, un mundo virtual podría estar compuesto por un edificio tridimensional por el que podríamos desplazarnos, aunque sin modificar nada. Sin embargo, con el equipamiento adecuado, los usuarios podrían ver, desplazarse e interactuar a través de estos entornos gráficos generados por computador.

- **Realidad Virtual** o mundo virtual es una base de datos gráficos interactivos, explorables y visualizables en tiempo real en forma de imágenes tridimensionales de síntesis capaces de provocar una sensación de inmersión en la imagen. En sus formas más complejas, el entorno virtual es un verdadero entorno de síntesis, en el que uno tiene la libertad de moverse físicamente. Esta sensación de movimiento físico puede conseguirse de diferentes formas, la más frecuente consiste en la combinación de dos estímulos sensoriales, uno basado en una visión estereoscópica total y el otro en una sensación de correlación muscular, llamada propioceptiva, entre los movimientos reales del cuerpo y las modificaciones aparentes del espacio artificial en que está inmerso (pp. 3-4).

Por otro lado Turkle (1995) plantea que la RV es sólo una ventana más, y normalmente no es la mejor. Es una innovación técnica motivada por el deseo de conseguir que la gente trabajara de forma más eficiente al poder merodear de una aplicación a otra.

Realidad Virtual, puede definirse también como el medio que proporciona una visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales, siendo dichos mundos el elemento fundamental de un sistema de realidad virtual. Es un entorno generado por ordenador en el que los participantes pueden entrar físicamente e interactuar con él desplazándose por su interior o modificándolo de cualquier forma (Gradecki, 1996).

El término "virtual" es utilizado habitualmente en el ámbito de la industria informática para hacer referencia a todo aquello que es simulado en software (Stampe, Roehl y Eagan, 1993).

La realidad virtual (RV) es una nueva manera de usar las computadoras. La RV elimina la separación tradicional entre el usuario y mecaniza, mientras proporciona la interacción más directa e intuitiva con la información; llevando un despliegue del audio/visual, posición y sensores de la orientación y los

dispositivos del interfaz táctil, para así lograr que se pueda habitar el ambiente mediante computadora-generador (Wexelblat, 1995).

Una introducción a la Realidad Virtual.

La Realidad Virtual, evidentemente, se encuentra en su estado inicial. Las posibilidades, en todos los campos, producen vértigo. También lo producen sus posibles consecuencias, según los usos para los que pueda destinarse. En ésta, por primera vez, se tiene la posibilidad de actuar simultáneamente sobre los sentidos, creando un mundo en el que, a diferencia del real, nadie nos exigirá responsabilidades porque es asocial; debido a que el mundo virtual es inicialmente un mundo privado, una fantasía en la que sus participantes poseen una libertad absoluta, y cuyas acciones están, por decirlo así, fuera del derecho (Marquez, Alvarado y Malfanti, 2001).

Las realidades virtuales generadas por ordenador son creadas para simular diversos estímulos que van dirigidos a uno o más sentidos (Stampe, Roehl y Eagan, 1993). Construir un mundo virtual significa combinar varias tecnologías para poder entrar en un mundo sintético que puede (o no) parecerse al mundo real (Gradecki, 1996).

Para la realidad virtual no es preciso crear una simulación completa; después de todo, no se trata de engañar a nadie, ni de hacerles creer que aquello que experimentan es el mundo real y físico, lo que se pretende es crear un mundo simulado que resulte lo suficientemente real como para que el público lo acepte y se integre en él. No todos los cinco sentidos resultan igualmente importantes. El sentido del gusto, por ejemplo, es utilizado en muy raras ocasiones, salvo cuando ingerimos alimentos, el olfato, por su parte, nos proporciona una información acerca del mundo muy limitada. No obstante, el sentido del tacto reviste una importancia mayor, especialmente en lo concerniente a la manipulación de objetos en el mundo virtual. Por otra parte, existen sistemas capaces de simular la textura de una superficie determinada en las yemas de los dedos; ciertos sistemas funcionan mediante el uso de sonidos para sustituir la presencia del sentido del tacto. Sin embargo, los sentidos más importantes, son la vista y el oído (Stampe, Roehl y Eagan, 1993).

Un programa de Realidad Virtual debe englobar diversas características que se centran en la estimulación de los sentidos, con el fin de transportar a una persona a los escenarios para así lograr la percepción de lo requerido de acuerdo a el objetivo, que van desde, la forma, tamaño, color, olor, sonidos, iluminación, apariencia, textura, rutas, gráficos, nodos, módulos, por mencionar algunos, que a través de sensores conectados a la persona mediante audífonos, lentes, pantalla y protocolos, entre otros elementos, que guiados por una lógica computarizada que digitaliza la información crean la "Realidad Virtual" (Richter, 1996).

El uso de la RV no constituye en sí mismo un nuevo método terapéutico, se trata de tan sólo una herramienta que, por sus características, es capaz de expresar mejor que con otras técnicas "tradicionales" algo tan subjetivo como es la imagen corporal: una imagen mental. La RV ofrece una serie de ventajas para trabajar con las imágenes y representaciones mentales de las personas, puesto que se pueden "modelar", objetivar, "corporizar", ponerlas en un contexto y enfrentarse a ellas. Esta tecnología informática proporciona una interfaz para un mundo generado por el ordenador; pero una interfaz tan convincente que el usuario cree que realmente está en un mundo tridimensional, aunque sólo exista en la memoria del ordenador y en la mente sentidos (Stampe, Roehl y Eagan, 1993).

Algunas de sus ventajas como herramienta terapéutica pueden ser, que el paciente puede actuar sin sentirse amenazado, ya que, la situación virtual es un "ambiente seguro" que la terapia pone a disposición del paciente, puesto que en ella no puede ocurrirle "realmente" nada de lo que tanto teme y, a partir de esa "seguridad", puede libremente explorar, experimentar, sentir, vivir, revivir sentimientos y/o pensamientos. Además, la RV permite graduar la situación para ir avanzando desde las ejecuciones más fáciles hasta las más difíciles. La RV, estimula varias modalidades sensoriales (auditivas, visuales y vestibulares); esto puede resultar de gran ayuda para aquellas personas que tienen dificultades en imaginar las escenas, además, el terapeuta puede saber en cada momento qué es lo que está produciendo malestar al paciente.

La RV es lo suficientemente flexible como para permitir diseñar una serie de contextos en los que el paciente puede afrontar virtualmente, no solo lo que teme, sino distintos aspectos mucho más amenazadores que se permiten crear en ese momento. Lo esencial es delimitar contextos que resulten terapéuticos,

esto es, "crear" aspectos y/o condiciones del medio ambiente a los cuales los pacientes, por el momento no tienen acceso o ha perdido el acceso. Por sus características nos permite apresar algo tan subjetivo como es la imagen corporal; ya que facilita concretar y mostrar aspectos centrales de la misma, como son sus aspectos "perceptivos", cognitivos, emocionales y comportamentales, ofrecidos además en un contexto significativo. Así también se han comprobado otras ventajas en relación con la sensación de realismo que puede provocar en el paciente, la aceptación, un incremento a la motivación al tratamiento y la preparación del camino para la vida real (Baños, Botella y Perpiña 2000).

Tanto el entrenamiento de Habilidades Sociales como los programas Virtuales, utilizados como técnicas de intervención para la disminución de factores de riesgo relacionados a los TCA juegan un papel muy importante en la actualidad, pues podría tratarse de las herramientas esperadas para el tratamiento de estos trastornos tan complejos y que cada vez aumentan su número en nuestro país.

PLAN DE INVESTIGACIÓN.

1) Problema General de Investigación.

Determinar si una intervención apoyada en un Programa de Realidad Virtual y desarrollo de Habilidades Sociales (Programa RVHS) disminuye factores de riesgo asociados con la imagen corporal en trastornos de conducta alimentaria.

2) Problema (s) Específico (s) de Investigación.

La aplicación del Programa RVHS disminuirá los factores de riesgo relacionados a la imagen corporal que a continuación se mencionan:

- a) Deseo de una Figura Ideal Delgada.
- b) Insatisfacción Corporal.
- c) Auto percepción de la Imagen Corporal.
- d) Alteración de la Imagen Corporal.
- e) Actitud negativa hacia la obesidad.

3) Variables.

Variable Independiente:

- a) Programa de Realidad Virtual y Habilidades Sociales.

Variable (s) Dependiente (s):

- a) Deseo de una Figura Ideal Delgada.
- b) Insatisfacción Corporal.
- c) Auto percepción de la Imagen Corporal.

- d) Alteración de la Imagen Corporal.
- e) Actitud negativa hacia la obesidad.

3.1) Definición de Variable Independiente.

a) Programa de Realidad Virtual y Habilidades Sociales (RVHS).

Definición conceptual: El programa RVHS es un medio que proporciona una visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales, generado por ordenador en el que los participantes pueden entrar físicamente e interactuar con él desplazándose por su interior o modificándolo de cualquier forma (Gradecki, 1996) mediante el cual, el individuo modificara sus conductas emitidas en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, las actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986).

Definición operacional: El programa RVHS constó de siete sesiones, las sesiones 1, 2, 5 y 7 se aplicaron de forma individual a través de un programa virtual. Las sesiones 3, 4 y 5 fueron instrumentadas mediante entrenamiento de Habilidades Sociales de forma grupal (ver tabla a.1).

Tabla a.1: Programa RVHS.

Programa RVHS.	
Sesión	Objetivo
1. Realidad Virtual.	Intervención sobre la figura real.
2. Realidad Virtual.	Intervención sobre la figura ideal.
3. Habilidades Sociales.	Incrementar la autoestima
4. Habilidades Sociales.	- Explicar problemáticas asociadas a Imagen Corporal. - Conocer técnicas de Reestructuración cognoscitiva.
5. Habilidades Sociales.	- Conocer la opción asertiva como la más efectiva de la interacción.

	- Conocer y poner en práctica las técnicas defensivas del EHS.
6. Realidad Virtual.	Intervención sobre la figura real.
7. Realidad Virtual.	Intervención sobre la figura ideal.

3.2) Definición de Variables dependientes.

a) Deseo de una Figura Ideal Delgada.

Definición conceptual: Internalización de una figura muy delgada, influenciada por creencias socioculturales estereotipadas, en las cuales el ideal del atractivo sexual femenino adopta una imagen ultra delgada (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Definición operacional: esta variable se medirá con la "Sección G" (escala de figura ideal) del Cuestionario de alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998). La elección de las siluetas 1 y 2 fueron consideradas figura ideal delgada (ver anexo).

b) Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Definición Conceptual: La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado de discrepancia entre la figura actual y la ideal, teniendo como predictor la dirección o nivel de la autopercepción negativa o positiva (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Es producto de las percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 164).

Definición Operacional: La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se define operacionalmente como la diferencia de la figura actual menos la figura ideal. Esta se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual menos la figura ideal. A mayor sea la diferencia mayor es la insatisfacción, una diferencia igual a cero indica satisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

c) Autopercepción de la Imagen Corporal.

Definición conceptual: Bruchon-Schweitzer (1992) señala dos tipos de percepción:

- La que se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial) a la que han denominado imagen espacial del cuerpo.
- La que abarca las percepciones, representaciones y efectos elaborados a partir del cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo "subjetivo", identidad corporal percibida), es decir, a una imagen "afectiva" del cuerpo.

Definición operacional: La auto percepción del peso corporal se define operacionalmente como la respuesta que se de al reactivo 3 de la sección K. "De acuerdo con las siguientes escalas, ¿Tú te consideras?".

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| a) Obeso (a) | Muy gordo (a) |
| b) Con sobrepeso | Gordo (a) |
| c) Con peso normal | Ni gordo (a), ni delgado (a) |
| d) Peso por abajo del normal | Delgado (a) |
| e) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado (a) |

d) Alteración de la Imagen Corporal.

Definición conceptual: La alteración de la imagen corporal se refiere al menor o mayor alejamiento entre el peso real y peso imaginario, y constituye un factor de riesgo en el desarrollo de los desordenes de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Definición Operacional: La alteración de la Imagen corporal se estima como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el Índice de Masa Corporal (IMC). Las diferencias positivas se interpretan como sobreestimación; mientras que las diferencias negativas son consideradas subestimación (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

e) Actitud Negativa hacia la Obesidad.

Definición conceptual: Se refiere a Actitud que pueda desarrollar una persona hacia otra, depende evidentemente del contexto social y familiar en el que se desarrolla, estas influencias van a ser las que generen aquellos pensamientos, ideas y prejuicios negativos hacia la obesidad (Rodríguez, 2003).

Definición Operacional: Esta variable se define operacionalmente como la respuesta dada al ítem 4 de la "Sección K" del Cuestionario de alimentación y Salud que mide Imagen Corporal y Actitud hacia la Obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

METODO.

Diseño de investigación.

La presente investigación se llevó a cabo con un diseño cuasiexperimental con mediciones pre-test y pos-test, de tipo exploratorio y de campo.

Participantes:

La muestra fue intencional y no probabilística, compuesta por n=40 adolescentes de primer grado de secundaria, extraída de una muestra mayor (N=93). Los criterios de inclusión para formar la muestra de estudio fueron:

- Sexo femenino.
- Pertenecer a primer grado de secundaria.
- No estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- Mostrar preferencia de figura ideal, seleccionando la figura 1 o 2 del **Cuestionario de Alimentación y Salud** (Gómez Pérez-Mitre, 1998).
- Tener un IMC menor a 27.

Instrumentos, Aparatos y Mediciones:

Instrumentos.

1) Se aplicó el **Cuestionario de Alimentación y Salud** (Gómez Pérez-Mitre, 1998) (anexo 1), este instrumento tiene un alpha general de (alpha=.9017). En la presente investigación se utilizaron las siguientes secciones:

Sección A: Área sociodemográfica.

Compuesta por 14 ítems por medio de los que exploraron características personales como: edad, escolaridad, ocupación de los padres, etc.

Sección C: Figura Actual.

Esta sección exploró la percepción de la figura actual. Compuesta de nueve siluetas que cubren un continuo desde una figura muy delgada hasta una gruesa, pasando por una figura normal, el orden de presentación de las siluetas fue al azar.

Sección G: Figura Ideal.

Mediante esta sección se exploró el ideal de la figura. Junto con la escala C, se evaluó insatisfacción con la imagen corporal. Compuesta por nueve siluetas ordenadas al azar que cubren un continuo desde una figura muy delgada hasta una gruesa, pasando por una figura normal.

Sección K: Actitud negativa hacia la obesidad y Autopercepción hacia la Imagen Corporal..

Compuesta por el ítem 4 de la sección K, que exploraron la actitud hacia la obesidad. Así como el ítem 3, que explora la autopercepción hacia la Imagen Corporal.

Calificación:

Sección A: Con el fin de conocer los aspectos sociodemográficos globales de las participantes, se lleva a cabo un análisis de frecuencias.

Sección C (Figura Actual) y Sección G (Figura Ideal): Se lleva a cabo la recodificación de las siluetas para que tengan la misma dirección en ambas secciones (de la silueta más delgada a la más gruesa pasando por las siluetas normopeso). En estas secciones el criterio de interpretación se centra en que la normalidad se encuentra entre las siluetas 4, 5 y 6. Por tanto, los puntajes 1, 2 y 3 indican el deseo (Figura Ideal) o la percepción (Figura Actual) de una silueta muy delgada. Los puntajes 7, 8 y 9 indican el deseo o la percepción de una silueta por arriba del peso normal, según sea el caso.

Con estas dos secciones se obtiene la variable insatisfacción con la imagen corporal, al realizar una resta entre Figura Actual menos Figura Ideal. Los puntajes indican que a mayor sea la diferencia mayor es la insatisfacción y una diferencia igual a cero indica satisfacción.

Sección K (autopercepción y actitud negativa hacia la obesidad):

- Para obtener la variable autopercepción, se utiliza el ítem 3 ¿De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras? que contempla 5 opciones de respuesta. Los puntajes más distantes de la opción "c" (Con peso normal- Ni gorda ni delgada) implican mayor problema.
- El ítem 4 "Llegar a estar gorda" mide la actitud negativa hacia la obesidad, presenta cinco opciones de respuesta, las cuales van de "me preocupa mucho" hasta "no me preocupa nada", se recodifican de tal forma que a mayor preocupación "mayor problema".

2) Se aplicó la **Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva** de Gismero (1996) en su versión adaptada a población mexicana: **Escala de Habilidades Sociales** (anexo 2) que cuenta con un alpha de .8393. Compuesto por 33 reactivos y 7 factores que explican el 42.9% de la varianza, a continuación se presentan los factores que explora el instrumento (León, 2005):

Factor 1. Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales	Carga Ponderal
27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.	.652
31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos donde hay demasiada gente (clase, etc..).	.587
17. Me guardo mis opiniones para mí misma.	.564
26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.	.473
12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.	.429
16. Se me dificulta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio.	.415
Varianza explicada	7.835%
alpha	.6925

Factor 2. Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto		Carga Ponderal
7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.		.677
19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir		.607
18. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta		.602
13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con el.		.554
30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.		.436
10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.		.353
Varianza explicada	7.326%	
alpha	.6699	

Factor 3. Evitación o dificultar para dar y recibir negativas.		Carga Ponderal
23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.		.657
33. Prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas		.548
28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.		.512
32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces		.473
22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.		.409
Varianza explicada	6.523%	
alpha	.6197	

Factor 4. Dificultad para expresar enfado o desacuerdo		Carga Ponderal
8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo si decir nada aunque eso me molesta		.661
29. Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.		.516
15. Cuando un familiar cercano me molesta prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo		.477
3. Cuando alguien importante expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.		.468
9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.		.385
Varianza explicada	6.069%	

alpha	.5470
-------	-------

Factor 5. Defensa de derechos como consumidor		Carga Ponderal
20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.		.757
11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo haga bien		.704
4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.		.623
Varianza explicada	5.529%	
alpha	.5795	

Factor 6. Cortar interacciones		Carga Ponderal
24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) cuando voy a comprar algo.		.591
2. Cuando tengo prisa y me llama una amigo/a por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada		.481
5. No se cómo "cortar" a un amigo/a que habla mucho.		.467
1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar, paso un mal rato para decirle "no, gracias".		.323
Varianza explicada	5.074%	
alpha	.3518	

Factor 7. Decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos		Carga Ponderal
25. Si una amiga/o a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.		.541
21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión		.500
6. Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.		.445
14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero no se cómo negarme cuando me las piden		.380
Varianza explicada	4.564%	
alpha	.4215	

Calificación:

La forma de calificación es la siguiente:

- Se lleva a cabo la recodificación de la mayoría de los ítems (a excepción del 4, 11, 13, 20 y 25) para que las afirmaciones tengan la misma dirección.
- Se hace un promedio general o específico (general en el caso de la puntuación global de la escala y específico cuando se analiza por factores).
- Los promedios se interpretan "a mayor puntaje mayor problema".

Aparatos.

- Una báscula electrónica marca Excel, con capacidad para 300 Kg. Y una precisión de .50 gr.
- Software de Realidad Virtual.
- Tres PC, con software de Realidad Virtual instalado.
- Estadiometro de madera.
- Cinta métrica.

Procedimiento.

1) Se contactó a las autoridades de la escuela secundaria correspondiente, a quienes se solicitó permiso para la aplicación de los instrumentos. A los participantes se les aseguró que la información obtenida por medio de la aplicación de dichos instrumentos y el manejo de los resultados obtenidos, sería de carácter completamente confidencial y con fines relacionados exclusivamente a la investigación.

2) Para obtener la línea base se aplicó el **Cuestionario de Alimentación y Salud** y el **Cuestionario de Habilidades Sociales** a N=98 adolescentes mujeres que cursaban el primer grado de secundaria. Así también, se tomaron medidas antropométricas (peso y talla) para obtener el Índice de Masa Corporal.

3) Una vez obtenidos los datos, se llevó a cabo la selección de la muestra mediante el criterio de inclusión; selección de figura ideal 1 ó 2 (siluetas en extremo delgadas) e IMC menor a 27.

4) Se aplicó el **programa de intervención RVHS** (estudio piloto), a la muestra de adolescentes seleccionada (n=40), dividido en la intervención mediante el programa de Realidad Virtual aplicado de forma individual y el entrenamiento de Habilidades Sociales aplicado mediante un taller grupal, como se describe a continuación:

a) Programa de Realidad Virtual: La intervención se llevó a cabo en dos sesiones, con las que se trabajó al inicio y al final de la intervención (sesión 1, 2, 6 y 7):

Sesión 1 y 6: Figura Real.

Esta consta de la aplicación de un cuestionario guía, con 15 preguntas y 2 lecturas relacionadas a la Imagen Corporal. En esta sesión se llevó a cabo el modelado del avatar en el programa virtual (computarizado), en el cual la adolescente navega, explora, selecciona y modela aquella figura que consideraba más cercana a su figura real.

Sesión 2 y 7: Figura Ideal.

En esta sesión, se siguió un cuestionario guía, con 12 preguntas y 2 lecturas relacionadas a la Imagen Corporal, mediante las cuales se trabajó la percepción de la figura deseada modelando el avatar en el programa virtual (computarizado), a través del que la adolescente navegó, exploró, seleccionó y modeló aquella figura que deseara tener, considerada como su figura ideal.

b) Programa de entrenamiento de Habilidades Sociales: La intervención se trabajó en tres sesiones; en donde, mediante dinámicas relacionadas a la reestructuración cognitiva, se intentó modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes de las participantes; como se explica a continuación:

Sesión 3:

- a) Las participantes identificaron su "voz negativa o crítica" al compartir sus experiencias de la habilidad para hablar ante un grupo.
- b) Las participantes identificaron algunos de sus pensamientos negativos, se les mostró una herramienta para la detención de estos pensamientos: "los mantras".
- c) Se exploró mediante la participación grupal el concepto y las principales habilidades sociales. Con el fin de identificar y discutir las habilidades sociales más problemáticas entre las integrantes del grupo. Quienes después las practicaron mediante *rol playing*.

Sesión 4:

Mediante diversas dinámicas se busca explorar problemáticas asociadas a Imagen Corporal y dar a conocer técnicas de reestructuración cognoscitiva.

- a) Se lleva a cabo una dinámica de imaginaria a través de la que las participantes identificaron algunos pensamientos negativos en relación a su imagen corporal, con los que se trabajó con el *cuestionamiento*, para que cada una de las participantes analizara su pensamiento e identificara si era racional o irracional.
- b) Se trabajó con el ABC de la Terapia Racional Emotiva (TRE), con el fin de que las participantes reconocieran algunos rasgos, buenos y malos, deseables e indeseables, y aprendieran a aceptarse así mismas.
- c) Mediante rol playing, se practicaron las estrategias de reestructuración, para que las participantes conocieran cómo mejorar sus interacciones.

Sesión 5:

Se incluyeron dinámicas relacionadas con el conocimiento de la opción asertiva como la alternativa más efectiva para mejorar las habilidades sociales, de igual forma, presentar y poner en práctica las técnicas defensivas del Entrenamiento de Habilidades Sociales.

- a) Se identificaron y debatieron algunas de las críticas que las participantes reciben por su peso o por la cantidad de comida que comen.

b) Se trabajó con ensayo conductual poniendo en práctica la opción asertiva, ayudándonos de técnicas de modelado, instrucciones y retroalimentación.

5) Se aplicaron las medidas pos-test (ambos cuestionarios).

RESULTADOS:

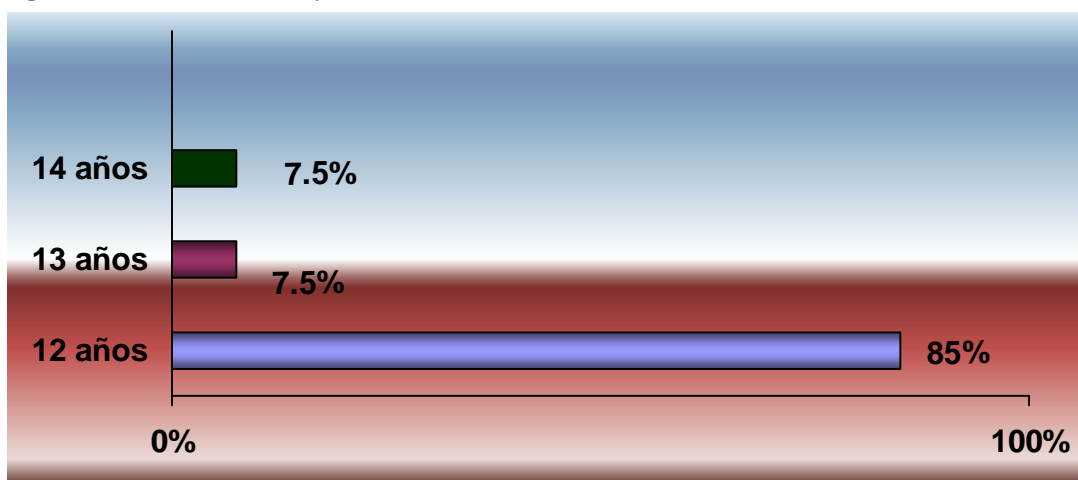
Para llevar a cabo el análisis de resultados se aplicó estadística descriptiva e inferencial. En la estadística descriptiva se analizó la distribución de las variables de interés. En el análisis estadístico inferencial se utilizó la prueba *t-student para muestras relacionadas* con el objetivo de comparar las mediciones *pre-test vs pos-test*.

Descripción de la muestra.

Edad.

Se trabajó con una muestra inicial no probabilística de N=93 mujeres adolescentes, de ésta se seleccionaron aquellas que reportaron el deseo de una figura ideal muy delgada (siluetas 1 y 2 sección figura ideal) y que cursaban primer grado de escuela secundaria pública, quedando una muestra final con N=40 chicas con un promedio de edad $X=12$ años y $DE=.57$ (ver fig. 1).

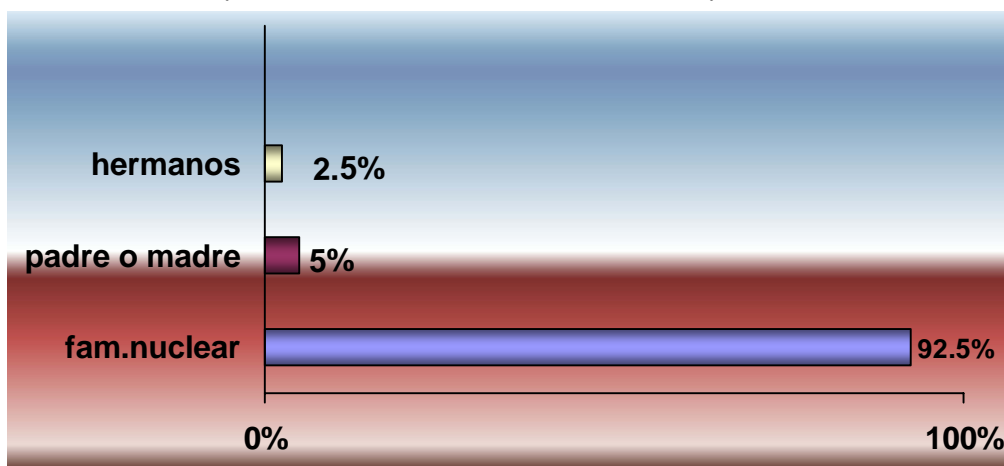
Fig. 1. Distribución porcentual de la variable edad de la muestra.



Con quién vive actualmente.

Como se observa en la fig. 2, las participantes, en su mayoría (92%) se encuentran viviendo con su familia nuclear. El porcentaje más bajo lo representan las participantes que viven sólo con sus hermanos (2%).

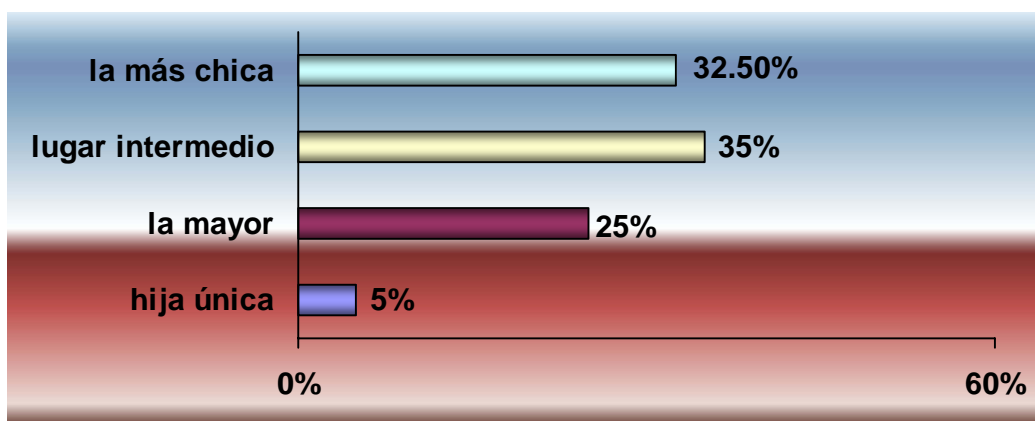
Fig. 2. Distribución porcentual de la variable: con quién viven actualmente:



Lugar que ocupa entre los hermanos.

Con respecto al lugar que ocupan entre sus hermanos, como se observa en la fig. 3, la mayoría de las participantes ocupan el lugar intermedio (35%), mientras que un porcentaje ligeramente menor (32%) respondió ser la hija más chica y sólo el 5% (porcentaje menor) lo representan aquellas que son hijas únicas.

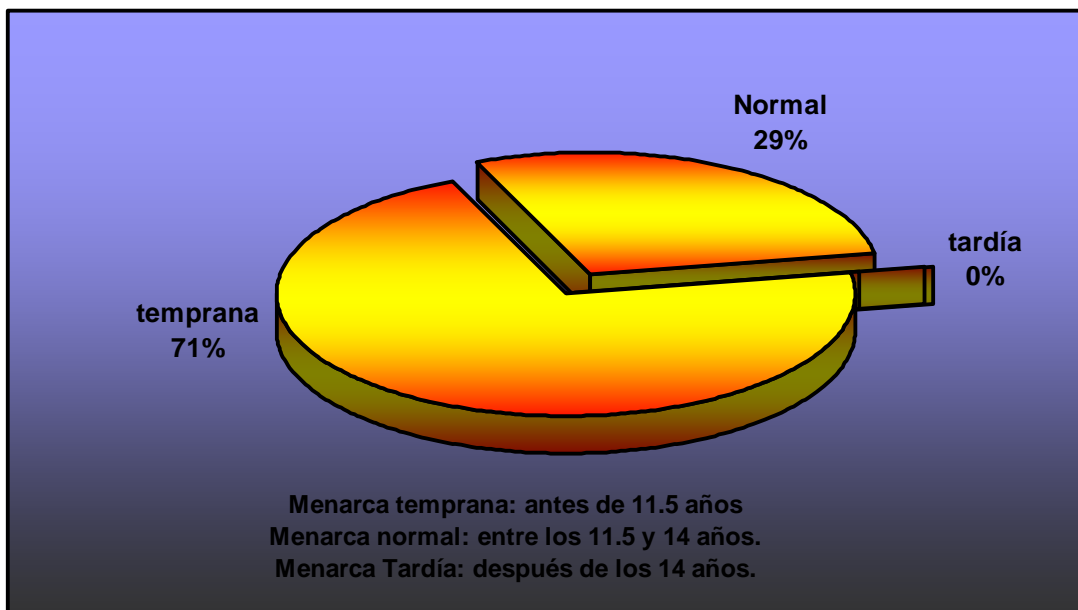
Fig. 3. Distribución porcentual de la variable: Lugar que ocupa entre sus hermanos:



Maduración Sexual.

De acuerdo con el análisis de frecuencias realizado en la variable *Maduración Sexual*, se encontró que a la mayoría de las participantes (71%) se ubicó en la categoría menarca temprana, mientras que sólo algunas de ellas (29%) están dentro de los rangos de normalidad (entre 11 y 14 años) y ninguna en tiempo retardado (0%) (fig. 4).

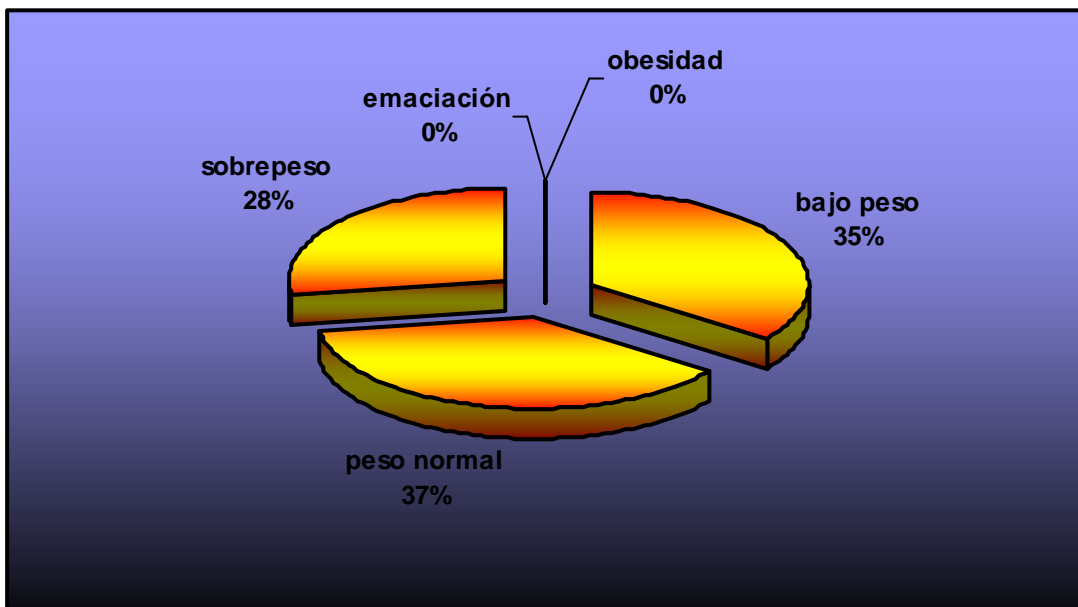
Figura 4. Distribución porcentual de la variable: *Maduración Sexual*.



Índice de Masa Corporal (IMC).

La figura 7 muestra el Índice de Masa Corporal en el que se ubican las participantes, reflejando que este se distribuyó dentro del rango "peso normal" (37%), "bajo peso" (35%) y sobrepeso (28%).

Figura 7. Análisis de Frecuencias de la variable: Índice de Masa Corporal (IMC).



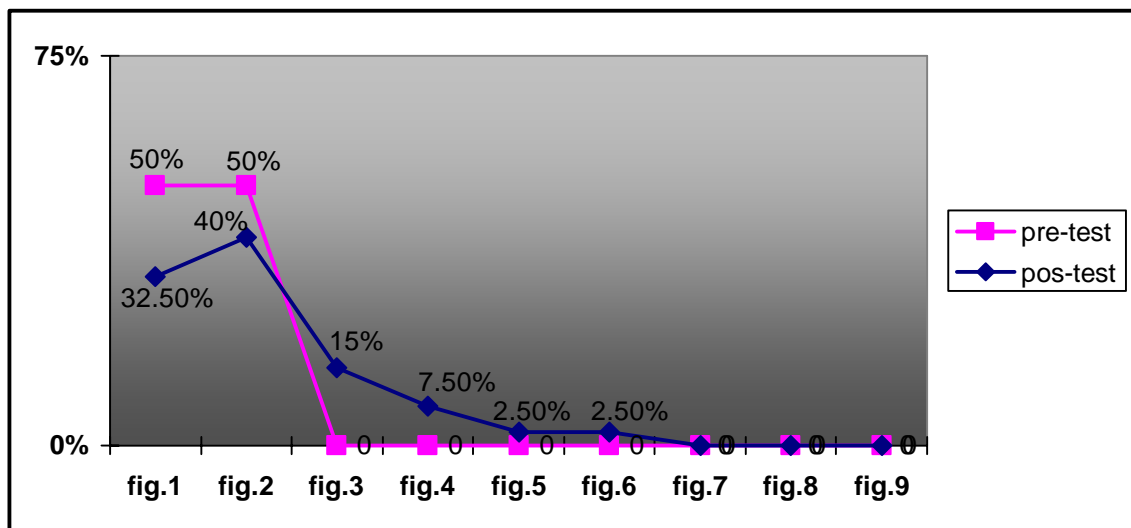
A. Análisis Estadístico de las variables asociadas con Imagen Corporal.

Con el objetivo de conocer la distribución de las variables antes y después de la intervención RVHS, se aplicó un análisis de frecuencias pre-test y pos-test.

a) Deseo de una Figura Ideal Delgada.

En la variable *Figura Ideal Delgada*, se observa en el pre-test, que de acuerdo al criterio de inclusión, todas las participantes eligieron las figuras más delgadas (fig. 1 y 2). En las respuestas obtenidas en el pos-test, se puede observar que la elección de las siluetas se distribuye de la figura uno a la seis, reflejando una tendencia a elegir una silueta más gruesa como figura ideal, resultado de la intervención (ver fig. 5).

Figura 5. Distribución porcentual pre-test/pos-test de la variable: Figura Ideal Delgada.



b) Insatisfacción con la Imagen Corporal.

En la tabla 1, se presenta la distribución porcentual de la variable *Insatisfacción con la Imagen Corporal*, En la medición pre-test se observa que el 37% de las adolescentes muestran satisfacción con su imagen corporal y el 62% refleja insatisfacción por la misma (en un rango del 1 al 8), la dirección de la insatisfacción es positiva, es decir, todas las participantes que están insatisfechas con su propia imagen, desean una silueta más delgada. En los valores del pos-test, pueden observarse resultados no esperados: la satisfacción en lugar de aumentar disminuye del 37% al 17%, al igual que la insatisfacción positiva (del 1 al 3 y del 4 al 5).

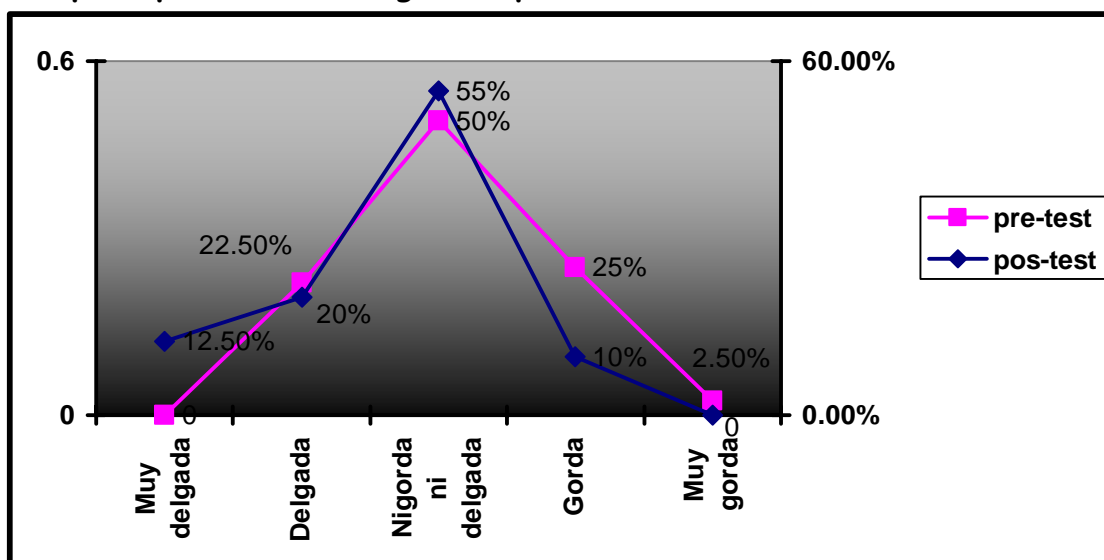
Tabla 1. Distribución porcentual pre-test/pos-test de la variable: Insatisfacción por la Imagen Corporal.

	Insatisfacción	Porcentaje
PRE	0	37.5%
	1 a 3	47.5%
	4 a 6	12.5%
	8	2.5%
	total	100%
POS	-1	12.5%
	0	17.5%
	1 a 3	52.5%
	4 a 5	17.5%
	total	100%

c) Autopercepción de la Imagen Corporal.

La figura 6 muestra la distribución de la variable *Autopercepción de la Imagen Corporal*, reflejándose en el pre-test, que la mitad de las participantes (50%) se percibían con peso normal "ni gorda ni delgada" y un poco más de la cuarta parte de ellas se sentía "gorda" (27%) antes de la intervención. Después de la intervención (medida postest), aumentó el nivel porcentual (55%) de chicas que no se sentían "ni gordas ni delgadas" (con peso normal) y disminuyó la auto percepción de la categoría "gorda" de una forma considerable (10%), observándose una clara mejoría como producto de la intervención.

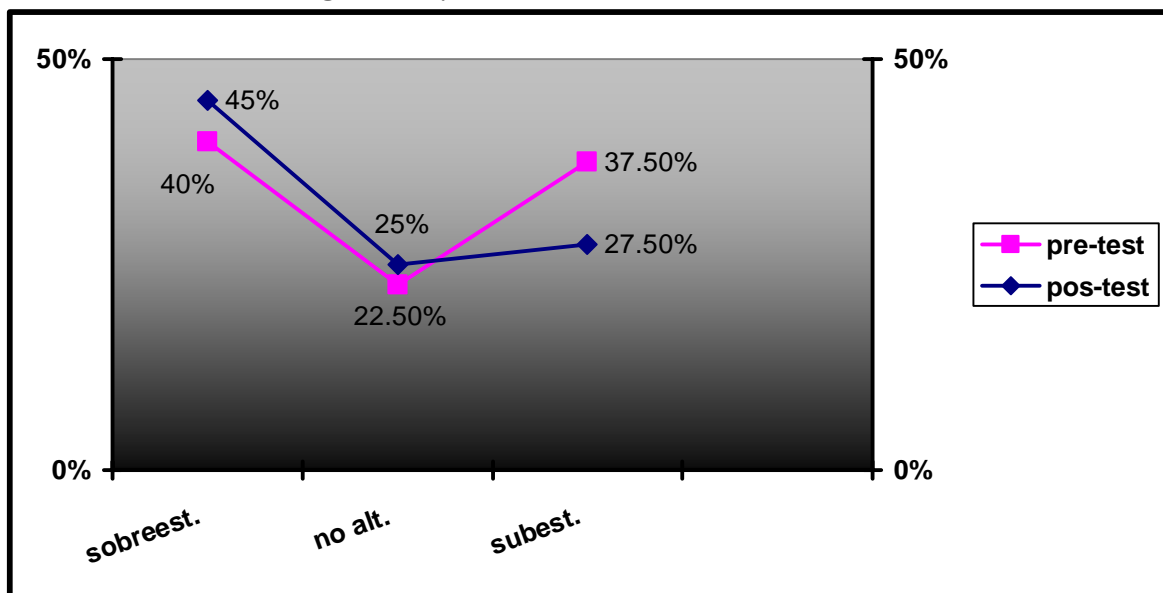
Figura 6. Distribución porcentual pre-test/pos-test de la variable: Autopercepción de la Imagen Corporal.



d) Alteración de la Imagen Corporal.

Como se puede observar en la figura 8, la distribución de la variable *Alteración de la Imagen Corporal* muestra que en la medición pre-test, el 40% de las participantes sobreestimaron su imagen, el 37% la subestimó y un 22% no presento alteración. En la medición pos-test, el 45% de las participantes sobreestimaron su imagen, el 27% la subestimaron y el 25% de ellas no presentaron problema. Es importante mencionar que después de la intervención disminuyó el porcentaje de chicas que alteraban su Imagen Corporal en un 3% y el de aquellas que estaban subestimando su Imagen en un 10%. Por otra parte, aumentó la sobreestimación de la Imagen en un 5%; Estos indicadores reflejan que después de la intervención se muestra una ligera mejora en esta variable, en el sentido de una disminución en la Alteración de la Imagen Corporal.

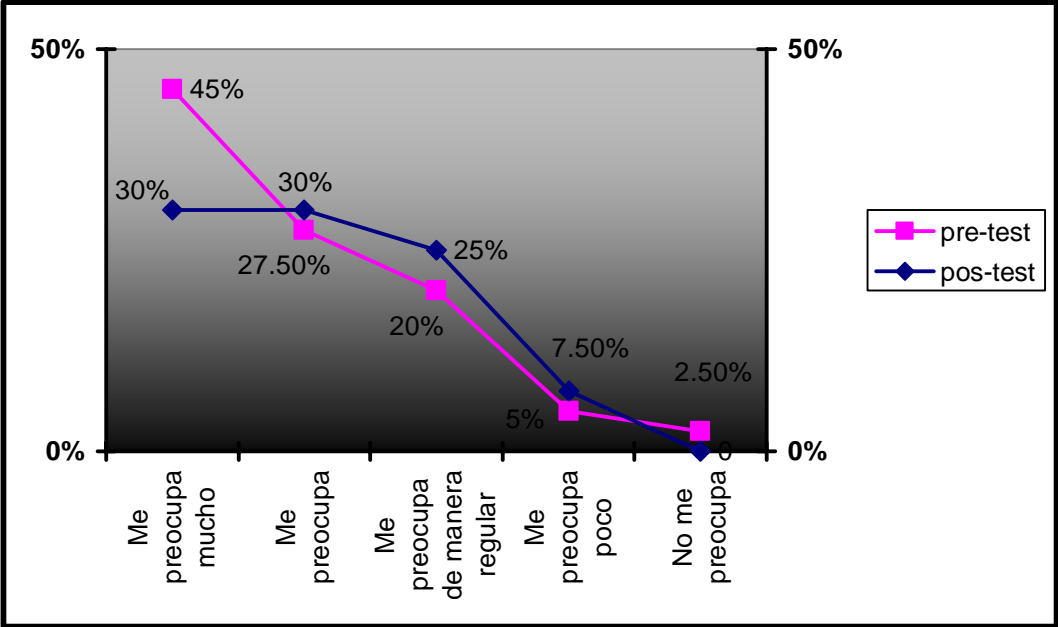
Figura 8. Distribución porcentual pre-test/pos-test de la variable: Alteración de la Imagen Corporal.



e) Actitud Negativa hacia la Obesidad.

La figura 9, muestra la distribución de las respuestas dadas a la variable *Actitud Negativa hacia la Obesidad*, de acuerdo con las respuestas del pre-test, el mayor porcentaje (45%) se concentra en la respuesta que refleja una alta preocupación por la obesidad. En el pos-test las respuestas de mayor preocupación representan el 30% (entre "me preocupa mucho y me preocupa") y se observan porcentajes de forma más dispersa entre las otras opciones de respuesta. Estos resultados muestran una disminución en la alta preocupación por llegar a estar gorda (me preocupa mucho) en un 15%, que es un reflejo de los cambios generados por la intervención.

Figura 9. Distribución porcentual pre-test/pos-test de la variable: Actitud Negativa hacia la Obesidad.



Análisis Estadístico inferencial para las variables relacionadas con imagen corporal.

Con el propósito de dar respuesta a los problemas de investigación, se aplicó la prueba *t-student para muestras relacionadas* entre las mediciones antes (pre-test) y después (pos-test) de la intervención, con el propósito de confirmar si existieron cambios estadísticamente significativos en la dirección esperada.

La tabla 3 muestra que se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre-test y pos-test, en las variables: Deseo de una Figura Ideal Delgada ($t(39) = -3.23, p < 0.05$), Autopercepción de la Imagen Corporal ($t(38) = -3.132, p < 0.05$) y Alteración de la Imagen Corporal ($t(38) = -3.132, p < 0.05$). Por otro lado, se encontró que no se produjeron cambios estadísticamente significativos, como producto de la intervención en las variables: Insatisfacción por la Imagen Corporal ($t(39) = -.453, p > 0.05$) y Actitud Negativa hacia la Obesidad ($t(36) = .973, p > 0.05$). Cabe resaltar que el criterio de calificación es: a mayor puntaje mayor problema, con excepción de la variable Deseo de una Figura Ideal Delgada, en la cual la normalidad se ubica entre los puntajes 4, 5 y 6.

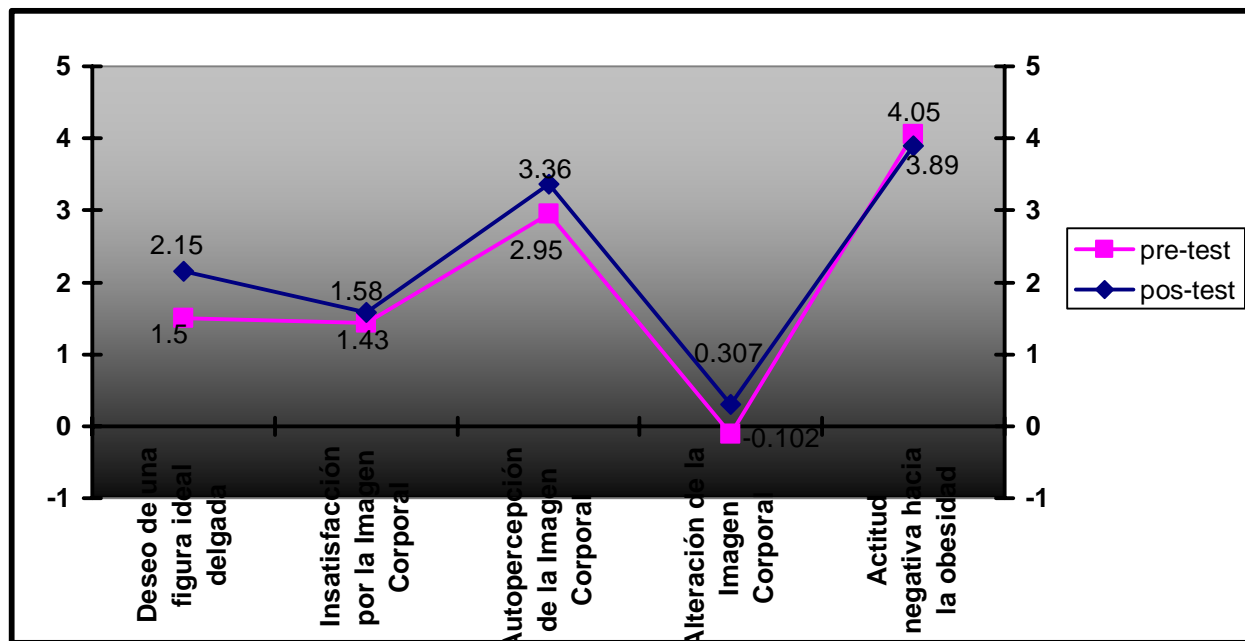
Tabla 3: Variables de estudio: Imagen Corporal.

Variable De estudio	Prueba t de Student para muestras relacionadas.				
	t	Grados de libertad	Sig. (2 colas)	media	
				pre	pos
Deseo de una Figura Ideal Delgada.	-3.23	39	0.003	1.5	2.15
Insatisfacción por la Imagen Corporal.	-.453	39	.653	1.43	1.58
Autopercepción de la Imagen Corporal.	-3.132	38	.003	2.95	3.36
Alteración de la Imagen Corporal.	-3.132	38	.003	-.102	.307
Actitud Negativa hacia la Obesidad.	.973	36	.337	4.05	3.89

Comparación de medias de análisis pre y pos-test de variables asociadas con Imagen Corporal.

Con el fin de hacer más explícitos los cambios generados por la intervención se presenta, en la figura 10, la comparación de las medias (pres-test/ pos-test) de las variables de estudio que representan los factores de riesgo presentes entre las participantes de esta investigación. Recordando los criterios de calificación (ver sección: *instrumento*) y que un aumento en el valor de las medias de las variables: Deseo de una Figura Ideal Delgada, Autopercepción de la Imagen Corporal y Actitud Negativa hacia la Obesidad reflejan un cambio en la dirección esperada; podemos observar de acuerdo a los valores de las medias arrojados que dichas variables mostraron cambios positivos después de la intervención; mientras tanto las variables: Insatisfacción por la Imagen Corporal y Alteración de la Imagen Corporal, reflejan sólo una tendencia al cambio en la dirección, debido a que los valores arrojados en los resultados se centran en un aumento en el valor de las medias y se esperaba una disminución de las mismas. Lo que nos indica que después de la intervención las chicas presentaron un cambio positivo en la percepción que tienen de su propio cuerpo, disminuyendo el ideal corporal de una figura delgada o muy delgada y por tanto la actitud negativa hacia la obesidad.

Figura 10. Comparación de medias de Variables de Estudio.



Relación de variables de Imagen Corporal: Cuestionario (lápiz-papel) vs. Programa Virtual.

Con el propósito de explorar la relación entre las variables relacionadas con Imagen Corporal del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) y el programa de Realidad Virtual RV (Gómez Pérez-Mitré, 2001), se aplicó la prueba de correlación de Pearson, obteniendo los siguientes resultados (tabla 4): se encontró una correlación positiva en las siguientes variables; el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calculó mediante los datos obtenidos del Cuestionario de Alimentación y el IMC que calculó el programa Virtual (1.000**), en la variable Alteración de la Imagen Corporal, que refleja una correlación positiva y significativa tanto antes (0.440**) como después de la intervención (0.482**), lo cual refleja que los resultados de la medición de éstas variables son las mismas, independientemente de si se utiliza el cuestionario o el programa de RVHS. Por lo contrario, las variables relacionadas con Figura Actual y Autopercepción de la Imagen Corporal dan como resultado una correlación estadísticamente no significativa tanto antes, como después de la intervención, lo que significa que son medidas diferentes. Estos resultados tienen sentido porque la medición con el Programa RVHS se hace en 3D, mientras que las del cuestionario son en 2D.

Tabla 4: Coeficientes de Correlación de las variables de Imagen Corporal del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) y el Programa de Realidad Virtual.

		CUESTIONARIO	
P R O G R A M A	Índice de Masa Corporal (IMC)	Correlación Significancia N	1.000** 0.0 40
	Figura Real (pre-test)	Correlación Significancia N	-0.050 0.761 40
	Figura Real (pos-test)	Correlación Significancia N	-0.085 0.606 39

V I R T U A L	Autopercepción de la Imagen Corporal. (pre-test)	Correlación Significancia N	0.037 0.823 40
	Autopercepción de la Imagen Corporal. (pos-test)	Correlación Significancia N	0.141 0.393 39
	Alteración de la Imagen Corporal (pre-test).	Correlación Significancia N	0.440** 0.004 40
	Alteración de la Imagen Corporal (pos-test).	Correlación Significancia N	0.482** 0.002 39

Análisis Estadístico de Variables de estudio del Registro de sesiones 1 y 2 de Realidad Virtual.

Con la finalidad de complementar el análisis del programa de Realidad Virtual se aplicó la prueba *t de student* a las variables cuantitativas obtenidas en la hoja de registro de sesiones 1 y 2. Los resultados más interesantes se presentan a continuación.

SESION 1: Registro de sesión de RV

En la tabla 6 se pueden observar las dos variables en las que se produjeron cambios estadísticamente significativos entre las medidas pre-test y pos-test de la sesión uno, en donde se trabajó "Figura actual": 1) Si estuviera en tus manos, del 0 al 4 qué tanto: te pesarías más frecuentemente ($t = (39) 2.372, p < 0.05$) y 2) ¿Qué tanto coinciden las partes de tu cuerpo que menos te gustan con el hecho de que son las que alteras? ($t = (39) -2.346, p < 0.05$). Por otra parte en las variables restantes, referidas al modelado del avatar del programa virtual y al cómo están percibiendo esas modificaciones en relación a la forma de su cuerpo, no se produjeron cambios estadísticamente significativos.

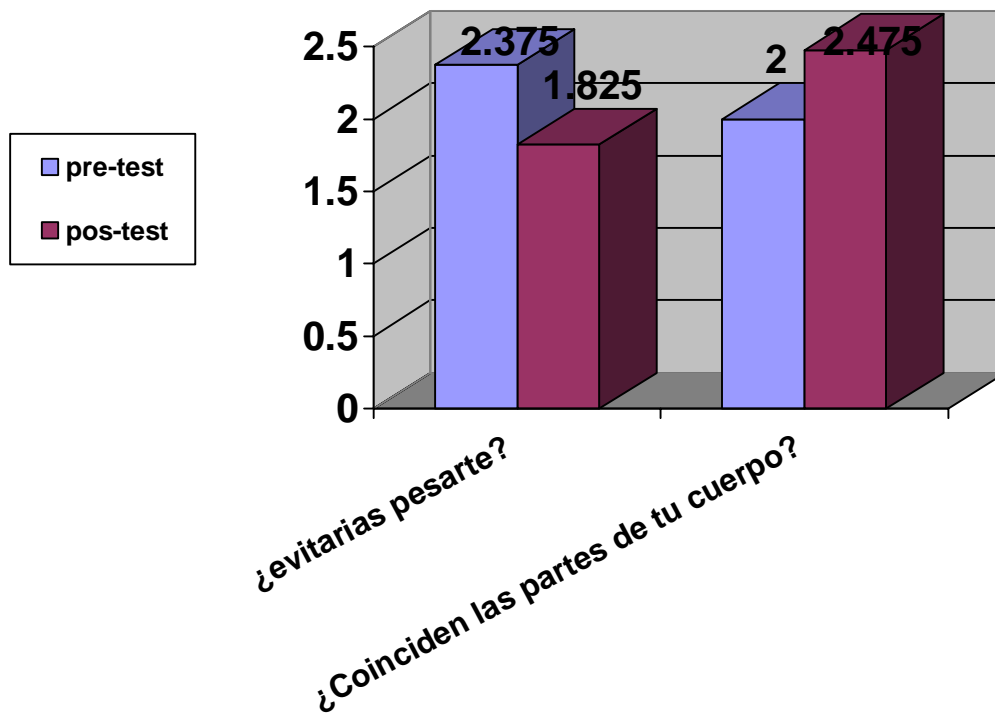
Tabla 6: Variables de estudio del Registro de sesión 1 de Realidad Virtual (lápiz-papel).

Variable De Estudio	Prueba <i>t de Student</i> para muestras relacionadas.				
	<i>t</i>	Grados de libertad	Sig. (2 colas)	media	
				pre	pre
Si estuviera en tus manos, del 0 al 4 qué tanto: te pesarías más frecuentemente	2.372	39	.023	2.375	1.825
Del 0 al 4: ¿Qué tanto coinciden las partes de tu cuerpo que menos te gustan con el hecho de que son las que alteras?	-2.346	39	.024	2.0	2.475

Comparación de medias de análisis pre-test y pos-test de Variables de estudio del Registro de sesión 1 de Realidad Virtual.

Con el fin de resaltar los cambios generados por la intervención del programa, la figura 12 muestra la comparación de las medias de las variables analizadas que presentaron cambios significativos. En donde, el valor de las medias indica que las participantes se pesarían con menor frecuencia y que ha aumentado la percepción de que las partes del cuerpo menos gustadas son las que más alteran, como resultado de la intervención del programa RVHS.

Figura 12. Medias de las variables significativas en el registro de sesiones de Realidad Virtual



SESION 2: Registro de sesión de RV

Después de haber realizado el análisis correspondiente (prueba *t de student*) a los datos de las variables que conforman la hoja de registro de la sesión dos, en la cual se trabajó "Figura Ideal", los resultados indicaron que el programa RVHS no muestra cambios significativos en la hoja de registro que acompaña al programa virtual.

B. Análisis Estadístico de Variables asociadas con Habilidades Sociales.

Se realizó un análisis estadístico (prueba *t de Student* para muestras relacionadas) con los resultados de las variables asociadas con Habilidades Sociales, con el fin de probar si se produjeron cambios estadísticamente significativos después (pre-test/pos-test) de la intervención RVHS. Los Resultados que se muestran a continuación (ver tabla 5) indican que, en general, no hay cambios estadísticamente significativos en cuanto a las Habilidades Sociales en su puntuación global ($t(39) = -.983, p > 0.05$). Sin embargo en el análisis por factores, se encontró que los factores: 4 (dificultad para expresar enfado o desacuerdo) ($t(39) = -.983, p < 0.05$) y el factor 6 (cortar interacciones) ($t(37) = 2.476, p < 0.05$), presentaron diferencias estadísticamente significativas. Mientras que no se produjeron dichas diferencias en: 1) el factor 1 que representa la dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales ($t(37) = -.755, p > 0.05$), 2) factor 2 dificultad para relacionarse con el sexo opuesto ($t(34) = -1.706, p > 0.05$), 3) factor 3 evitación o dificultad para dar y recibir negativas (corrige el nombre) ($t(37) = -.566, p > 0.05$), 4) factor 5 referido a la defensa de derechos como consumidor ($t(37) = .817, p > 0.05$) y 5) el factor 7 relacionado a decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos ($t(36) = -1.920, p > 0.05$).

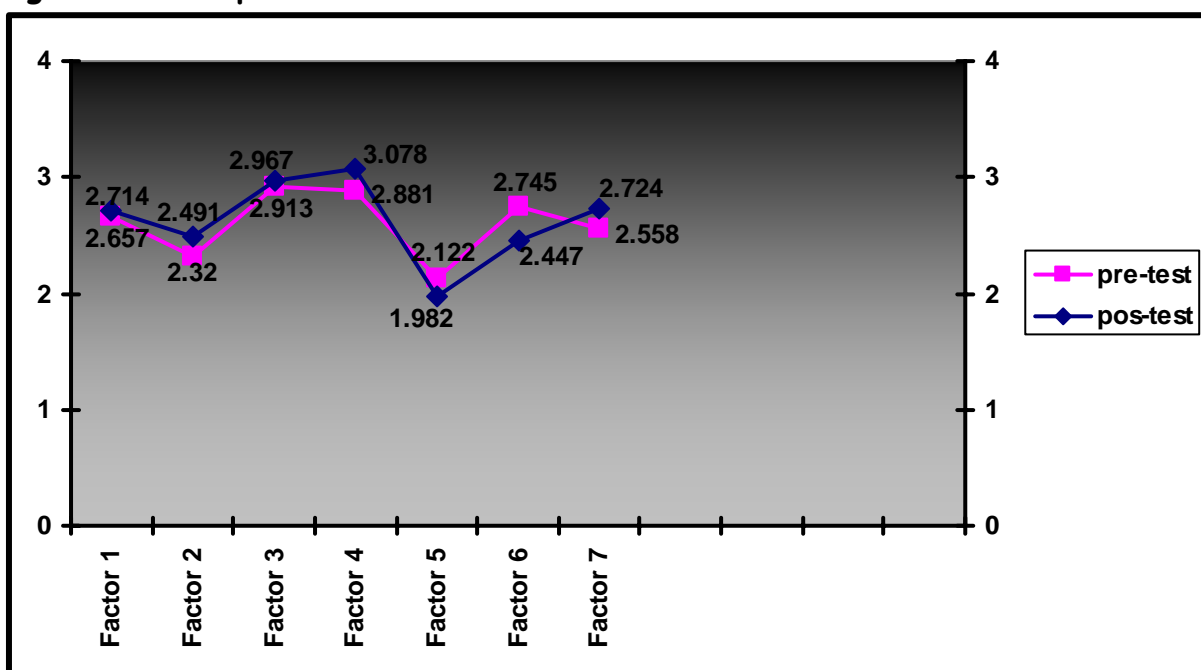
Factor 7.	-1.920	36	.063	2.558	2.724
Variable De estudio	Prueba t de Student para muestras relacionadas.				
	t	Grados de libertad	Sig. (2 colas)	media	
				Pre	pos
Habilidades Sociales	-.983	39	.332	2.6	2.659
Factor 1.	-.755	39	.455	2.657	2.714
Factor 2.	-1.706	34	.097	2.320	2.491
Factor 3.	-.566	36	.575	2.913	2.967
Factor 4.	-2.135	37	.039	2.881	3.078
Factor 5.	.817	37	.419	2.122	1.982
Factor 6.	2.476	37	.018	2.745	2.447

Tabla 5: Variables de estudio: Habilidades Sociales.

Comparación de medias de análisis pre-test y pos-test de factores de Habilidades Sociales.

Con el fin de hacer más explícitos los cambios generados por la intervención en las variables relacionadas con Habilidades Sociales, se presenta en la figura 11, la comparación de las medias por factor antes y después de la intervención. Los valores de las medias reflejan un cambio en la dirección esperada sólo en los factores 5 y 6 (nombre de los Fac.). Cabe recordar que el criterio para interpretar la presente escala es "a mayor puntaje mayor problema". Del presente análisis se puede concluir que después de la intervención las chicas mostraron una mejora considerable para defender sus derechos como consumidor y para cortar interacciones.

Figura 11. Comparación de medias de Factores de Habilidades Sociales.



Factores de Habilidades Sociales.

Factor 1. Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales.
Factor 2. Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto.
Factor 3. Evitación o dificultad para dar y recibir negativas.
Factor 4. Dificultad para expresar enfado o desacuerdo.
Factor 5. Defensa de derechos como consumidor
Factor 6. Cortar interacciones.
Factor 7. Decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de la presente investigación fue determinar si una intervención apoyada en un Programa de Realidad Virtual y desarrollo de Habilidades Sociales (programa RVHS) disminuye factores de riesgo asociados con imagen corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en mujeres adolescentes.

Resulta importante señalar que, en otros países como España algunos autores (Baños, Botella y Perpiña, 2000; Botella, 2001; Perpiña, Marco, Botella y Baños, 2003) han estudiado la relación existente entre los Programas Virtuales y el tratamiento de los Trastornos Alimentarios. Sin embargo, en nuestro país esta línea de investigación representa un primer intento por encontrar una herramienta adecuada para la intervención de los TCA relacionados con la imagen corporal.

Se trabajó con una muestra total inicial no probabilística (N=93) formada por mujeres adolescentes estudiantes de primer grado de secundaria, de la cual se seleccionaron aquellas que reportaron el deseo de una figura ideal delgada y muy delgada (elección de figura 1 o 2 "sección C" del Cuestionario de Alimentación y Salud) y que tenían un IMC menor a 27. La muestra experimental quedó formada con n=40 estudiantes que se sometieron a la intervención mediante el programa RVHS. La edad promedio de las participantes fue de $x=12$ años y $DE= 0.57$. Las participantes en su mayoría (71%) tuvieron su primera menstruación antes de los 11 años (menarca temprana), mientras que sólo algunas de ellas (29%) la presentaron entre los 11 y 14 años (menarca normal); datos que resultan ser contrastantes a los encontrados por Pineda (2000), quien trabajó con una muestra N=280 estudiantes de sexo femenino, encontrando que la mayoría de las chicas presentaban menarca normal. Lo que refleja que a través del tiempo los cambios psicofisiológicos que presentan las chicas son más rápidos y notorios,

los cuales podrían estar dependiendo de los cambios socioculturales como los hábitos de alimentación y ejercicio promovidos en los medios de comunicación.

Como ya se documentó en el Capítulo 2 del presente trabajo, los factores de riesgo que pueden desencadenar un TCA son muy variados y de origen multifactorial. Entre los factores de riesgo con carácter psicológico se encuentran: la motivación para adelgazar, manifestándose por una excesiva preocupación por la dieta y el peso, miedo a engordar, insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y sentimientos generales de inadecuación, inseguridad e inutilidad (Gómez Pérez-Mitre, 1997 y 1998; Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999).

Para fines de la presente investigación se trabajó con los factores de riesgo relacionados con imagen corporal: Deseo de una figura ideal delgada (Gómez Pérez-Mitre, 1997), insatisfacción por la Imagen Corporal (Bruchon-Schweitzer, 1992 y Gómez Pérez-Mitre, 1997), Autopercepción de la Imagen Corporal (Bruchon-Schweitzer, 1992), Alteración de la Imagen Corporal (Gómez Pérez-Mitre, 1995) y Actitud Negativa hacia la obesidad (Rodríguez, 2003).

En lo que se refiere a los Factores de Riesgo relacionados con Imagen Corporal, se presentaron cambios estadísticamente significativos en las variables: Deseo de una Figura Ideal Delgada, Autopercepción de la Imagen Corporal y Alteración de la Imagen Corporal. Cabe señalar que aunque en la variable Alteración de la Imagen Corporal las medias no favorecen los cambios positivos, los porcentajes reflejan un incremento de participantes que no alteraron su propia imagen (ver figura 8).

El valor de las medias obtenidas antes (pre-test) de la intervención (aplicación del programa RVHS) y después de la misma (pos-test), mostraron mejora en la dirección esperada en las variables: Deseo de una Figura Ideal Delgada, Autopercepción de la imagen corporal (en estas dos estadísticamente significativas) y Actitud Negativa hacia la Obesidad.

Estos resultados permiten inferir que las participantes modificaron el deseo por tener una figura muy delgada, mostrando una tendencia hacia la elección de una silueta normopeso. Así también, las participantes se percibieron de una manera más congruente a su tamaño real y por tanto, alteraban en menor grado

el tamaño de su cuerpo. Estos resultados dan respuesta al problema de investigación planteado en el presente estudio, en el cual se observa que el programa RVHS disminuye algunas de las variables de estudio asociadas con imagen corporal. Sin embargo, los resultados observados en las variables que presentaron cambios no esperados, permiten realizar los ajustes al presente estudio piloto retomando las bondades del mismo.

Los resultados anteriores concuerdan con estudios antecedentes, en donde se han reportado mejoras en el descontento con el cuerpo como producto de una intervención que implementa la autoestima como un factor protector en el desarrollo de los TCA (O'Dea, 2004). Otro estudio realizado en población mexicana, en el cual, se implementó la técnica de disonancia cognoscitiva como estrategia de prevención de TCA comparada con técnicas psicoeducativas, se encontró que las participantes del grupo disonante mantuvieron los niveles sin riesgo en las variables relacionadas con imagen corporal (Pineda 2006). De la misma manera, Perpiña, Marco, Botella y Baños (2003) realizaron un estudio mediante un programa cognitivo conductual (TCC) seguido de la aplicación de Realidad Virtual (RV) para el estudio de las alteraciones de la imagen corporal, se observó mejora no sólo de su imagen corporal sino también directamente en la psicopatología estudiada (anorexia).

Estos hallazgos adquieren una importancia invaluable si se atiende al estudio realizado por Vaschenko (2005), quien analiza el problema de las mujeres modernas de supervalorar la apariencia física y el establecimiento de un cuerpo ideal delgado establecido por la presión social, cuestión que ha llevado a que los trastornos alimentarios ocupen el tercer lugar dentro de las enfermedades crónicas que desarrollan las jóvenes.

Por otra parte, se encontró que no se produjeron cambios significativos, como producto de la intervención en las variables: Insatisfacción con la Imagen Corporal y Actitud Negativa hacia la Obesidad. Estos resultados nos indican que, a pesar de haber modificado la percepción del tamaño corporal, las adolescentes siguen presentando un rechazo por la imagen corporal con normopeso, gruesa u obesa.

El rechazo hacia la imagen corporal gruesa y la actitud negativa hacia la obesidad son un elemento de difícil abordaje en la prevención de los TCA. En algunos estudios se ha encontrado que los niños preescolares (entre 5 y 6 años)

independientemente de su sexo, presentan insatisfacción por la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad (Téllez, 2002). Así también, Alvarado y Moreno (2000) realizaron un estudio con niños de ambos sexos entre 6 y 9 años, se encontró que a esta corta edad ya existe la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, actitud negativa hacia la obesidad, preocupación por el peso corporal, insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la imagen corporal, factores que se consideran de alto riesgo para el desencadenamiento de los TCA. De igual forma, Gómez Pérez-Mitre (1997) realizó una investigación en la que reportó que en los preadolescentes se presenta: distorsión e insatisfacción con la imagen corporal y una fuerte motivación y disposición favorable hacia la delgadez. Lo que refleja que la insatisfacción por la imagen corporal, así como la actitud negativa hacia la obesidad, tienen sus inicios desde edades muy tempranas, por tanto, dichas variables son difíciles de modificar y representan un gran reto para las futuras investigaciones.

Al observar los datos obtenidos mediante el análisis de correlación de Pearson, entre el cuestionario del programa virtual en las variables: Índice de Masa Corporal (IMC), Figura Real, Autopercepción de la Imagen Corporal y Alteración de la Imagen Corporal, se encontró una relación consistente entre la variable IMC que se calculó mediante los datos obtenidos en el cuestionario lápiz-papel y el IMC calculado por el programa virtual. Así también, en la variable de Alteración de Imagen Corporal en ambos instrumentos. Por otra parte, se encontró que el programa virtual no se correlaciona en las variables Figura Real y Autopercepción de la Imagen Corporal con el cuestionario lápiz papel. Lo cual significa que cada instrumento tiene sus particularidades y que evidencian el contraste de los datos obtenidos, sin descartar la relación que muestran ambos instrumentos para la modificación de las conductas de las chicas.

Por su parte Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Pineda y Tafoya (2000), realizaron un estudio en donde fundamentan dos modalidades diferentes de aplicación (instrumento lápiz y papel e instrumento computarizado) para medir imagen corporal, concluyendo que el instrumento computarizado correlaciona satisfactoriamente con el instrumento de papel y lápiz en la medición de las variables asociadas con imagen corporal (satisfacción, alteración, figura ideal, figura actual, autopercepción del peso corporal, Índice de Masa Corporal, peso y talla y partes corporales actuales e ideales), consideradas como factores de

riesgo en trastornos de la alimentación. Contrastando con los datos obtenidos en la presente investigación, se puede concluir que los instrumentos utilizados, muestran menor correlación. Cabe destacar que la presente investigación representa un estudio piloto y los resultados obtenidos darán pauta e indicarán la dirección que deben tomar las modificaciones para una posterior aplicación.

En lo referente a las variables asociadas con Habilidades Sociales se encontró que, en general, no hay cambios en su puntuación global, es decir, el programa RVHS no presenta mejoras en ésta área. Sin embargo en el análisis por factores, se encontró que los factores: 4 (dificultad para expresar enfado o desacuerdo) y el factor 6 (cortar interacciones) presentan cambios estadísticamente significativos como producto de la intervención. Mientras el factor 1 que representa la dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales; factor 2 dificultad para relacionarse con el sexo opuesto; factor 3 evitación o dificultad para dar y recibir negativas; factor 5 referido a la defensa de derechos como consumidor y el factor 7 relacionado a decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos no reflejaron diferencias significativas como producto de la intervención. Aunque después de la intervención las chicas no mostraron ser habilidosas socialmente en los factores ya mencionados si presentaron una mejora considerable para la expresión de enfado o desacuerdo ante sus amigos y/o conocidos y en la limitación de sus interacciones de acuerdo a sus intereses.

Estos resultados pueden encontrar explicación en el fundamento teórico práctico señalado por Caballo (1995) quien menciona que los programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales tiene eficacia si su duración se extiende al menos a 10 sesiones en un periodo de 8 a 12 semanas y el número de los integrantes es de 8 a 12. En la presente investigación se implementó un número limitado de sesiones de EHS (3 sesiones) con un número mayor de participantes (n=20 participantes por grupo), buscando reducir tiempo y con esto costos. Sin embargo los resultados muestran la necesidad de mayor investigación para determinar si se requiere un mayor número de sesiones.

Estos datos proponen que las chicas que presentan Factores de Riesgo en TCA no han desarrollado adecuadamente sus Habilidades Sociales y el programa de intervención aquí propuesto (RVHS) no mejora en general estas, aunque si refleja cambios importantes en la actitud sobre su Imagen Corporal.

La aportación teórica más importante del presente trabajo consiste en la propuesta de conjuntar dos técnicas distintas en la prevención de TCA y explorar el impacto que tienen en la disminución de los factores de riesgo asociados a los mismos. Los Programas Virtuales que proporcionan una visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales, en el que los(as) participantes puedan navegar e interactuar con él modificándolo de cualquier forma (Granddecki, 1996) y el EHS que implica la modificación de conductas emitidas en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, las actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986).

Con base en los hallazgos encontrados como resultado de esta investigación y tomando en cuenta que este estudio representa una primera aproximación a esta problemática, se puede concluir que:

- ✦ El Programa RVHS aquí propuesto, disminuye considerablemente los factores de riesgo asociados con la imagen corporal en TCA en mujeres adolescentes. Mostrando un impacto significativo en los referidos al Deseo de una Figura Ideal Delgada, la Autopercepción de la Imagen Coporal y la Alteración de la Imagen Corporal.
- ✦ El programa RVHS no mejora las Habilidades Sociales de una forma global, sólo ayuda a desarrollar la expresión de enfado o desacuerdo y a limitar interacciones de acuerdo a los intereses de las chicas.

Sugerencias y Limitaciones.

Con base en los resultados obtenidos se sugiere:

- ✦ La aplicación de un mayor número de sesiones para el Taller de Habilidades Sociales, con el fin de mejorar la comprensión y práctica de estas entre las participantes.
- ✦ Analizar las dinámicas y preguntas del cuestionario de Realidad Virtual en sus diferentes secciones y realizar las modificaciones derivadas del presente estudio piloto.

- ✦ Incluir un grupo control para comprobar que los resultados son producto de la intervención.
- ✦ Implementar medidas de seguimiento para probar el efecto de la intervención a través del tiempo.
- ✦ Probar la eficacia del Programa Virtual y el Taller de Habilidades Sociales por separado.
- ✦ Por último, implementar programas de salud con estrategias preventivas en esta línea de investigación, en escuelas públicas y privadas dirigidos a adolescentes mujeres que representan la población más afectada, observándose la gran necesidad de los mismos.

REFERENCIAS.

Alvarado, G. y Moreno, L. (2000). Socialización familiar alimentarla como factor de riesgo en los trastornos de alimentación. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

Anderson, D. y Browe, W. (1960). *Nutrition and family health*. Philadelphia: London.

Arellano, E. (2003). Satisfacción con la imagen corporal y autoestima en niños y niñas de escuelas públicas. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

Argyle, M. y Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in experimental social psychology*. 3, 55-98.

Argyle, M., Trower, P. y Bryant, B. (1994). Explorations in the treatment of personality disorders and neurosis by social skill training. *British journal of medical psychology*. 4, 63-72.

Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.

Asociación Psiquiátrica Americana (2003). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Baños, R., M., Botella, C. y Perpiña, C. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de la Realidad Virtual*. Valencia: Promolibro.

Beck, D., Casper, R. y Andersen, A. (1996). Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of presentation. *Internacional journal eating disorders*. 20, 239-395.

Blanco, A. (1982). *Evaluación de las habilidades sociales*. Madrid: Pirámide.

Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1985). The effects of delayed menarche in different contexts dance and nondance students. *Journal of young adolescent*, 4, 285-300.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del Cuerpo*. Barcelona: Heder.

Botella, C. (2001). Desarrollo de un componente específico para la imagen corporal en el tratamiento general de los trastornos alimentarios. Aplicación por medio de métodos estándares y de realidad virtual. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III: Subdirección General de Fondo de Investigación Sanitaria*.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*. 24, 287-194.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992), *Psicología del cuerpo*, Barcelona: Herder.

Braguinsky, J. (1996). *Obesidad*. Argentina: El ateneo.

Beck, A. (1972). *Depresion : Causes and treatment*. Philadelphia. P. A. Center for Cognitive Therapy.

Buddeberg-Fischer, B. y Reed, V. (2001). Prevention of disturbed eating behavior an intervention program in swiss high school classe. *Internacional journal eating disorders*. 1, 109-124.

Caballo, E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J. A. I. Carboles (Eds.): *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*. 3ª. Ed. (pp. 553-595). Madrid: Pirámide.

Caballo, E. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V. J. y Fairburn, C. G. (en preparación). Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good? *International journal of eating disorders*.

Chinchilla, M. (1995). Nuevas generaciones en neurociencias. *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.

Casanueva, E. (1992). Lambert Adolphe Jaques Quetelt. Vidas que trascienden. *Cuadernos de Nutrición*. 15, 42-5.

Cassandra, E. y Rincón, F. (1969), *La imagen corporal su valoración y su aplicación en la psicología contemporánea*. México: Trillas.

Cooper, M. J., Anastasiades, P. y Fairburn C. G. (1992). Selective processing on eating-shape, and weight related words in person with bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology*. 101, 352-355.

Cooper, M. J. y Fairburn, C. C. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behavior research and therapy*. 30, 501-511.

Cooper, M. J. (1996). Bias in interpretation on ambiguous scenarios in eating disorders. *Behavior research and therapy*. 35, 619-626.

Costa, M., López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Roca.

Cruz, A. D. y Estrada, M. F. (2001), Factores de riesgo en trastornos alimentarios, imagen corporal; atribución, autoestima en relación con el peso corporal en adolescentes. Tesis de licenciatura en. Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México: UNAM.

Dalle, R. (2003). School-based prevention programs for eating disorder: achievements and opportunities. *Disorder manager health outcomes*. 11, 579-593.

De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (1997). *Salud mental en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Dion, K., Berscheid, E. y Walter, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of personality and social psychology*, 24, 285-290.

Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

Duarte, C. A. (1998). *Ginecología de la niña y de la adolescente*. Colombia: Salvat.

Dubos, R. (1975). *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica.

Feixas, G. (1993). *Aproximación a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Frías, O. (2002). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Paidós.

Furnham, A. (1992). *Habilidades sociales*. En R. Harré y R. Lamb: Diccionario de Psicología Social y de la personalidad. Barcelona: Paidós Ibérica, p.215.

García-Camba, E. (2002) *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: MASSON.

Garfinkel, P. Moldofsky, H. Gamer, D. Stancer, H. y Coscina, D. (1978), Body awareness in anorexia nerviosa, disturbances in body image and satiety. *Psychosomatic Medicine*. 6,487 - 498.

Gil, F. y Leon, J. (1995). *Habilidades Sociales y Salud*. Madrid: Pirámide.

Gil, F. y Leon, J. (1998). *Habilidades Sociales: teoría, investigación e intervención*. Madrid: Síntesis.

Gismero-Gonzales, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. México: Ortega.

Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudes asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. *Investigación psicológica*. 1, 95-112.

Gómez Pérez-Mitre, G. (1995). Peso real, Peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 2, 185-197.

Gómez Pérez-Mitre, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista mexicana de psicología*. 1, 31-40.

Gómez Pérez-Mitre, G. y Saucedo, M. (1997). Validez diagnóstica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. *Acta pediátrica mexicana*. 3, 103-110.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desordenes del comer: imagen corporal en México. *La psicología social en México*. 7, 277-283.

Gómez Pérez-Mitre, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 1, 153-165.

Gómez Pérez-Mitre, G. y Acosta, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y salud*. 1, 35-58.

Gómez Pérez-Mitre, G., Granados, A., Jáuregui, J., Pineda, G. y Tafoya, S. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: versión computarizada y de papel y lápiz. *Revista Mexicana de Psicología*. 1, 89-99.

Gómez Pérez-Mitre, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Facultad de Psicología: UNAM.

Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. y Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 3, 313-324.

Gómez Pérez-Mitre, G., Pineda, G., Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. y Leon, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 1, 125-132.

González, L., Lizano, M. y Gómez Pérez-Mitre, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 1, 117-126.

Gradecki, J. (1996). *Realidad Virtual: la última frontera*. Madrid: Abeto.

González, A. (2003). Relación entre estilo de crianza y factores de riesgo de la conducta alimentaria en adolescentes. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

Graig, J. (1992). *Desarrollo Psicológico del Niño*. México: Mc Graw Hill.

Graig, H. Nieman, C. y Jonson (1993). Relationship between body fat among collage male varsity athletes. *Perceptual and skills*. 4, 851-857.

Helms, D. y Silvernier, J. (1976). *Exploring child behavior*. London: Saunder Company.

Hersen, M. y Bellack, T. (1977). *Assesment of social skills. Hanbook for behavioral assesment*. New York: Wiley.

Hoffman, L., Scotty P. y Hall, E. (1993). *Psicología del desarrollo hoy*. Buenos Aires: Mc-Graw Hill.

Illich, I. (1978). *Némesis médica*. México: Planeta.

Johnston, Y. (1998). Atribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

Kelly, J. (1987). *Entrenamiento de las habilidades sociales: Guía práctica para la intervención*. Bilbao: Descle de Brouwer.

Kenneth, L., Jones, L. y Shain, B. (1996). *Food diet nutrityon*. Gran Bretaña: Pugamon.

Lebow, M. (1983). *Obesidad infantil, una nueva frontera de la terapia conductual*. Barcelona: Paidos.

León, Y. (1998). Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria: Percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

León, H. (2000). Alteración de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso (obesidad-peso bajo). Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

León, H. (2005). Desarrollo y evaluación de modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: Técnicas asertivas/ habilidades sociales y psicoeducativas. Proyecto Doctorado en proceso: UNAM.

Libert, J. y Lewisohn, P. (1973). Concepto of social skills with special referente to the behavior of depressed persons. *Journal of consulting and clinical psychology*. 4, 304-312.

Littleton, H. y Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be preventes?. *Clinical child and family psychology review*. 1, 52-66

Lozanitos, M. y Pinto, B. (2003). Autoeficacia en el comportamiento interpersonal de mujeres adolescentes con indicadores de trastornos alimentarios. *Revista iberoamericana de educación*. 1, 113-129.

Lynn, J. (2005). Disordered eating and gender socialization in independent-school enviroments. A multilevel mediation model. *Ambulatory care manage*. 1, 30-40.

Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E., Álvarez, G., López, X. y Roman, M., (1999). Factores de riesgo en trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología* . 1, 34-40.

Mancilla, J., Mercado, L., Maríquez, E., Álvarez, L., López, X. y Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*. 1, 37-46.

Markus, H. Hamill, R. y Sentis K. P. (1987): Thinking fat: Self-schemas for body weight and the processing of weight relevant information. *Journal of Applied Social Psychology*. 17, 50-7.

Mathews, A. (1983). Anxiety and its management. En R. Gaird y B. Hudson (dirs.), *Current themes in psychiatry, vol. 3*. Nueva York: S. P. Publication
Ministerio de Sanidad y Consumo (1995): *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Instituto Nacional de Salud.

Martín, A., García de Pablos, C. y Díaz, F. (2004). Salud mental infantil y hospital de día. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 2, 114-126.

Matínez, M. (1996). *La salud del niño y del adolescente*. Federación de pediatría centro occidente de México. México: Masson-Salvat.

Marquez, J., Alvarado, R. y Malfanti, I. (2001). *Introducción práctica a la realidad virtual*. Chile: Universidad del Bio-Bio.

Mora, M. y Raich, M. (1993), Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de psiquiatría*. 3, 113-135.

Morales, C. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.

O' Dea, J. (2004). Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *International journal of eating disorder*. 12, 225-239.

Organización Mundial de la Salud (1978). *Asamblea Mundial de la Salud*. Barcelona: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1984). *Glosario OMS*. Promoción de la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa*. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Canadá: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. República de Indonesia: OMS.

Perpiñá, C., Marco, J., Botella, C. y Baños, R. (2003). Tratamiento de las alteraciones de la Imagen Corporal en los trastornos alimentarios mediante realidad virtual: un estudio de caso. *Revista Internacional de Psicología, Clínica y Salud*. 2, 4.

Phillips, E. (1978). *The social skills bases of psychopathology*. Londres: Grune and Stratton.

Pineda, G. (1999). Imagen corporal Asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes: Tesis de Licenciatura no publicada. UNAM.

Pineda, G. (2006). Estrategias preventivas de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Tesis Doctoral: UNAM.

Petit, P., De la Corte, N. y Astral, M. (2002) Programa de detección precoz y prevención de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) con adolescentes de 12-14 años escolarizados en IES públicos de Getafe (Madrid). *Psiquiatría noticias*. 4, 3.

Prette, Z. y Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. México: Manual Moderno.

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid.

Restrepo, F. (1992). Atención primaria de salud: Un reto para la psicología en Colombia. *Psicología de la salud en Colombia*. 1, 8-19.

Richter, J. (1996). *The virtual reality modeling language specification. Version 2.0*. Estados Unidos: Microsoft Word.

Rodín, J. (1992). *Las trampas del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

Rodríguez, S. (1999). Prevención en trastornos del comportamiento alimentario. XV Congreso Argentino de Psiquiatría. *El individuo: Las redes biológicas y las redes sociales*. (APSA) Mar del Plata: Interpsiquis, 2003.

Rodríguez, D. R. (2003). Afrontamiento al estrés y factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de psicología: UNAM.

Rubio, V., (2003). Relación entre autoestima e imagen corporal. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Psicología: UNAM.

Ruiz-Lázaro, P. M. y Comet, P. (2003). Seguimiento ha los 36 meses del programa escolar controlado de prevención de trastornos alimentarios. *Zarima prevención*. Fuente: Interpsiquis 2003.

San Germán, J. (2000), Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: Obesidad en preadolescentes: Tesis de Licenciatura no publicada: UNAM.

San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud: problemas actuales de la medicina social*. Madrid: Karpos.

San Martín, H. (1992). *Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas*. México: La Prensa Médica.

Secord, F. y Backman, W. (1976). *Psicología Social*. México: McGraw-Hill.

Smolak, L. y Levine, M. (2001). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *International journal of eating disorders*. 1, 313-325.

Stampe, D., Roehl, B., y Eagan, J. (1993). *Realidad virtual. Creaciones y desarrollo*. España: Anaya Multimedia.

Téllez, G. (2002), Imagen corporal en niños preescolares mexicanos. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

Tucker, L. A. (1994). Physical attractiveness, somatotype and the personality: A dynamic international perspective. *Journal of clinical psychology*. 40, 1226-1234.

Turkle, S. (1995). *La vida en la pantalla*. Barcelona: Paidós.

Turón, J., Fernández, F. y Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de cátedra de psiquiatría del clínico*. 4, 126-138.

Unikel Santocini y Gómez Pérez-Mitre, G. (1996). Trastornos de la Conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Revista Psicopatología*. 4, 121-126.

Unikel Santocini y Gómez Pérez-Mitre, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología conductual*. 3, 417-429.

Unikel, S., Villatoro, V. y Medina, L. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del DF. *La revista de la Investigación Clínica*. 2, 140-147.

Vaschenko, M. (2005). Evidence for a Self-Esteem Approach in the Children and Adolescents. *International journal of eating disorders*. 1, 225-239.

Videla, M. (1991). *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Argentina: Ediciones Cinco.

Vitousek, K. B. y Hollon, S. D. (1990): The investigation of schematic content and processing in the eating disorders. *Cognitive therapy and research*. 14, 191-214.

Waller, G. y Hodgson, S. (1996), Body Image Distortion in Anorexia and Bulimia Nerviosa. The Role of Perceive an Actual Control. *The journal of nervous and mental disease*. 4, 213-219.

Wexelblat, A. (1995). *Virtual reality. Applications and explorations*. Estados Unidos: Academic Press, Inc.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M Goreciny, A. J. y Gleaves, D. H.(1989), Development of a simple Procedure For Assessing Body Image Disturbances. *Pergamon press*. 11, 433-446.

Wolpe, J. y Lazarus, A. (1966). *Bihavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.

www.previsl.com

ANEXOS.

ANEXO 1: Estudio sobre Alimentación y Salud.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD XX (P- RV- AVR)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN:** que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible.

GRACIAS

Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

Facultad de Psicología, UNAM

Los derechos de autor están registrados.

Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio, de este cuadernillo, sin la autorización expresa de la responsable del proyecto.

Copyright, México 1998
Revisión 2003
Lic. Silvia Platas Acevedo
Lic. Rodrigo C. León Hernández

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

MUCHAS GRACIAS

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

1.1 Grado: _____ 1.2 Grupo: _____

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amiga(o)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

5. Edad de tu primera menstruación

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

6. Tu menstruación se presenta...

- A) Regularmente (todos los meses).
- B) Irregularmente (unos meses sí, otros no).

7. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 9.
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

8. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

9. Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios.

10. Años de estudio de tu madre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

11. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) No tiene trabajo.
- B) Obrero
- C) Empleado
- D) Vendedor ambulante
- E) Comerciante establecido-
- F) Profesionista
- G) Empresario
- H) Jubilado
- I) Otra: _____

12. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Empleada (comercio u oficina)
- D) Vendedora ambulante
- E) Comerciante establecida
- F) Profesionista
- G) Empresaria
- H) Jubilada
- I) Otra: _____

13. En los últimos 6 meses has estado en tratamiento:

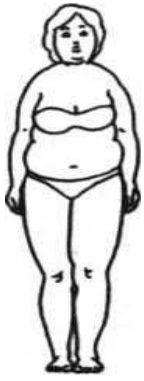
- Psicológico.....A) SI B) NO
- Psiquiátrico.....A) SI B) NO

14. Actualmente, ¿sigues algún tratamiento médico?.....A) SI B) NO.

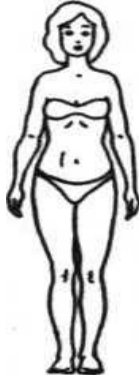
¿Porqué? _____

SECCIÓN C

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



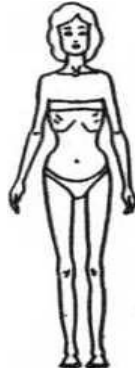
(1)



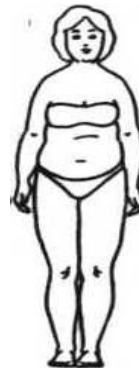
(2)



(3)



(4)



(5)



(6)



(7)

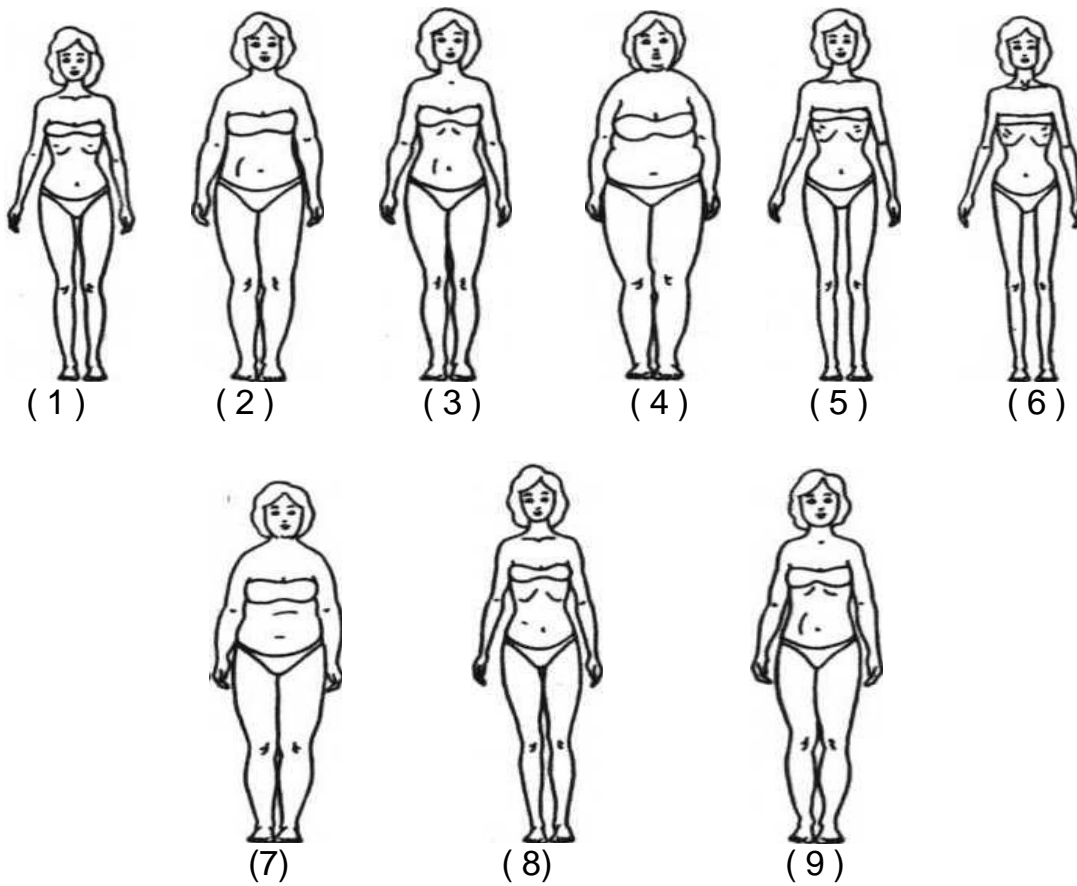


(8)



(9)

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

3. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

4. Llegar a estar gorda :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

5. Cómo me ven los demás:

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

6. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

7. Me gusta la forma de mi cuerpo:

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

ANEXO 2: Escala de Habilidades Sociales para adolescentes.

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES: En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

Nombre: _____ Edad _____

EJEMPLO:

Me cuesta trabajo expresar mi cariño a personas que quiero mucho:

Siempre **Casi Siempre** **Casi nunca** **Nunca**

Retomando el ejemplo anterior, si en verdad te cuesta mucho trabajo expresar tu cariño, selecciona la opción "**Siempre**", si te cuesta trabajo pero algunas veces logras expresarlo selecciona la opción "**Casi siempre**" (como en el caso anterior), si la mayoría de las veces expresas tu cariño a las personas que quieres mucho selecciona la opción "**Casi nunca**" y si no se te dificulta para nada expresar tu cariño, selecciona la opción "**Nunca**".

Ahora lee con atención las siguientes afirmaciones y contesta sin pensar mucho tiempo tu respuesta.

1. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no quiero comprar, paso un mal rato para decirle "no, gracias".

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

2. Cuando tengo prisa y me llama una amigo/a por teléfono, me cuesta trabajo cortar la llamada.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

3. Cuando alguien importante expresa una opinión con la que no estoy de acuerdo, prefiero callarme a expresar lo que pienso abiertamente.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

4. Si al llegar a mi casa encuentro que algo que he comprado está defectuoso, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

5. No se cómo "cortar" a un amigo/a que habla mucho.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

6. Me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que presté.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

7. Me cuesta trabajo iniciar una plática con personas atractivas del sexo opuesto.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

8. Cuando en una tienda atienden a alguien que entró después que yo, me quedo si decir nada aunque eso me molesta.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

9. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da pena pedirle que se calle.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

10. Cuando tengo que hacer un halago, no sé que decir.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

11. Si en una papelería no me engargolan mi trabajo como lo había pedido, llamo a la persona que me atendió y pido que me lo hagan bien.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

13. Si conozco en la escuela a un chavo atractivo, tomo la iniciativa y me acerco a platicar con el.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

14. Hay determinadas cosas que no me gusta prestar pero no se cómo negarme cuando me las piden.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

15. Cuando un familiar cercano me molesta prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enojo.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

16. Se me dificulta telefonar a sitios oficiales, tiendas, etc., para solicitar información o un servicio

Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
17. Me guardo mis opiniones para mí misma.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
18. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) cuando voy a comprar algo.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
25. Si una amiga/o a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.			
Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca

29. Cuando alguien se me "cuela" en una fila, hago como si no me diera cuenta.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

30. El que alguien del sexo opuesto me diga que le gusta algo de mi físico, me pone nerviosa.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

31. Se me hace difícil expresar mi opinión en grupos donde hay demasiada gente (clase, etc.).

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

32. Hay veces que no puedo negarme a salir con alguien con quien no quiero salir pero que me llama varias veces.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**

33. Prefiero ceder, callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.

Siempre **Casi siempre** **Casi nunca** **Nunca**