



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD, IMÁGENES  
PUBLICADAS EN REVISTAS Y RIESGO  
PARA TRASTORNO ALIMENTARIO**

**T E S I S**

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

**P R E S E N T A :**

**BLANCA ELIZABETH JIMÉNEZ CRUZ**

Directora de tesis: Dra. Cecilia Silva Gutiérrez

Revisora del proyecto: Lic. Patricia G. Moreno Wonchee

Sinodales: Dr. Rigoberto León Sánchez

Lic. Juana Estela Cordero Becerra

Lic. Jorge Álvarez Martínez

Asesor estadístico: Lic. Marcos Verdejo Manzano



MÉXICO, D. F.

ENERO 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **A G R A D E C I M I E N T O S**

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por abrirme sus puertas y permitirme ser una profesionista orgullosamente egresada de la Máxima Casa de Estudios, mi *Alma Máter*.

A la **Dirección General de Asuntos del Personal Académico** y al **Departamento de Becas Nacionales de la UNAM** que, por medio del *Seminario de Inducción al Programa de Formación de Profesores para el Bachillerato Universitario*, brindaron apoyo para la realización de este proyecto.

A los profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM: Cecilia Silva, Rigoberto León, Estela Cordero, Joaquín Figueroa y Emily Ito Sugiyama; de la Facultad de Derecho de la UNAM: Nelly Toxqui y Jorge Palacios; y de la Universidad de Negocios ISEC: Milton Carballar y Fernando Ortega, por las facilidades prestadas para la aplicación de los instrumentos a sus grupos de estudiantes.

*A todos los universitarios que hicieron posible esta investigación.*

Este trabajo no habría sido viable sin el tiempo y la guía constante de mi directora, la Dra. **Cecilia Silva Gutiérrez**, a quien le agradezco no sólo sus conocimientos, apoyo y excepcional paciencia que hicieron de cada tramo a recorrer un asunto sencillo, sino también el ser un gran ser humano y un buen ejemplo a seguir tanto en lo personal como en lo académico.

A la Lic. **Juana Estela Cordero Becerra** le agradezco su tiempo y tutoría durante gran parte de la carrera; gracias por su característica generosidad al compartir conocimientos.

A la Lic. **Patricia Moreno Wonchee**, al Dr. **Rigoberto León Sánchez** y al Lic. **Jorge Álvarez Martínez**, siempre accesibles. Gracias por el tiempo empleado en la revisión de este trabajo.

Al Lic. **Marcos Verdejo Manzano**, siempre amigable y dispuesto a ayudar.

*Doy las gracias a aquellos maestros que con su forma de ser y enseñar han contribuido a mi formación como ser humano y como profesionalista...*

Al maestro **Alfonso Salgado Benítez**, mi "Padre Académico".

A mi maestra **Carmen Christlieb Ibarrola**, siempre joven y amante de la vida y del momento, por sus grandes enseñanzas, por su sabiduría y experiencia.

A mi maestro **Jaime Grados Espinosa**, por mostrarme que lo aparentemente cotidiano en realidad no lo es, y hacerme entender y probar que lo imposible no existe.

A mi maestro **Ricardo Ariel Contreras Pérez**, ejemplo de congruencia, generosidad y humanismo.

*A quienes me quieren, me cuidan y me inspiran a seguir siempre adelante: Mi familia...*

A ti **mamá**, te dedico este trabajo y te agradezco por tu amor, esfuerzo, paciencia y apoyo infinitos para ayudarme a hacer realidad este sueño. Gracias por tu ejemplo de lucha, por confiar en mí, por cuidarme en los momentos difíciles y por compartir conmigo las alegrías. Eres una gran mamá. Te quiero mucho, ¡muchísimas gracias!

A mi tía **Blanquita**, por su enorme cariño, confianza, amistad y estar siempre más que dispuesta para ayudarme.

A mis tíos **Isidro**, **Froy** y **Tolente**, siempre un aliento. Por sus palabras, cariño y ejemplo de fortaleza, ¡los quiero!

A mis tías **Adelita**, **Hilda** e **Irma**, por su amor incondicional y por consentirme cada vez que estoy con ustedes.

A mis prim@s, especialmente a **Héctor**, **Adriana**, **Chucho** y **Bety**, porque su afecto y amistad fueron fundamentales a lo largo de este trabajo.

A **Giselle**, **Kevin**, **Mijail**, **Michelle**, **Obed** y **Joaly**, mis pequeños sobrinos sonrientes y juguetones, que con su ternura no han dejado que olvide que la vida es mucho más sencilla si se aprende a disfrutar cada instante.

A **Mecho**, mi lucecita que me acompaña día con día.

*Y a aquellas personas que creen en mí y a quienes siempre sentí cerca...*

Muy especialmente a **Carlos**, más que un amigo, un hermano. Tu compañía y apoyo durante este proceso lo hicieron todo más sencillo. ¡Gracias por ese gran corazón!

A **Ara**, por tu cariño, amistad, comprensión y ejemplo, ¡gracias!

A **Fer**, porque hiciste a veces hasta lo inimaginable con tal de ayudarme a concluir esta etapa.

A **Mitzi, Edith, Lis, Susan y Azu**, por todos los momentos divertidos que he pasado con ustedes y por su paciencia y escucha en los no tan divertidos.

A **Gerardo y Marco**, con quienes, además de una amistad, comparto una de mis grandes pasiones: la docencia. Gracias por ser unos chicos tan detallistas y buena onda.

A **Poncho**, por todos estos años de convivencia y aprendizaje.

A **Nelly, Abraham, Efrén y Laura Elisa**, por su entusiasmo para colaborar en todo cuanto pudieron.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN.....	i
-------------------	---

## CAPÍTULO I. ANTECEDENTES TEÓRICOS..... 1

1.1 Trastornos alimentarios.....	1
1.1.1 Aspectos históricos.....	1
1.1.2 Diagnóstico y epidemiología.....	5
1.2 Imagen corporal.....	13
1.2.1 Imagen corporal negativa.....	14
1.2.2 Influencia de los medios masivos de comunicación.....	20
1.2.3 Teoría de la comparación social.....	29
1.3 Trastornos asociados a las alteraciones alimentarias.....	32
1.3.1 Ansiedad.....	33
1.3.2 Depresión.....	41

## CAPÍTULO II. METODOLOGÍA..... 51

2.1 Planteamiento del problema.....	51
2.2 Pregunta de investigación.....	52
2.3 Justificación.....	52
2.4 Objetivos.....	53
2.5 Definición de variables.....	55
2.6 Diseño.....	57
2.7 Muestra.....	57
2.8 Participantes.....	57
2.9 Instrumentos.....	58
2.9.1 Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT-40)..	58
2.9.2 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).....	60
2.9.3 Lista de adjetivos de Axelrod.....	62
2.9.4 Cuestionario de Emociones.....	63
2.9.5 Cuestionario de Creencias.....	65
2.9.6 Listas de Calificativos Físicos y Conductuales.....	67

2.9.7 Cuestionario de Situaciones.....	68
2.9.8 Imágenes de mujeres que aparecen en revistas.....	69
2.10 Procedimiento.....	76
2.11 Tratamiento estadístico.....	79
<b>CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>80</b>
3.1 Primera fase.....	80
3.2 Segunda fase.....	82
3.2.1 Descripción de la muestra.....	82
3.2.2 Resultados de las mujeres.....	84
3.2.2.1 Índice de masa corporal.....	84
3.2.2.2 Riesgo para trastorno alimentario.....	87
3.2.2.3 Análisis estadísticos.....	90
3.2.3 Resultados de los hombres.....	110
3.2.3.1 Análisis estadísticos.....	110
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>117</b>
4.1 Discusión.....	117
4.2 Conclusiones.....	133
4.3 Limitaciones y sugerencias.....	136
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>149</b>
ANEXO 1. Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT-40)	
ANEXO 2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	
ANEXO 3. Lista de Adjetivos de Axelrod	
ANEXO 4. Cuestionario de Emociones	
ANEXO 5. Cuestionario de Creencias	
ANEXO 6. Listas de Calificativos Físicos y Conductuales	
ANEXO 7. Cuestionario de Situaciones	
ANEXO 8. Confiabilidad de los instrumentos	
ANEXO 9. Rangos percentiles de los instrumentos	

# ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

## CAPÍTULO I. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Figura 1. Esquema de explicación de la ansiedad experimentada por anoréxicas.....	39
---	----

## CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

### Instrumentos

Tabla 1. Evaluación del cuestionario de emociones.....	64
Tabla 2. Evaluación del cuestionario de creencias.....	66

### Procedimiento

Tabla 3. Orden de los cuestionarios pretest.....	77
Tabla 4. Orden de los cuestionarios postest.....	79

## CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 5. Proporción de participantes según edad, carrera, institución y semestre.....	83
---	----

### Resultados de las mujeres

Tabla 6. Correlación entre datos medidos y autorreportados de IMC en población mexicana.....	85
Gráfica 1. Distribución del IMC con base en las categorías de la Secretaría de Salud.....	86

Gráfica 2. Comparación del IMC actual con datos obtenidos por Raich, <i>et al.</i> (2001).....	86
Gráfica 3. Frecuencia de realización de ejercicio, dieta, historia de sobrepeso, lectura de revistas y gusto por el cuerpo.....	88
Tabla 7. Partes del cuerpo que más disgustan.....	89
Tabla 8. IMC de las mujeres a quienes les disgusta al menos una parte del cuerpo.....	89
Tabla 9. Prueba <i>t</i> para muestras relacionadas.....	90
Tabla 10. Análisis de varianza (ANOVA).....	91
Tabla 11. Comparación múltiple mediante el método de Bonferroni.....	91
Gráfica 4. Creencia: Que estoy pasada de peso.....	92
Gráfica 5. Creencia: Que estoy bonita.....	93
Gráfica 6. Creencia: Quisiera parecerme a ellas.....	93
Gráfica 7. Creencia: Que nunca seré como ellas.....	94
Gráfica 8. Creencia: Que estoy delgada.....	94
Gráfica 9. Creencia: Que me gusta mi cuerpo.....	95
Gráfica 10. Creencia: Que puedo llegar a ser como ellas.....	95
Gráfica 11. Creencia: Que soy fea.....	96
Gráfica 12. Creencia: Me da miedo parecerme a ellas.....	96
Gráfica 13. Creencia: Que no me gusta mi cuerpo.....	97
Tabla 12. Prueba $X^2$ para cada reactivo del cuestionario de creencias.....	98
Tabla 13. Porcentaje de respuestas en reactivos estadísticamente significativos del cuestionario de emociones.....	100
Tabla 14. Correlación de Pearson para los cuestionarios de emociones y creencias.....	101
Tabla 15. Relación entre realización de ejercicio, dieta actual, historia de sobrepeso, lectura de revistas y gusto por el cuerpo.....	102

Tabla 16. Correlación del IMC con ansiedad, depresión, emociones y creencias.....	103
Gráfica 14. Comparación de puntajes entre mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, que se expusieron a las imágenes de mujeres delgadas.....	104
Gráfica 15. Comparación de puntajes entre mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, que se expusieron a las imágenes de mujeres obesas.....	105
Gráfica 16. Comparación de puntajes entre mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, que se expusieron a las imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.....	105
Tabla 17. Percentiles obtenidos por las mujeres con y sin riesgo para trastorno alimentario, en cada uno de los cuestionarios.....	108
Tabla 18. Correlación de Pearson entre el cuestionario de ansiedad rasgo y los de ansiedad estado.....	109

## **Resultados de los hombres**

Tabla 19. Análisis de varianza (ANOVA).....	110
Tabla 20. Comparación múltiple mediante el método de Bonferroni.....	111
Tabla 21. Porcentaje de respuestas por reactivo en la lista de calificativos físicos.....	112
Tabla 22. Porcentaje de respuestas por reactivo en la lista de calificativos conductuales.....	114
Tabla 23. Porcentaje de respuestas por reactivo en el Cuestionario de situaciones.....	115
Tabla 24. Correlación de Pearson.....	116

## RESUMEN

La presente investigación se realizó con la finalidad de explorar la relación entre la exposición breve a imágenes publicitarias y los niveles de ansiedad y depresión, así como con las creencias y emociones asociadas con el propio cuerpo en un grupo de mujeres jóvenes.

Participaron 376 mujeres elegidas de forma intencional no probabilística, con edades entre 17 y 24 años, divididas en tres grupos (G1=140; G2=127; G3=109); a un grupo se le expuso a 10 imágenes de mujeres delgadas, a otro de mujeres obesas y, a uno más, de mujeres realizando conductas para estar en buena forma. Todas fueron evaluadas con el IDARE (instrumento empleado para medir ansiedad) y con la Lista de Adjetivos de Axelrod (para medir depresión) pretest y postest, así como con un cuestionario de emociones y creencias asociadas con el propio cuerpo, después de la exposición. También se aplicó la Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT-40) a fin de detectar conductas de riesgo para los trastornos alimentarios.

Adicionalmente, se exploraron los adjetivos que los hombres otorgan a las mujeres de diferentes morfologías corporales, para lo cual participaron 103 hombres entre 18 y 24 años de edad quienes, después de ver las mismas imágenes de mujeres tomadas de revistas, respondieron una lista de calificativos físicos y conductuales, así como un cuestionario de situaciones para saber en qué escenarios estarían más dispuestos a involucrarse con ellas.

De acuerdo a una prueba *t* para muestras relacionadas, en los tres grupos de mujeres se obtuvo una disminución significativa del nivel de depresión ( $\text{sig} < .01$ ) y se observó que quienes se expusieron a imágenes de mujeres delgadas tendieron a evaluar más negativamente su propio cuerpo y a experimentar menos emociones positivas, que quienes observaron cuerpos obesos, siendo aún más vulnerables las mujeres con riesgo elevado para trastorno alimentario. Se halló también que los hombres calificaron más positivamente a las mujeres delgadas y que preferirían convivir con ellas en situación de pareja, que con las mujeres obesas.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, las cuales frecuentemente cursan con otras alteraciones psicológicas y fisiológicas. Quienes los padecen, buscan disminuir o conservar el peso actual, llevando a cabo conductas como la intensa restricción alimentaria o la intermitencia entre periodos de ingesta desmesurada y posteriores conductas de tipo purgativo.

Con el paso de los años, la conceptualización de estos patrones alimentarios ha ido modificándose. Actualmente, son considerados como tales la anorexia, la bulimia y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (entre los que también se incluye el trastorno por atracón o trastorno por comer compulsivo) (DSM-IV-TR, 2002), cuya incidencia es mayor en mujeres, particularmente en aquellas que tienen entre 15 y 29 años de edad (Polivy y Herman, 2002).

Una característica importante de estos trastornos es la preocupación por la silueta corporal propia, la cual se percibe alejada de un ideal estético que se ha internalizado y que ha sido impuesto socialmente – marcado básicamente por la esbeltez.

Aunque los factores implicados en el proceso de adquisición del ideal de delgadez son diversos, los medios masivos de comunicación parecen ser los transmisores más importantes (Stice, 2002; citado por Levine y Piran, 2004), pues en ellos se exhiben primordialmente personas delgadas, en especial cuando se trata de mujeres, con características difícilmente alcanzables por la población general

(Thompson, *et al.*, 1999; citado por Thompson y Stice, 2001) y que, por el simple hecho de ser así físicamente, son presentadas como provistas de belleza, felicidad, salud y éxito en la vida (por ejemplo, Wade y DiMaria, 2003; citado por Greenleaf, Starks, Gomez, Chambliss y Martin, 2004; Yamamiya, *et al.*, 2005), lo que las convierte en figuras deseables para ser igualadas por quienes las observan, pudiendo provocar insatisfacción corporal y, en ocasiones, conducir a la realización de conductas inapropiadas para la disminución de peso (Thompson, *et al.*, 1999; citado por Thompson y Stice, 2001).

La detección de factores relacionados con el establecimiento y el mantenimiento de los trastornos alimentarios facilita la prevención de los mismos, en tanto se conoce sobre qué aspectos incidir, por lo cual conviene poner atención en la interrelación de variables implicadas en ellos.

En función de lo anterior, el objetivo de la presente investigación es conocer si los niveles de depresión y ansiedad-estado se modifican en un grupo de mujeres universitarias al exponerse a imágenes de mujeres que aparecen publicadas en revistas de *moda, espectáculos o para estar en buena forma*, géneros que promueven con mayor claridad el ideal de delgadez (Harrison y Cantor, 1997), y si las creencias y emociones asociadas con el propio cuerpo difieren según el tipo de imágenes observadas. Asimismo, se pretende conocer si estas diferencias ocurren de forma distinta en personas con alto y bajo riesgo para padecer trastornos de la alimentación.

Adicionalmente, se investiga la forma en que los hombres universitarios perciben a las mujeres de diferentes morfologías corporales, dada la posibilidad de que sus expectativas presionen de

alguna forma a las mujeres para ajustarse a un ideal corporal (Harrison y Cantor, 1997; Thomsen, 2002).

Para tal fin, se utilizaron la Prueba de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Lista de Adjetivos de Axelrod, un cuestionario de emociones y uno de creencias relacionadas con el propio cuerpo, una lista de calificativos físicos y conductuales, un cuestionario de situaciones, así como fotografías tomadas de revistas, en las cuales aparecen mujeres delgadas, mujeres con sobrepeso u obesidad y mujeres promoviendo conductas para estar en buena forma.

Con el propósito de dar una estructura que facilite la comprensión de la investigación, primero se presentan los antecedentes, luego se detalla la metodología, a continuación se reportan los resultados obtenidos y posteriormente se realiza la discusión de los mismos, para finalmente concluir y marcar las limitaciones de la investigación y sugerencias para próximos estudios.

# **CAPÍTULO I. ANTECEDENTES TEÓRICOS**

## **1.1 TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

La conducta de “comer” en todo ser vivo es indispensable para la vida y deseable para mantener la salud. Para ello, debería hacerse en cantidades suficientes, así como con alimentos nutritivos. Sin embargo, en los seres humanos esta conducta se complejiza al momento de llevarla a cabo, además, como reforzador de conductas positivas (elaborando, por ejemplo, platillos especiales en situaciones igualmente especiales) y negativas (privando de algún alimento a quien ha cometido una falta). Esta mezcla de razones biológicas y sociales del comer la convierte en una conducta susceptible de ser estudiada desde diferentes puntos de vista.

### **1.1.1 Aspectos históricos**

Históricamente, el comer o el dejar de hacerlo ha adquirido una serie de significados, según la época y el contexto de que se trate. Dado que la presente investigación se enfoca en los trastornos alimentarios, se revisará brevemente la perspectiva histórica de éstos.

Existen datos que ponen de manifiesto que desde la antigüedad, en las culturas griega y egipcia, se practicaban ayunos prolongados por razones religiosas, conducta que se propagó incluso hasta formar parte de la religión católica, como una forma de ascetismo, varios años después (Miller y Pumariega, 2001). Toro (1996) menciona que, entre los años 1200 y 1500 d. C. (durante la Edad Media), se registraron varios casos de religiosas que, como parte importante de su

ascetismo, se privaban del comer hasta llegar a la inanición. A tal grado eran estimadas de acuerdo a la religión católica, que llegaron a ser llamadas *doncellas milagrosas*; sin embargo, en el siglo XVIII, cuando la religión católica restó importancia al ayuno, quienes un siglo atrás pudieron haber sido consideradas de tal forma por representar divinidad en la tierra, ahora sólo eran llamadas *muchachas ayunadoras*.

A diferencia de lo que sucede en la actualidad con respecto a los trastornos alimentarios, en esa época las personas que practicaban el ayuno no lo hacían con la finalidad de conseguir delgadez corporal; de la misma manera, cuando se comenzó a poner atención en estas modificaciones de la conducta alimentaria desde el punto de vista médico, los nombres con que se les identificaba fueron cambiando al mismo tiempo que el factor al que se le atribuían también cambiaba.

Por ejemplo, el primer cuadro que se describió de una paciente con “adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva al estudio y aparente pérdida de apetito” (Toro, *op cit*, p. 28) –actualmente relacionadas con la anorexia nerviosa- fue observado en 1689 por el médico británico Richard Morton, quien lo denominó *tisis nerviosa*, considerando que se trataba de un caso de tuberculosis originado por una perturbación del sistema nervioso.

El término *anorexia* (del griego *anorektous*), como tal, ha existido siempre en la bibliografía médica para indicar “falta de apetito” (Toro, *op cit*). Sin embargo, es hasta 1798 que Pinel lo emplea al incluirlo en su clasificación de las *neurosis de digestión*, en donde también hace referencia a la bulimia y a la pica; y en 1840, Imbert diferencia entre *anorexia gástrica* y *nerviosa*, siendo la primera un trastorno meramente

del estómago, mientras que la segunda implicaba una alteración de las funciones cerebrales, provocando que los pacientes se tornaran melancólicos, coléricos y asustadizos.

En el siglo XIX dos médicos que hicieron aportaciones importantes a la investigación de los trastornos alimentarios, fueron el francés Lasègue (1873) y el inglés Gull (1874). El primero, hizo alusión a la edad de aparición de la *anorexia histérica*, ubicándola entre los 15 y los 20 años de edad, describió la evolución de la enfermedad y la relacionó con posibles conflictos sociales como etiología. El segundo, acuñó el término *anorexia nerviosa*, utilizando tales términos dadas la falta de apetito y la causa nerviosa del trastorno, más no uterina –como era supuesto; de esta forma ahora podía ser diagnosticada tanto en mujeres como en varones (Toro, *op cit*). A finales del mismo siglo, Charcot señaló el “miedo a la obesidad” como motivador importante para el ayuno.

A partir del siglo XX el estudio de la anorexia se hizo cada vez más sistemático y se amplió la visión sobre sus posibles causas. Desde el punto de vista psicoanalítico, en 1903 Pierre Janet la describió en sus formas *histérica* y *obsesiva*; en la anorexia histérica sí había una pérdida real del apetito, mientras que en la obsesiva persistía la sensación de hambre, había miedo a engordar y, ocasionalmente, iba acompañada de la realización excesiva de ejercicio para perder peso. Janet hizo hincapié en la presencia de múltiples delirios relacionados con el comer e interpretó este tipo de anorexia como un rechazo al desarrollo sexual. De manera similar, Freud (1905) lo interpretó como ausencia de los instintos sexuales básicos (Toro, *op cit*).

En una aproximación fisiológica, Simmonds (1914; citado por Toro, *op cit*) consideró la posibilidad de que se tratara de la destrucción del lóbulo anterior de la hipófisis, planteamiento que luego fuera descartado.

En una perspectiva sociocultural y que atañe de manera directa a la presente investigación, en 1939 el médico John Alfred Ryle predijo un incremento en este trastorno de la conducta alimentaria debido a la popularización de la moda de la delgadez entre las jóvenes (Vandereycken y Deth, 1994; citado por Toro, *op cit*).

En 1968 la psiquiatra Hilde Bruch consideró que la idealización de la delgadez en las sociedades occidentales podría estar actuando como factor etiológico para el desarrollo de la anorexia nerviosa (Miller y Pumariega, 2001). Luego comenzó a tomar en cuenta otras particularidades, como la distorsión de la imagen corporal, el disgusto con el propio cuerpo y el papel de la personalidad (Toro, *op cit*).

Por otro lado, el término “bulimia” (que significa *hambre feroz* o *hambre de buey*, por sus raíces griegas *limos* y *bou* o *boul*), es utilizado por primera vez en 1398 (Chinchilla, 2003), precisamente con ese significado, haciendo alusión a un apetito inmoderado sin implicar vómitos ni otros procedimientos afines; sin embargo, los antecedentes de esta combinación de conductas remiten a la antigua Roma (Miller y Pumariega, 2001), en donde existían vomitorios que se utilizaban después de participar en grandes banquetes. Fue en el siglo XIX cuando se le comenzó a asociar con la anorexia nerviosa, por lo que originalmente aparece como síntoma más que como trastorno independiente. Así, se describían casos de mujeres con el diagnóstico

de anorexia nerviosa que también practicaban atracones y conductas compensatorias.

La bulimia nerviosa como un trastorno independiente acompañado inherentemente por el miedo a la obesidad, fue diagnosticada por primera vez hasta 1979 por Russell (Toro, *op cit*); al año siguiente el término “Bulimia” apareció por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su tercera edición (Chinchilla, 2003).

### **1.1.2 Diagnóstico y epidemiología**

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria que frecuentemente cursan con otras alteraciones psicológicas y fisiológicas, trayendo consigo complicaciones importantes en el estado de salud del paciente. En el DSM-IV-TR (2002) están considerados como tales la *anorexia nerviosa*, la *bulimia nerviosa* y el *trastorno de la conducta alimentaria no especificado*, incluyéndose en este último rubro el *trastorno por atracón* o *trastorno por comer compulsivo*.

La anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos que prevalecen en la población femenina –en una relación de más de 10:1, especialmente en aquella que se encuentra entre los 15 y los 29 años de edad, según datos norteamericanos (Polivy y Herman, 2002), situándose la edad de inicio entre los 15 y los 20 años, aproximadamente (Santo-Domingo, Baca, Carrasco y García-Camba, 2002). A este respecto, Nowak, Crawford y Büttner (2001) encontraron, en una población de adolescentes australianas comprendidas entre los grados escolares 8º y 12º (lo que es entre los 13 y 18 años de edad), que a mayor edad se

muestra mayor interés por el peso corporal y por la forma de éste, así como un creciente uso de métodos para disminuir la talla. Asimismo, la presencia de estos trastornos ya no se reduce a sólo los niveles socioeconómicos elevados, como antes se observaba.

De acuerdo al DSM-IV-TR (2002, p. 653), la *anorexia nerviosa* es un trastorno de la alimentación caracterizado por “el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal”, permaneciendo por debajo de éste restringiendo la toma de alimentos considerados “engordadores”, tales como el arroz, los frijoles, las tortillas y el pan (Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001), llegando incluso a consumir sólo algunos alimentos, bajo una dieta muy restringida. Esta conducta en ocasiones puede ir acompañada de la realización excesiva de ejercicio y, en menor proporción, de atracones, del uso de laxantes y/o de diuréticos, así como de autoinducción del vómito.

El diagnóstico de la anorexia se complica porque quien la padece suele considerar un logro el bajar de peso, así que niega los síntomas y busca atención médica cuando ya se han presentado otros problemas de salud, generalmente amenorrea, producto de una alteración en el sistema endocrino. Sin embargo, es común que conforme avanza el grado de malnutrición se presenten diferentes complicaciones médicas, ya sea gastrointestinales, cardiovasculares, óseas o neurológicas, como el agrandamiento de los ventrículos cerebrales y el ensanchamiento de los surcos (Fairburn y Harrison, 2003), cambios que generalmente se resuelven con la normalización del peso corporal, lo que pone en duda su papel como factores etiológicos (Delvenne, *et al*, 1997; Otagaki, *et al*, 1998; Dolan, *et al*, 1988; Cash y Deagle, 1997; Kearfott y Hill, 1997; citados por Silva, 2001).

En pacientes anoréxicas es común observar rasgos de dependencia, introversión, obsesividad, dificultad en la expresión emocional, perfeccionismo, rigidez, ansiedad, depresión, sumisión, limitada espontaneidad, buena adaptación educacional y deficiente ajuste social (González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003).

Por otra parte, la *bulimia nerviosa* se caracteriza por la ingesta excesiva de comida (atracones) seguida de la realización de conductas compensatorias para evitar ganancia de peso. En estas pacientes la comorbilidad psiquiátrica es muy alta, sobre todo en cuanto a trastornos afectivos (43.5%), abuso de sustancias (18.5%) y trastornos de ansiedad (69%); ellas, a diferencia de las anoréxicas, tienden a ser impulsivas, extrovertidas, autolesivas, manifiestan culpa y presentan baja tolerancia a la frustración, rasgos que están asociados en gran medida al trastorno límite de la personalidad (González y cols., *op cit.*).

Silva (2001) puntualiza que los altos niveles de ansiedad experimentados tanto por anoréxicas como por bulímicas se centran en el cuerpo. Asimismo, reporta que estas personas manifiestan sentimientos de desconfianza y tienden a fantasear respecto a sí mismas y a su medio ambiente.

La bulimia es más frecuente que la anorexia, encontrándose en un 1 a 3% de mujeres jóvenes; también, a diferencia de la anorexia, su inicio suele presentarse más tardíamente, incluso llegando a ser al inicio de la madurez (Santo-Domingo, *et al*, 2002). Debido a que en la bulimia los pacientes conservan un peso normal o por arriba del esperado, las alteraciones físicas son menores que en la anorexia y el grado de

mortandad no es tan alto (Fairburn y Harrison, 2003), además, generalmente debido al malestar y culpa percibidos tras llevar a cabo el atracón y luego la conducta compensatoria, es más común en este padecimiento la búsqueda de atención médica.

Adicionalmente, se encuentra el *trastorno de la conducta alimentaria no especificado*, según el cual los pacientes solamente presentan algunos de los criterios diagnósticos, ya sea de anorexia o de bulimia nerviosas, pero no completan el cuadro. Su prevalencia es mayor que la de cualquiera de los dos anteriormente mencionados. Por ejemplo, en el caso de la anorexia, el trastorno con todos los criterios diagnósticos se encuentra en 0.5 a 1% de mujeres adolescentes, mientras que existe hasta un 5% que reúne sólo algunos de los signos, produciéndose una alteración clínicamente significativa (Santo-Domingo, *et al*, 2002).

Dentro de este último diagnóstico también se incluyen los casos de *trastorno por atracón*, cuyos criterios actualmente están contemplados en el DSM-IV-TR como propuesta para estudios posteriores, existiendo cada vez más estudios en donde se les considera de manera independiente (por ejemplo, Fairburn y Harrison, 2003; Silva, 2006). El trastorno por atracón, también denominado *trastorno por comer compulsivo*, se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta desmesurada (atracones) que, a diferencia de la bulimia, no son seguidos por conductas compensatorias inadecuadas.

Por causa de la complejidad de cada uno de estos trastornos, se requiere de la colaboración interdisciplinaria de psicólogos, nutriólogos y médicos.

### *Criterios diagnósticos*

Según el DSM-IV-TR, los criterios que deben reunirse para diagnosticar anorexia nerviosa, bulimia nerviosa o trastorno de la conducta alimentaria no especificado, son los siguientes:

#### *Anorexia nerviosa:*

- A. Rechazo a mantener el peso corporal en o por encima del valor mínimo considerado para la edad y la talla (pérdida de peso que da lugar a menos del 85% del esperable, o fracaso en el aumento de peso durante la etapa de crecimiento, que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, aún estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que conlleva el bajo peso corporal.
- D. Amenorrea de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Adicionalmente, se especifica el tipo *Restrictivo* o *Compulsivo/Purgativo*, dependiendo de si, durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre o no regularmente a atracones o a purgas.

*Bulimia nerviosa:*

- A. Atracónes recurrentes. Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, y por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son la provocación del vómito; el uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; el ayuno, y el ejercicio excesivo.
- C. Tanto los atracónes como las conductas compensatorias se presentan al menos dos veces a la semana, durante un periodo de tres meses.
- D. En la autoevaluación tienen gran importancia el peso y la silueta corporales.
- E. Ausencia de anorexia nerviosa.

Adicionalmente, se especifica el tipo dependiendo del método utilizado para compensar los atracónes. Si el paciente ha hecho uso de laxantes, diuréticos, enemas o se ha provocado el vómito, se clasifica como *Tipo Purgativo*. En cambio, se clasifica como *Tipo No Purgativo* cuando no ha utilizado las anteriores, sino otras técnicas compensatorias, como ayunar o practicar ejercicio intenso.

*Trastorno de la conducta alimentaria no especificado:*

Se diagnostican como tales aquellas alteraciones de la conducta alimentaria clínicamente significativas que no completan los criterios diagnósticos para anorexia o bulimia nerviosas.

Debido a los notorios traslapes entre un diagnóstico y otro, puede resultar complicado realizar un diagnóstico concluyente. Es importante tomar en cuenta, además, que frecuentemente los pacientes con trastornos alimentarios oscilan entre uno y otro. Tanto a la anorexia como a la bulimia puede antecederles o seguirles un trastorno de la conducta alimentaria no especificado; asimismo, es común que a la bulimia nerviosa le anteceda un cuadro de anorexia, mientras que no lo es en sentido contrario (Fairburn y Harrison, 2003).

Además, los trastornos alimentarios pueden cursar a la par de otros síntomas o trastornos psiquiátricos como lo son ansiedad, depresión, irritabilidad, labilidad emocional, menor nivel de concentración, disminución del interés sexual y conductas obsesivas (Fairburn y Harrison, *op cit.*).

Entre los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios se encuentran los genéticos (por ejemplo, que haya trastornos alimentarios, obesidad o depresión en miembros de la familia), experiencias premórbidas (como expectativas muy altas por parte de los padres, vivir en un ambiente de críticas frecuentes a la forma corporal de las personas o llevar a cabo actividades recreativas u ocupacionales donde sea importante la esbeltez) y características personales (como baja autoestima, perfeccionismo, desórdenes de ansiedad) (Fairburn y Harrison, *op cit.*). Es común, además, que los

trastornos alimentarios se inicien por una dieta para bajar de peso que se sale del control de quien la lleva a cabo (Polivy y Herman, 2002).

La tasa de mortalidad ocasionada por estos trastornos va del 5 a más del 10% de los pacientes que los sufren (Herzog, *et al.*, 2000; Steinhausen, *et al.*, 2000; citados por Polivy y Herman, 2002; y Nelson, Moller-Madsen, Isager, Pagsberg y Theander, 1998; citado por Tovée, Benson, Emery, Mason y Cohen-Tovée, 2003), siendo la anorexia en la que más casos de muerte se presentan, ya que en 10 a 20% de los casos de este padecimiento no hay remisión o la mejoría no es significativa (Sullivan, *et al.*, 1998 y Steinhausen, 2002; citados por Fairburn y Harrison, 2003). En general, una tercera parte de los pacientes con trastorno alimentario, sea cual sea, continúa cumpliendo con los criterios diagnósticos aún cinco años después de iniciado el tratamiento; sin embargo, son más del 50% quienes en este mismo lapso presentan una mejoría significativa, de acuerdo con datos reportados en otros países, como Estados Unidos, Canadá y España (Casper y Jabine, 1996; Herpertzdahlmann, *et al.*, 1996; Steinhausen, *et al.*, 2000; citados por Polivy y Herman, 2002; y García-Camba, 2001).

En una investigación transcultural llevada a cabo tanto en México como en España con mujeres universitarias (Raich, Mora, Sánchez-Carracedo, Torras, Vilardrich, Zapater, Mancilla, Vázquez y Alvarez-Rayón, 2001), se encontró que el 6.3% de las mexicanas y el 9.9% de las españolas presentaban alto riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria; las mujeres mexicanas tenían un índice de masa corporal más elevado y manifestaban menor insatisfacción corporal que las mujeres españolas. No obstante, la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa. Adicionalmente, en este

estudio se encontró que a mayor índice de masa corporal, mayor era el riesgo para padecer trastornos de la alimentación.

Un componente importante al hablar de los trastornos alimentarios es la forma en que la persona percibe y se siente con su propio cuerpo, es decir, lo referente a su imagen corporal.

## 1.2 IMAGEN CORPORAL

Cash (2004, p.1) define el término *imagen corporal* como la “experiencia psicológica multifacética de lo referente al cuerpo, especialmente, pero no exclusivamente a la propia apariencia física”. Se trata de una característica que no es estrictamente estable, sino que puede verse influenciada por el contexto en que se encuentre inmerso el individuo (Yamamiya, Cash, Melnyk, Posavac y Posavac, 2005). Esta experiencia psicológica incluye tanto la percepción que se tiene del propio cuerpo, como la actitud que se toma hacia el mismo.

Thompson (1990) se refiere al componente perceptivo de la imagen corporal como la precisión con que se percibe el tamaño de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad (en Raich, 2000).

La actitud, el segundo componente de la imagen corporal, se conforma a su vez por la internalización de los ideales de la apariencia, la evaluación que se hace del cuerpo (lo que repercute en la satisfacción o insatisfacción con éste) y los afectos que, dependiendo de las dos anteriores, afloran según la situación en que se encuentra el individuo (Cash y Pruzinsky, 1990, 2002; Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn, 1999; citados por Cash, Thériault y Milkewicz, 2004).

La imagen corporal puede experimentarse tanto de forma positiva como negativa; en las personas con trastornos de la alimentación lo que se encuentra es una imagen corporal negativa.

### 1.2.1 Imagen corporal negativa

Garner y Garfinkel (1982; citado por Behar, Botero, Corsi, Muñoz y Rosales, 1996) señalan que una imagen corporal negativa se plantea en dos sentidos:

- 1) *Inexactitud al estimar la dimensión corporal propia (distorsión perceptiva)*. Existen estudios en donde se demuestra que las pacientes con trastornos alimentarios tienden a sobreestimar partes específicas de su cuerpo, como la porción superior de los muslos, nalgas y vientre, pero son notoriamente exactas al estimar su estatura u otros objetos físicos inanimados e incluso el perímetro corporal de otras mujeres (por ejemplo Slade y Russel, 1973; Crisp y Kalucy, 1974; citados por Behar, *et al.*, *op cit*).
  
- 2) *Afectividad negativa hacia el cuerpo y sus segmentos (insatisfacción corporal)*. A este respecto, Levine y Piran (2004) señalan que quienes sufren un trastorno de la imagen corporal le dan gran importancia al cuerpo al momento de formar el autoconcepto, sin tomar en cuenta aspectos que van más allá de la sola apariencia física; se perciben alejados del ideal físico que han internalizado; tienen afectos negativos hacia su propia imagen y, por la insatisfacción con su propio cuerpo, llevan a cabo conductas que no son saludables con tal de modificar el aspecto que no es de su agrado.

Toro y Vilardell (1987) mencionan que el inicio de una alteración alimentaria siempre consiste en la aparición reiterada de conceptos distorsionados y actitudes respecto al propio cuerpo y su valoración estética, entre las cuales se encuentran el esforzarse para alcanzar la perfección (asociada a la delgadez), pensar que la delgadez es admirable, que la grasa es repugnante y que ganar peso significa que se es malo (Garner y Bemis, 1982; citado por García-Camba, 2001).

Entornos que favorecen el culto a la delgadez como, por ejemplo, un ambiente en el que se elogia a los delgados y se rechaza a quienes no lo son y que presenta sólo a los delgados como personas socialmente aceptables, pueden dar como resultado una *internalización de la delgadez*, en otras palabras, los sujetos hacen suyos los ideales de atracción socialmente definidos.

En diversas investigaciones se ha observado que la internalización de la delgadez (la cual influencia mayormente al género femenino) correlaciona positivamente con insatisfacción corporal, ansiedad social, depresión, baja autoestima (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein, 1994; Cash y Pruzinsky, 2002; citados por Yamamiya, *et al.*, 2005) y la consecuente realización de conductas que permitan alcanzar esos ideales (Thompson, *et al.*, 1999; citado por Thompson y Stice, 2001), muchas veces imposibles de lograr sanamente y de los cuales la mujer promedio está cada vez más alejada (Markham, *et al.*, 2005; Tiggemann y McGill, 2004); en este sentido, actualmente la tendencia que se tiene hacia la proporción deseada en el cuerpo femenino es una mitad inferior pequeña (marcada por cintura y cadera) a comparación de la mitad superior (marcada por el busto). El ideal representa a una mujer con busto-cintura y cadera-cintura en una proporción de 1.5, como si la misma mujer vistiera al mismo tiempo las

tallas 10, 2 y 4, para las diferentes partes del cuerpo, lo que resulta imposible de lograr sin intervenciones quirúrgicas y alteraciones alimentarias (Harrison, 2003).

Sin embargo, el culto a la delgadez no sólo está dado por la idea de una figura corporal con ciertas medidas sino que, además, las personas delgadas por el hecho de tener las características físicas “ideales”, son presentadas como saludables, bellas, felices, atractivas y exitosas en la vida (Lyons y Miller, 1999; Evans, 2003; Wade, Loyden, Renninger y Tobey, 2003; Wade y DiMaria, 2003; citados por Greenleaf, *et al.*, 2004; Yamamiya, *et al.*, 2005), por lo que se convierten en figuras deseables para ser igualadas por la población en general (Byrd-Bredbenner y Murray, 2003), a diferencia de las personas con sobrepeso, quienes suelen ser presentadas como menos atractivas que las personas delgadas (Fouts y Burggraf, 2000; Fouts y Vaughan, 2002; Greenberg, Eastin, Hofschire, Lachlan y Brownell, 2003; citados por Greenleaf, *et al.*, 2004) y con características que favorecen actitudes negativas hacia ellas, quienes frecuentemente son consideradas como poco saludables, perezosas, merecedoras del ridículo, estúpidas, fracasadas, débiles, desagradables, infelices, con poca fuerza de voluntad, feas y torpes (Maddox y Liederman, 1969; citado por Toro, 2004; Crandall y Schiffhauer, 1998; Lewis, *et al.*, 1997; citados por Greenleaf, *et al.*, 2004).

En este sentido, Kirkpatrick y Sanders, desde 1978 (citado por Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001) encontraron que niños a los seis años ya atribuyen características negativas a figuras de personas obesas, mas no a aquellas de personas delgadas; otros investigadores han observado que esta situación tiende a permanecer

con el paso de los años, de tal forma que se han encontrado actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad en poblaciones de estudiantes, médicos, enfermeras y educadores (Maddox y Liederman, 1969; citado por Toro, 2004; Neumark-Sztainer, Story, y Harris, 1999; Teachman y Brownell, 2001; Chambliss, Finley, y Blair, 2004; citados por Greenleaf, *et al.*, 2004).

Es frecuente que las actitudes negativas hacia el sobrepeso estén basadas en la idea de que el peso y la forma del cuerpo pueden ser controlados, surgiendo así lo que Crandall (1994; citado por Greenleaf *et al.*, *op cit.*) ha llamado la “Ideología de la culpa”, especialmente experimentada por la persona con sobrepeso o quien se imagina que lo tiene. En este sentido, Markham, Thompson y Bowling (2005) mencionan que más que culpa, lo que se experimenta en relación con el cuerpo son sentimientos de vergüenza, y explican que quien experimenta sentimientos de culpa, lo hace en relación con una acción que tiene consecuencias negativas para sí mismo o para otros, lo que le causa sentimientos de remordimiento o arrepentimiento que le motivan para reparar la acción; mientras que quien experimenta sentimientos de vergüenza tiende a generalizar una deficiencia (el disgusto con una parte o con todo el cuerpo) como si fuera un defecto central, lo que le provoca sentimientos de “ser pequeño” o “de poco valor”, apareciendo una urgencia de huir y desaparecer; según los autores, esto último es lo que experimentan las personas con trastornos de la alimentación.

Al respecto, Fredrickson y Roberts (1997; citado por Tiggemann y Kuring, 2004) proponen la *teoría de la objetivización del cuerpo*, que dice que el dominio de la objetivización sexual en la cultura occidental gradualmente lleva a la mujer a internalizar una concepción de su

físico como un objeto para ser observado y evaluado por los demás con base en su apariencia, e incluso por ella misma. Como consecuencia, la mujer se coloca en la posición de un observador externo, prestando mayor atención a las características observables (como la forma física de su cuerpo) que a los atributos no observables que podrían ser detectados sólo por ella misma (como sus propias emociones) (Fredrickson, Roberts, Noll, Quinn y Twenge, 1998; citado por Morry y Staka, 2001).

Tiggemann y Kuring (2004) aportan evidencia a esta teoría, encontrando que la auto-objetivización conduce a monitorear la apariencia externa, lo que a su vez provoca incremento en los sentimientos de vergüenza y ansiedad acerca de la propia apariencia física, seguidos de ánimo deprimido y sintomatología de trastornos alimentarios.

Estos hallazgos coinciden con otras investigaciones en las que se analizan los sentimientos asociados a la discrepancia entre el cuerpo actual y el ideal; en éstas se encuentra que tales discrepancias se asocian con una baja autovaloración y una alta vulnerabilidad para síntomas de depresión (Durkin y Paxton, 2002; y Harter, 1999; Stormer y Thompson, 1996; citados por Markham, *et al.*, 2005), lo cual predice un incremento en la insatisfacción corporal, en la realización de dietas, en afectos negativos dirigidos hacia el propio cuerpo y en la posterior presencia de síntomas de trastornos alimentarios (Tiggemann, 1997; Stice, Mazotti, Krebs, y Martin, 1998; Thompson, Covert, Richards, Jonson, y Cattarin, 1995; citados por Tiggemann y McGill, 2004), especialmente bulímicos, situaciones todas que correlacionan positivamente con sentimientos de vergüenza (Hayaki, Friedman y Brownell, 2002; Sanftner, *et al.*, 1995; citados por Markham, *et al.*,

2005), que a su vez se asocian con síntomas de ansiedad, enojo y hostilidad (Tangney, *et al.*, 1992; citado por Markham, *et al.*, 2005) y en contextos relacionados con la comida y el propio cuerpo predicen la severidad de síntomas de la conducta alimentaria (Andrews, 1997; Burney e Irwin, 2002; McKinley y Hyde, 1996; citados por Markham, *et al.*, 2005).

Aún experimentalmente se ha encontrado una tendencia a sobrevalorar el “ideal” físico. Cash, *et al.* (1983, citado por Gokee-LaRose, Dunn y Tantleff-Dunn, 2004) hallaron que un grupo de mujeres a quienes se les expuso a una serie de imágenes de mujeres “atractivas” tendieron a evaluar más baja su propia atracción física, que aquellas expuestas a una serie de imágenes de mujeres “no atractivas”.

Los factores implicados en el proceso de adquisición del ideal de delgadez son diversos. Se tiene evidencia de que la familia (especialmente de madre a hija) y el grupo de pares influyen de manera importante (Pike y Rodin, 1991; Pastón, Schutz, Wertheim y Muir, 1999; citados por Tiggemann y McGill, 2004); sin embargo, es posible que los medios masivos de comunicación sean los transmisores más poderosos de este ideal, debido a su influencia y el fácil acceso a éstos para la mayoría de las personas. Siendo así, el individuo se encuentra inmerso en un medio que le sugiere y le refuerza mantenerse dentro de los parámetros marcados socialmente (Stice, 2002; citado por Levine y Piran, *op cit*), no sólo por el contacto directo con los medios de comunicación o por compartir con otras mujeres tal información, sino porque el género masculino también puede verse influenciado de manera importante y así ejercer presión

en las mujeres, buscando el cuerpo “ideal” que él ha observado a través de éstos (Harrison y Cantor, 1997).

### **1.2.2 Influencia de los medios masivos de comunicación**

La televisión, las revistas y el cine son medios masivos de comunicación visuales que transmiten una serie de conceptos alrededor de las diferentes morfologías corporales, por lo que se han convertido en uno de los factores más importantes para el desarrollo de una imagen corporal negativa, y quizás el principal, pues exhiben modelos, en su mayoría femeninos, con características físicas poco comunes en la población general (Polivy y Herman, 2002) e incluso inalcanzables para la mayoría de las mujeres (Thompson, *et al.*, 1999; citado por Thompson y Stice, 2001), ya que preponderantemente se presentan mujeres jóvenes, muy altas y extremadamente delgadas (Malkin, Wornian, y Chisler, 1999; Fouts y Burggraf, 1999, 2000; citados por Tiggemann y McGill, 2004). De hecho, la exposición a este ideal cada vez más alejado de lo real repercute en mayores consecuencias negativas mientras más elevado es el índice de masa corporal (IMC) de quien lo observa (Tiggemann y McGill, 2004). En este sentido existe evidencia de que mujeres universitarias con un IMC elevado tienden a enfatizar la apariencia y el peso de otras mujeres al momento de evaluarlas (Beebe, Hombeck, Schober, Lane y Rosa, 1996; citado por Groesz, Levine, y Murnen, 2002).

En 1980, Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (citado por Morry y Staka, 2001) publicaron un estudio acerca de la evolución de las dimensiones corporales de “Misses América” y de modelos de revistas “Playboy”, de 1959 a 1978. Encontraron que los cuerpos en cuestión eran cada vez más delgados y tubulares, mientras que la mujer

norteamericana cada vez presentaba una dimensión corporal más gruesa, lo que alejaba lo real del ideal. Wiseman, Gray, Mosimann y Ahrens (1992; citado por Wegner, Hartmann y Geist, 2000) prolongaron el estudio hasta 1988, encontrando un peso corporal incluso por debajo del 15% del esperado para la edad y la talla en la mayoría de las modelos, lo cual forma parte de los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa.

En la televisión suelen presentarse más personajes delgados que obesos, sobre todo mujeres; además de que los personajes masculinos hacen comentarios positivos acerca de las mujeres delgadas y negativos acerca de las obesas (Garner, *et al.*, 1980; Kaufman, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson y Nelly, 1986; Wiseman, *et al.*, 1992; Fouts y Burggraf, 2000; citados por Vaughan y Fouts, 2002).

En las revistas son presentadas mujeres muy delgadas, ya sea formando parte de los artículos o de los anuncios, sean estos para vender productos que tengan que ver o no directamente con el cuerpo. Cusumano y Thompson (1997) reportan que en las revistas que acostumbran leer las mujeres estadounidenses de 18 a 49 años de edad aparecen modelos con un grado de delgadez entre 1.89 y 4 (en una escala donde 1=muy delgadas y 9=obesas), con un busto de 1 a 3.62 (en una escala de 1 a 5); coincidiendo con los hallazgos de Garner, *et. al.* anteriormente mencionados, tratándose de un cuerpo delgado y más bien tubular.

Es importante hacer notar que precisamente las mujeres que fungen como modelos son una población con alto riesgo para padecer trastornos alimentarios (Miller y Pumariega, 2001), e incluso gran parte

de ellas está muy por debajo del peso deseable para su edad y estatura. Wong (2003) comparó un grupo de mujeres dedicadas al modelaje contra uno de población general; en las modelos encontró mayor tendencia a sobreestimar su peso, a estar insatisfechas con éste, deseos de estar más delgadas, mayor consumo de medicamentos para bajar de peso y autoinducción del vómito, todas estas situaciones relacionadas con la aparición de trastornos alimentarios. Esto es importante por el efecto que tiene en las mujeres que las observan, pues se han realizado estudios en donde se muestra relación entre el deseo de ser como las modelos que se presentan en los medios de comunicación y la preocupación cada vez mayor por el peso del propio cuerpo, así como con conductas de tipo purgativo (Field, *et al.*, 1999, 2001; citado por Tiggemann y McGill, 2004).

Hay que señalar también que los medios de comunicación no sólo muestran a las modelos, sino además la supuesta manera de obtener un cuerpo como el suyo; dan instrucciones explícitas sobre cómo obtener un cuerpo esbelto por medio de dietas, ejercicio y cirugía, entre otros métodos, alentando a las consumidoras a creer que pueden y deben ser delgadas (Yamamiya, *et al.*, 2005). Se tienen datos de que las revistas, especialmente las que van dirigidas a la población femenina, con el paso de los años han aumentado en número de artículos orientados al adelgazamiento ya sea por medio de dietas diseñadas para ese fin o por la realización de ejercicio físico; Wiseman, *et al.* (1992; citado por Toro, 1996) detectaron que de 1980 a 1988 el número de artículos referentes a ejercicio físico superó el número de los de dieta en seis revistas femeninas. Asimismo, en cuanto a los artículos y anuncios de dietas, forma física, salud y belleza se refiere, aparece una mayor cantidad de éstos en las revistas dirigidas a la población femenina que en las dirigidas a la población

masculina (Nemeroff, *et al.*, 1994; citado por Cusumano y Thompson, 1997). Incluso, Anderson y DiDomenico (1992; citado por Wegner, *et al.*, 2000) encontraron semejanza entre la proporción de mujeres y hombres con trastornos alimentarios (10 mujeres por cada hombre) y la proporción de artículos y anuncios “para adelgazar” en revistas para mujeres y para hombres, también de 10:1 respectivamente.

Si bien es cierto que existen datos de que a mayor consumo de televisión y revistas se presenta mayor insatisfacción corporal (por ejemplo, Anderson, *et al.*, 2001 y Harrison, 2000, 2001; citados por Hargreaves y Tiggemann, 2004), debido a la diferencia en el material que presentan la televisión y las revistas resulta útil revisar investigaciones llevadas a cabo con cada uno de estos medios.

Tiggemann (2003) exploró, en un grupo de mujeres universitarias australianas, los efectos que tienen sobre la internalización de la delgadez y la insatisfacción corporal las revistas (aquellas que enfatizan la moda), y la televisión (específicamente telenovelas y videos musicales), según el tiempo que se tiene contacto con éstos de manera cotidiana; encontró que la exposición a revistas de moda tiende a generar mayor conciencia del ideal de delgadez e insatisfacción con el propio cuerpo, mientras que una mayor exposición a la televisión se relaciona también con insatisfacción corporal, pero no con internalización de la delgadez.

En este mismo sentido, Vaughan y Fouts (2003) encontraron que mujeres adolescentes que tuvieron más tiempo de exposición a las revistas que promueven la delgadez en un lapso de 16 meses, también aumentaron en sintomatología de trastornos alimentarios, a diferencia de quienes se expusieron más tiempo a la televisión en ese mismo

periodo, quienes no aumentaron en sintomatología. En otro estudio longitudinal, Stice, Spangler y Agras (2001; citado por Vaughan y Fouts, 2003) examinaron los efectos a largo plazo de la revista *Seventeen*, encontrando sintomatología de bulimia, dietas, internalización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal y afecto negativo en aquellas mujeres que inicialmente resultaron por arriba del promedio en insatisfacción corporal, en la presión percibida para estar delgadas y en deficiencias en apoyo social.

En otro estudio también llevado a cabo con adolescentes, Utter, Neumark, Wall y Store (2003) observaron que a mayor lectura de artículos referentes al control de peso, mayor probabilidad de realización de conductas para bajar de peso y atracones, baja autoestima, ánimo deprimido e insatisfacción corporal. Sin embargo, no se encontró relación entre las conductas para bajar de peso y los atracones con la baja autoestima, el ánimo deprimido y la insatisfacción corporal.

Acorde con las investigaciones llevadas a cabo por Tiggeman (2003) y Utter, *et al.* (2003), en estudios de exposición breve a imágenes se han encontrado variaciones en el estado de ánimo y en las creencias de las mujeres respecto a su propio cuerpo. Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel y Stuckless (1999) reportaron que, tras una breve exposición a imágenes de mujeres delgadas tomadas de revistas, las mujeres participantes en el estudio mostraron sentimientos de enojo y depresión, siendo aún más vulnerables quienes presentaban riesgo para trastorno alimentario, concordando con el estudio llevado a cabo por Stice, Spangler y Agras anteriormente mencionado; de forma similar, Hausenblas, Janelle, Gardner y Focht (2004; citado por Yamamiya, *et al.*, 2005) se percataron de que las mujeres con un alto

impulso hacia la delgadez no solamente experimentaron insatisfacción corporal tras la exposición breve a imágenes de mujeres idealizadas, sino que el afecto negativo permaneció por lo menos dos horas después.

En este mismo sentido, Stice y Shaw (1994; citado por Thompson y Cusumano, 1997) encontraron que la exposición breve a imágenes de mujeres extremadamente delgadas tomadas de revistas se relacionó con un incremento en los niveles de depresión, estrés, culpa, vergüenza, inseguridad, insatisfacción corporal y sintomatología de bulimia en mujeres estudiantes, a comparación de los resultados obtenidos tras la exposición a imágenes de modelos con peso normal o de mujeres que no eran modelos, especialmente en aquellas mujeres con un alto grado de internalización de la delgadez. En esta investigación, la ansiedad no se vio influenciada significativamente por la exposición a imágenes de modelos delgadas. Adicionalmente, se concluyó que existe una relación directa entre la exposición a los medios y las alteraciones en la conducta alimentaria en mujeres estudiantes no diagnosticadas con trastornos alimentarios.

Wegner, *et al.* (2000), tras exponer a un grupo de mujeres universitarias durante un minuto a imágenes de mujeres delgadas tomadas de revistas dirigidas al género femenino, observaron un mayor monitoreo de los propios pensamientos y emociones, así como mayor conciencia del propio cuerpo visto como objeto social.

En otro estudio llevado a cabo con mujeres universitarias, Heinberg y Thompson (1995; citado por Durkin y Paxton, 2002) encontraron que tras la exposición breve a comerciales donde la modelo poseía las características físicas “ideales”, quienes inicialmente presentaban una

imagen corporal negativa sintieron más depresión, enojo e insatisfacción con su apariencia, que aquellas que no tenían alteraciones de la imagen corporal. Estos datos aportan evidencia de la vulnerabilidad de las mujeres con insatisfacción corporal ante la presencia del ideal de delgadez presentado en los medios; síntoma que generalmente acompaña a los trastornos alimentarios.

Mientras que los hallazgos de Heinberg y Thompson (1995), Pinhas, *et al.* (1999), Stice, *et al.* (2001) y Hausenblas, *et al.* (2004) previamente mencionados sugieren que las mujeres con riesgo para trastorno alimentario ya se encuentran vulnerables a la modificación emocional resultante de la exposición a imágenes de mujeres delgadas que aparecen en revistas, Thomsen, McCoy y Williams (2001) encontraron que, aunque pacientes recuperadas de anorexia nerviosa no atribuyen directamente el trastorno alimentario a los medios de comunicación, sí consideran que las revistas de moda y belleza funcionan más como mantenedoras del trastorno alimentario que como detonadoras del mismo. Vaughan y Fouts (2003) coinciden con Thomsen y cols. y mencionan que las revistas son utilizadas por ellas como motivadoras y reforzadoras para llevar a cabo modificaciones y restricciones alimentarias, para compararse con otras mujeres y como medios informativos (en busca de *tips*), exponiéndose deliberada y repetidamente al ideal de delgadez (haciendo un examen detallado de las modelos en los anuncios o al releer los artículos).

Tiggemann y McGill (2003) se interesaron por saber si difiere el efecto de la exposición breve a anuncios de revistas si estos muestran sólo una parte del cuerpo femenino o si muestran a la mujer completa. Encontraron que cuando solamente se observa una parte del cuerpo (piernas, abdomen, cadera), el efecto sobre sentimientos de

insatisfacción corporal, afecto negativo y ansiedad en relación al cuerpo son aún mayores que cuando se observa la figura completa de la mujer; sin embargo, en ambos casos se ve un efecto mayor que si sólo se observa el producto sin presencia femenina, siendo un dato importante, dada la comparación que surge de la persona que mira el anuncio con la modelo de la revista.

Halliwell y Dittmar (2004) también analizaron el efecto ocasionado por anuncios, cuidando que la modelo fuera la misma, variando únicamente su grado de delgadez, por medio de distorsión por computadora. Compararon el efecto del anuncio en tres condiciones: con la imagen de la modelo muy esbelta, con la imagen de la modelo en peso promedio y un anuncio control en el que sólo se presentaba el producto. Encontraron que las mujeres con un mayor grado de internalización del ideal de delgadez se veían más afectadas en la ansiedad sentida hacia el propio cuerpo cuando observaban el anuncio de la modelo delgada; además, encontraron que el anuncio resultaba igualmente efectivo sin importar la talla de la modelo.

Al parecer, por lo tanto, son las revistas las que tienen mayor relación con la internalización de la delgadez, insatisfacción corporal y conductas de riesgo para trastornos alimentarios, sin embargo, cada tipo de revista con un resultado distinto.

Harrison y Cantor (1997) basándose en la frecuencia de consumo de ciertos géneros de revistas, encontraron que el riesgo para padecer trastornos de la alimentación se relacionó con un mayor consumo de revistas con temas “para estar en buena forma”, seguidas por las de “moda”, luego por las de “noticias” y finalmente por las de “chismes”. Explican que puede ser que las revistas con temas “para estar en

buena forma" tengan una mayor relación con el riesgo para trastorno porque fomentan de manera directa la delgadez, a diferencia de las de "moda", en donde se presentan cuerpos delgados, pero no necesariamente promueven la delgadez. A diferencia del riesgo para trastorno, la insatisfacción corporal y la motivación hacia la delgadez se relacionaron mayormente con las revistas sobre moda. Cuando analizaron estos factores en relación al tiempo de consumo de programas televisivos cuyos conductores o personajes difieren en morfología, no encontraron relación significativa.

En un estudio similar, Morry y Staka (2001) encontraron relación entre las revistas de "belleza", objetivización del propio cuerpo y sintomatología de trastornos alimentarios en las mujeres, apareciendo como mediador la internalización de la delgadez; sin embargo, no encontraron relación alguna con el consumo de revistas para "estar en buena forma".

En 2002, Thomsen obtuvo resultados concordantes con los de Harrison y Cantor, *op cit.* y, además, encontró una relación significativa ( $r=.51$ ,  $p<.01$ ) entre la preocupación por la forma del cuerpo en las mujeres y sus creencias acerca de las expectativas de los hombres hacia el cuerpo femenino; en esta investigación, especialmente quienes tenían más contacto con revistas de moda y belleza, creían que los hombres preferían mujeres delgadas.

Así, la relación que guardan la exposición a los medios masivos de comunicación -específicamente el estereotipo físico femenino presentado en éstos, las emociones generadas en las mujeres que los miran y la presencia de riesgo para trastorno alimentario, parece ser estrecha. Tras una revisión de 25 estudios de exposición breve a

imágenes de mujeres delgadas, Groesz, *et al.* (2002) encontraron que los cambios resultantes fueron pequeños efectos negativos, pero relativamente consistentes y significativos.

Tiggemann (2002; citado por Tiggemann y McGill, 2004) identificó tres características que frecuentemente presentan las mujeres más vulnerables al ideal estético que presentan los medios de comunicación: estas mujeres han internalizado el ideal de delgadez, dan gran importancia a su apariencia física al momento de formar su autoconcepto y tienden a la comparación social.

### **1.2.3 Teoría de la comparación social**

Como un modelo explicativo del efecto que los medios masivos de comunicación pudieran tener sobre la auto-evaluación, se ha sugerido la utilización de la teoría de la comparación social (por ejemplo, Cusumano y Thompson, 1997; Wegner, *et al.*, 2000; Tiggemann y McGill, 2004; Hargreaves y Tiggemann, 2004), que inició Festinger en 1954 (citado por Wegner, *et al.*, 2000) y que dice que la evaluación de uno mismo se basa en la comparación con otras personas. Tiggemann y McGill (2004) hacen mención de la comparación social como rasgo y como estado. Como rasgo se refiere a la tendencia a compararse en mayor o menor proporción con otros, mientras que como estado se trata de un proceso reactivo que se desencadena ante la presencia de estímulos con ciertas características, si se está motivado para observarlos.

Las mujeres son más propensas que los hombres a comparar su apariencia con la de otras personas, especialmente aquellas que dan gran importancia al aspecto físico y quienes tienen una alta

comparación social-rasgo (Jones, 2001; Thompson, Heinberg, y Tantleff, 1991; Cash y Labarge, 1996; citados por Hargreaves y Tiggemann, 2004) e incluso si no satisfacen las “normas” de atracción socialmente establecidas, pueden llegar a sentirse “inferiores” (Yamamiya, *et al.*, 2005).

Con este razonamiento, Tiggemann y McGill (2004) sugieren que la exposición controlada al ideal de delgadez detona la preocupación por el propio cuerpo en mujeres vulnerables, debido a un proceso de comparación social. En este sentido, Wegner, *et al.* (2000) plantean que si las mujeres utilizan como punto de comparación a las modelos delgadas que presentan los medios, tenderán a evaluar de forma negativa su propio cuerpo y a desarrollar una pobre imagen corporal pues, según estos autores, se incrementa la conciencia del propio cuerpo visto como objeto social, como si ellas mismas fueran un observador externo.

Para comprobar su hipótesis, Tiggemann y McGill (2004) investigaron de forma experimental el papel que juega la comparación social como mediador entre la exposición a imágenes de anuncios presentados en revistas y los efectos negativos en relación al propio cuerpo. Encontraron que, efectivamente, el grado de comparación social como rasgo y como estado (al momento de observar los anuncios en donde aparecen mujeres o partes del cuerpo femenino) se relaciona positivamente con insatisfacción corporal y afecto negativo, especialmente si se le insta a la gente a compararse con las modelos.

Dittmar y Howard (2004) además de la comparación social midieron el grado de internalización de la delgadez de mujeres que posteriormente serían expuestas a algún tipo de imágenes: de modelos muy delgadas,

modelos con peso promedio o imágenes control. Sus hallazgos coinciden con los de Tiggemann y McGill (2004) en cuanto a que la comparación social es un predictor importante del efecto de la exposición a las imágenes; sin embargo, encontraron que es aún más fuerte el papel que desempeña la internalización del ideal de delgadez, es decir, resulta más importante qué tanto se han hecho propios los ideales culturales como un modelo a seguir, que la tendencia a compararse con las demás personas. En este estudio se encontró que las personas con un alto grado de internalización de la delgadez, cuando se comparan con quienes presentan “el ideal”, se incrementa la ansiedad experimentada hacia su propio cuerpo; en cambio, cuando la comparación se hace con una persona de peso promedio, el nivel de ansiedad con respecto al propio cuerpo disminuye.

En concordancia con este estudio, Irving (1990; citado por Posavac, Posavac y Weigel, 2001) encontró que cuando a las mujeres se les expone a imágenes de mujeres obesas reportan menor insatisfacción corporal que si se les expone a imágenes de modelos delgadas; adicionalmente, halló que las mujeres perciben a los medios de comunicación como la principal presión social para tener un cuerpo esbelto.

Con estas evidencias es indudable que los medios de comunicación juegan un rol muy importante como factor asociado a la aparición y mantenimiento de los trastornos alimentarios, ya sea como punto de comparación para valorar al propio cuerpo, como medio informativo acerca de diversas formas para disminuir de talla, etc.; sin embargo, no todas las personas que se exponen a ellos se ven influenciadas de la misma forma. Ya se comentó en la revisión de investigaciones que algunos de los factores que causan vulnerabilidad en las personas son

la internalización de la delgadez, insatisfacción corporal y tendencia a la comparación social. Estas características individuales están estrechamente relacionadas con los trastornos alimentarios, pero no solamente aparecen en una alteración alimentaria ya establecida, sino que además ponen a la persona en riesgo. Así como se han investigado tales variables, resulta importante indagar algunas otras también relacionadas con los trastornos alimentarios, a fin de explorar su actuación como posibles factores de vulnerabilidad ante la exposición a los medios masivos de comunicación.

### **1.3 TRASTORNOS ASOCIADOS A LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS**

Es frecuente que los trastornos alimentarios cursen con sintomatología de otros trastornos psiquiátricos, sea que ya se encontraban presentes antes del desarrollo de la alteración alimentaria, o que aparecieron de forma secundaria (Walsh y Devlin, 1998; Toro, 2004).

Cuando su aparición es previa, la sintomatología afectiva asociada puede haber funcionado como un factor de riesgo para el trastorno de la conducta alimentaria; en cambio, si su aparición es concomitante, su función puede ser de mantenimiento (Toro, 2004).

Los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados a los alimentarios son los depresivos y los de ansiedad, sin embargo resulta importante distinguir de la mera sintomatología depresiva o ansiosa clínicamente significativa que no alcanza a conformar un cuadro de depresión o ansiedad propiamente dicho, o si se trata de un síndrome como tal.

### 1.3.1 Ansiedad

Los pacientes con trastornos alimentarios frecuentemente presentan síntomas de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social y cuadros de ansiedad generalizada (García, 2001), apareciendo muchas veces desde la infancia y funcionando, quizás, como otro factor desencadenante para los trastornos alimentarios (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich y Masters, 2004).

La raíz de la palabra “ansiedad” se ubica en el latín *anxietas*, que denota una experiencia de diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor (Howard, 1960; citado por Bernal de Anda, 2002).

Tyrer (1982; citado por Díez, 2000, p. 33) define la ansiedad como “una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo”, siendo así un estado deseable en los seres vivos como forma de reacción al medio ambiente. Sin embargo, la ansiedad comienza a ser un estado indeseable e incluso negativo, cuando se convierte en un estado de tensión anticipatorio de eventos amenazantes, pero vagos.

Koppitz (1991; citado por Romero y Suárez, 2002) define la ansiedad como “Tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo, a las acciones o al futuro; o como preocupación, inestabilidad o aflicción, o como un estado prolongado de aprensión” (p. 41).

Rachman (1998) refiere que algunas características de la ansiedad son las siguientes: anticipación de peligro, aprensión, alertamiento elevado, afecto negativo, acompañamiento de sensaciones físicas de

vigilancia, una conexión incierta entre el sentimiento de ansiedad y la situación amenazante, suele ser persistente, no tiene límites claros y puede ser que la causa no esté identificada.

Existen varios modelos psicológicos explicativos de la ansiedad, entre los que se encuentran el psicoanalítico, el de la teoría del aprendizaje y el análisis cognoscitivo.

El modelo *psicoanalítico* tiene como principal representante a Freud, quien en la primera mitad del siglo XX señaló que el estado de ansiedad se acompaña por respuestas conductuales y fisiológicas, tales como cambios en la respiración y en la palpitación del corazón, sudoración y estremecimientos (citado por Spielberger, 1972); y distinguió entre “ansiedad objetiva” y “ansiedad neurótica”, siendo la primera una reacción de miedo ante la percepción de peligro, y la segunda una aprensión general o “ansiedad libre flotante”. Este modelo plantea que la ansiedad tiene como origen el miedo a que el mecanismo de defensa represivo falle en el control de demandas instintivas y éstas asomen intempestivamente (Freud, 1926; citado por Beck, 1976).

Por otra parte, el modelo de la *teoría del aprendizaje* plantea básicamente que la ansiedad surge de la relación entre un estímulo originalmente no aversivo (o estímulo neutral) con un estímulo aversivo (Millenson, 1974). El estudio de la ansiedad por parte de este modelo surge indirectamente desde los estudios de Pavlov, y se extiende a los humanos con la teoría de Wolpe en 1958, y posteriormente con la teoría de Eysenck, en 1965 y 1967 (citado por Rachman, 1998). Wolpe, partiendo de la idea de que la ansiedad surge de manera condicionada, diseñó una técnica de desensibilización sistemática para

inhibir las reacciones de ansiedad condicionadas; por su parte, Eysenck se refiere a la ansiedad como traumas emocionales que involucran reacciones del sistema nervioso autónomo, resultantes de la relación estímulo neutral-estímulo aversivo, llamados por él “eventos traumáticos”.

En cuanto al análisis *cognoscitivo* de la ansiedad, dos representantes importantes son Beck (1985) y Salkovskis (1996) (citados por Rachman, 1998). Beck señaló que, dada una situación, el sujeto identifica las características negativas de ésta, y las magnifica en intensidad, lo que elicitaba una ideación de peligro que le genera ansiedad. Salkovskis menciona que la ansiedad se origina según la interpretación que se haga de la situación, dependiendo de la experiencia del sujeto y el estado de ánimo en que se encuentre, por lo que el evento no es el que ocasiona ansiedad en sí mismo, sino la interpretación que se haga de éste.

En este sentido, ya en 1957 Catell diferenciaba entre la ansiedad como un estado de ánimo y la ansiedad como un rasgo de personalidad (citado por Spielberger, 1972). Un rasgo de personalidad podía ser conceptualizado como una forma de responder de cierta manera, con una regularidad hasta cierto punto predecible. En cambio, siendo un estado de ánimo, la ansiedad era transitoria, debía ser evocada por el estímulo apropiado y por lo tanto no caracterizaba la manera de ser del individuo. Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) se valen de esta distinción para definir la ansiedad-rasgo como “las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado” (p.1), y la ansiedad-estado como “una

condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (pp.1-2), conceptos a partir de los cuales diseñaron el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Desde el punto de vista psicopatológico, en el DSM-IV-TR aparecen doce formas de ansiedad, algunas de las cuales se han relacionado con el curso de la anorexia y la bulimia nerviosas; éstas son: fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica y trastorno por estrés postraumático.

Según el DSM-IV-TR estos trastornos son definidos de la siguiente manera:

*Fobia social:* Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

*Trastorno obsesivo-compulsivo:* Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

*Trastorno de ansiedad generalizada:* Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

*Fobia específica:* Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a

situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

*Trastorno por estrés postraumático:* Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2002) realizaron una revisión de investigaciones publicadas entre 1985 y 2000, en donde se evalúa la comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los de ansiedad. Atendiendo a las cuestiones metodológicas de los mismos, aportan comparaciones cuidadosas entre los resultados de los diferentes estudios; de acuerdo con esta revisión, se observa lo siguiente:

Se encuentra una tasa 2 a 4 veces superior de trastornos de ansiedad en mujeres con trastornos de la alimentación (en más del 33%) que en mujeres sin éstos (entre 13 y 18%). La prevalencia de *fobia social* en población con trastornos alimentarios varía del 23.8 al 55%, siendo más frecuente que en población sin trastornos alimentarios (entre 1 y 13%). El *trastorno obsesivo-compulsivo* se presenta con mayor frecuencia a lo largo de la vida de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (11-69%) que en controles (2-3%), específicamente en bulímicas y en anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo, existiendo preocupación y rituales relacionados con la comida, revisión constante del peso y figura corporales, así como realización de ejercicio excesivo. Por otra parte, el riesgo para *trastorno de ansiedad generalizada* es 6.1 veces mayor en anoréxicas y 2.6 veces mayor en bulímicas que en mujeres sin trastornos de la

alimentación. Las *fobias específicas* se encuentran con mayor frecuencia en población con trastornos alimentarios que en controles, pero no en pacientes recuperados. El *trastorno por estrés postraumático* es más frecuente en bulímicas que en anoréxicas y en controles.

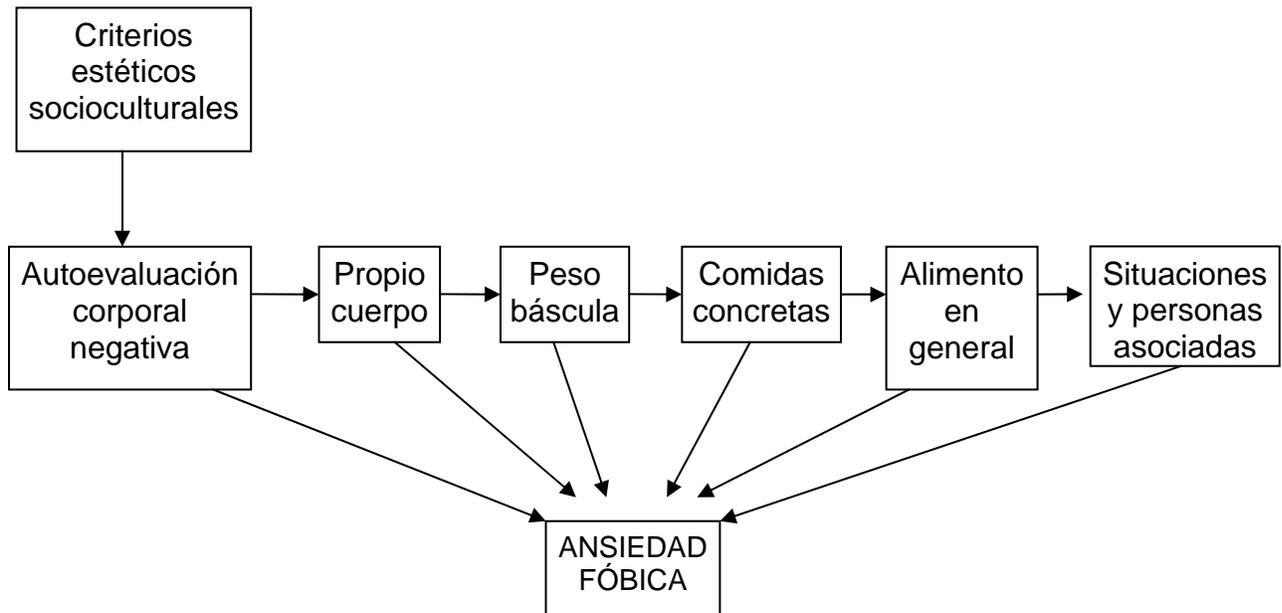
Existen investigaciones en las que se ha constatado la presencia de síntomas de ansiedad incluso previos a la alteración alimentaria (Kaye, *et al.*, 2004); sin embargo, tratar de interpretar la cronología de aparición del trastorno de ansiedad y el alimentario resulta complicado, sobretodo porque hay trastornos de ansiedad, como el generalizado, cuya edad de aparición se encuentra alrededor de los 20 años; mientras que la edad de aparición de otros, como la fobia social, suele situarse en la infancia (Godart, *et al.*, 2002). No obstante, en este sentido Pollice, *et al.* (1997; citado por Toro, 2004) realizaron un estudio en pacientes anoréxicas con peso recuperado y encontraron que a pesar de que la sintomatología de ansiedad, depresión y obsesividad había mejorado, persistían algunos síntomas de manera significativa, lo que lleva a concluir a los autores que esta sintomatología probablemente existía incluso antes del trastorno alimentario, funcionando como posibles factores de riesgo.

Santo-Domingo, *et al.* (2002) refieren que en relación con la anorexia nerviosa, la ansiedad suele ser un factor constante desde el inicio del trastorno, ya que los pensamientos intrusivos y reiterativos referentes a la imagen corporal, a la comida o al peso suelen vivirse con tensión e inquietud, así como con síntomas somáticos, tales como sequedad de boca, taquicardia, cefaleas y hormigueo, entre otros.

Toro y Vilardell (1987) proponen un esquema de explicación de la ansiedad experimentada por las anoréxicas, a la que ellos denominan “ansiedad fóbica” y que de acuerdo con su teoría la base se encuentra en los criterios estéticos socioculturales, que contribuyen a una autoevaluación corporal negativa y que, por generalización, la ansiedad fóbica experimentada inicialmente hacia el cuerpo se extiende hasta el alimento en general y las situaciones y personas asociadas (figura 1).

### Figura 1

Esquema de explicación de la ansiedad experimentada por anoréxicas



Tomado de Toro y Vilardell (1987), p. 48

Específicamente en relación con los trastornos alimentarios, la forma de ansiedad que mayormente se ha estudiado ha sido la denominada *ansiedad física social*, que es la que el individuo experimenta al preocuparle el cómo es percibida su figura corporal por las demás personas. Thompson y Chad (2002) encontraron una correlación positiva entre el grado de ansiedad física social y la tendencia al

desarrollo de algún tipo de trastorno alimentario, especialmente cuando se acompaña de insatisfacción corporal, siendo así un predictor importante.

Debido al papel que los medios masivos de comunicación parecen jugar sobre la evaluación del propio cuerpo, resulta importante revisar su relación con la ansiedad experimentada por la persona que los observa. Al respecto, Gould (1987; citado por Wegner, *et al.*, 2000) sugiere que los anuncios que aparecen en los medios ocasionan un aumento en los niveles de ansiedad debido a la detección de un problema que parece que será resuelto por el consumo del producto anunciado. En este mismo sentido, Richins (1991; citado por Wegner, *et al.*, 2000) observó en mujeres estudiantes que, efectivamente, se genera insatisfacción a partir de la exposición a los anuncios, aunque esta insatisfacción no lleve necesariamente al consumo del producto.

En estudios de exposición breve a imágenes de mujeres que aparecen en medios masivos de comunicación, la ansiedad ha sido considerada en dos sentidos: en relación con el propio cuerpo y de manera general como ansiedad-estado; en relación con el propio cuerpo se les pregunta a los sujetos qué tan ansiosos les hace sentir el pensar en diferentes partes de su cuerpo en determinado momento; mientras que como “estado” sólo se les pide que contesten qué tan ansiosos se sienten en determinado momento.

En relación con el propio cuerpo, Tiggemann y McGill (2003) encontraron un incremento en el nivel de ansiedad tras la exposición a fotografías de mujeres delgadas y de partes del cuerpo femenino que formaban parte de anuncios de revistas; de forma complementaria, Halliwell y Dittmar (2004) encontraron que a mayor internalización del

ideal de delgadez era mayor el nivel de ansiedad en relación con el propio cuerpo.

En lo que al nivel de ansiedad-estado se refiere, Stice y Shaw (1994) no encontraron alteraciones significativas en éste tras la exposición breve a imágenes de mujeres sumamente delgadas. Contrariamente, Durkin y Paxton (2002) encontraron un aumento significativo, especialmente en aquellas mujeres que ya presentaban niveles elevados de internalización del ideal de delgadez y tendencia a la comparación social.

### **1.3.2 Depresión**

Otro factor psiquiátrico frecuentemente asociado con las alteraciones alimentarias es la depresión.

La palabra *depresión* deriva del latín *depressio*, que significa abatimiento, descenso y concavidad (Velázquez, 2004); ésta suele usarse en amplios sentidos, tanto para emitir un diagnóstico clínico como para definir un estado de ánimo pasajero; Vázquez y Sanz (1997) señalan que la forma más común en que se utiliza el término es para hacer referencia a un síntoma anímico (como estar triste o melancólico); y, de forma más restrictiva, para indicar la existencia de un trastorno compuesto por un conjunto de síntomas adicionales al mero estado de ánimo bajo (como cambios en los patrones de sueño y alimentación) con una duración determinada, un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico y una serie de criterios de exclusión diagnósticos claramente delimitados.

Lara (1996; citado por Velázquez, 2004) apunta que “a veces se usa la palabra depresión cuando una persona se siente triste o frustrada, por un rato, y otras cuando siente que no puede hacer nada y tiene gran tristeza y malestar por varias semanas o meses, es decir, que la palabra depresión se refiere a distintos problemas” (p. 11).

Klob (1972, citado por Axelrod, 1990) define a la depresión como un “tono afectivo de tristeza, variando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo” (p.16).

Castilla (1987; citado por Velázquez, 2004) menciona que la depresión “es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una disminución de la energía, una reducción de la autoestima, trastornos de la vida instintiva y una variedad de otros síntomas...” (p.11).

En cada definición se hace alusión a síntomas emocionales, cognitivos y/o físicos, ya sea como un estado momentáneo o como un conjunto de signos y síntomas que pueden llegar a conformar un trastorno. Al igual que en el caso de la ansiedad, la depresión ha sido explicada por diferentes modelos psicológicos, entre los que se encuentran el psicoanalítico, el de la teoría del aprendizaje y el análisis cognoscitivo.

El modelo *psicoanalítico* explica que las pérdidas reales o imaginarias vividas durante los primeros años del sujeto lo vuelven vulnerable a la depresión ante futuras pérdidas. Para Freud (1917; citado por Polaina-Lorente, 1985) algunas de las características de la melancolía (como se le conocía desde la teoría humoral de Hipócrates), son: una extraordinaria disminución del amor propio; implicación del yo en la reacción ante la pérdida del objeto; autocrítica pública; el instinto agresivo que se genera por la pérdida no se dirige hacia el objeto

adecuado, sino hacia el propio sujeto; y tendencia al suicidio, como signo de hostilidad contra sí mismo.

Por otro lado, bajo una perspectiva *conductual*, Seligman y Maier (1967; citado por Arieti y Bemporad, 1978) realizaron una serie de experimentos con perros, a quienes exponían a situaciones ineludibles de shock independientemente de su conducta, de tal forma que hicieran lo que hicieran se enfrentaban a un fracaso sistemático. Encontraron que, tras varios ensayos, los animales se volvían pasivos, aún cuando se les posibilitaba la huída. A esta reacción la denominaron *desesperanza aprendida*. Con estos resultados, en 1975 Seligman (citado por Arieti y Bemporad, *op cit.*) sugirió que la depresión podía ser una forma de desesperanza aprendida y que, cuando las personas han recibido en forma repetida estímulos aversivos que no pueden controlar, llegan a ignorar la relación entre su conducta y el control del medio, de tal forma que su respuesta ante futuros eventos negativos será de pasividad, resignación y autodesvalorización.

Desde el punto de vista *cognoscitivo*, Aaron Beck (1976) distinguió un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta características de la depresión; de esta forma, observó que el paciente deprimido muestra distorsiones cognitivas que le hacen tener una visión negativa de sí mismo, del ambiente y del futuro, a lo que él llamó *triada cognitiva*. Encontró dos causas principales: la vivencia de situaciones desfavorables significativas para el paciente, como la pérdida de un ser querido, y la no consecución de metas rígidas y perfeccionistas que la persona se ha planteado y que vive como pérdidas. Con esto, el paciente se considera deficiente, inadecuado, desafortunado y tiende a atribuir la causa a características

negativas propias, mismas que exagera y evalúa con base en ellas cada experiencia; se autocrítica y castiga a sí mismo por sus supuestos errores, posteriormente se siente herido, triste y humillado, a la vez que supone un futuro catastrófico; además, frecuentemente sufre alteraciones del apetito, sueño y deseo sexual. En estas condiciones, la persona se siente desmotivada para realizar siquiera sus actividades cotidianas, llegando incluso a considerar el suicidio como una forma viable de escape. Este autor plantea que puede no conformar un trastorno psiquiátrico y que, en tales casos, es considerado un síndrome o conjunto de síntomas que pueden variar de leves a graves.

Con un enfoque psicopatológico y para fines diagnósticos, en el DSM-IV-TR lo referente a la depresión y sus síntomas se encuentra comprendido en el apartado que trata de los *Trastornos del estado de ánimo*. Según dicho manual, un *episodio depresivo mayor* se caracteriza por un estado de ánimo depresivo (marcado por tristeza, desesperanza, desánimo, sentirse “como en un pozo”, etc.); pérdida de interés o de la capacidad para el placer; alteraciones del sueño; pérdida o aumento del apetito; agitación o enlentecimiento psicomotores; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa; indecisión, dificultad para concentrarse o para pensar y pensamientos recurrentes de muerte. Con base en la presencia, duración y frecuencia de estos síntomas se evalúan los diferentes trastornos afectivos en donde existe estado de ánimo depresivo.

Se ha sugerido que a la depresión le antecede un trastorno de ansiedad (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991; Gittelman-Klein, 1995; citados por Ivarsson, Rastam, Wentz, Gillberg y Gillberg, 2000) e incluso hay datos que indican que si un paciente presenta un trastorno

de ansiedad tiene entre 7 y 62 veces más riesgo de padecer una depresión en el curso del siguiente año (Ojeda, 2003).

Al estudiar la comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los depresivos, varios estudios han mostrado una clara relación entre altos niveles de sintomatología depresiva e insatisfacción corporal en personas adultas (por ejemplo Denniston, Roth y Gilroy, 1992; Abrams, Alen y Gray, 1993; Tiggeman, 1994; citados por Rierdan y Koff, 1997). Asimismo, en el DSM-IV-TR se menciona que los episodios depresivos aparecen con el doble de frecuencia en las mujeres que en los hombres. Ambas condiciones son comunes en las alteraciones alimentarias, de modo que no es de extrañar que en diversos estudios (por ejemplo, Ivarsson *et al.*, 2000; Iwasaki *et al.*, 2000; Lilienfeld *et al.*, 1998; Lewinsohn *et al.*, 2000; Woodside *et al.*, 2001; citados por Pearlstein, 2002) se haya encontrado una prevalencia elevada de trastorno depresivo mayor y de distimia en personas con trastorno alimentario; en contraste con quienes no presentan anorexia o bulimia nerviosas.

Según el DSM-IV-TR estos trastornos depresivos son definidos de la siguiente manera:

*Trastorno depresivo mayor:* se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej. al menos dos semanas con estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

*Trastorno distímico:* se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él,

acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Algunas investigaciones en las que se señala comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los depresivos, son las siguientes:

Herzog (1984; citado por García-Camba, 2001) menciona que el 50% de los pacientes anoréxicos y el 20% de los bulímicos reúnen los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor.

Braun, *et al.*, (1994; citado por Toro, 2004), reporta depresión comórbida en el 41% de las anoréxicas restrictivas y en el 81% de las anoréxicas compulsivo/purgativas.

Casper (1998; citado por Pearlstein, 2002) refiere presencia de distimia en 19-93% de los pacientes anoréxicos cuando menos en alguna etapa de su vida y en 6-95% de los pacientes bulímicos. En este sentido, Ivarson, *et al.* (2000) realizaron un estudio longitudinal con anoréxicos y personas sin trastornos alimentarios establecidos, tuvieran o no algún trastorno depresivo; al cabo de 5 y 10 años después de la primera evaluación, estimaron nuevamente la presencia o ausencia de depresión y de trastorno alimentario. Encontraron que el 80% de los pacientes anoréxicos habían tenido depresión cuando menos en alguna etapa de su vida, predominantemente trastorno depresivo mayor, seguido por trastorno distímico, diagnosticándose solamente en el 18% de la población sin trastornos de la alimentación. En este mismo estudio se reporta que el trastorno alimentario suele preceder a la depresión, y que al tiempo que disminuyen los síntomas de anorexia también disminuye el trastorno afectivo; no obstante, se incrementa el riesgo para futuras depresiones.

Willcox y Sattler (1996), utilizando el Inventario Multifásico de Depresión (MDI) y el Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), encontraron relación entre la presencia de síntomas depresivos y el impulso hacia la delgadez ( $r=.24$ ), bulimia ( $r=.26$ ), escasa conciencia de estados internos ( $r=.22$ ) y miedo a madurar ( $r=.44$ ). Asimismo, el impulso hacia la delgadez correlacionó positivamente con un bajo nivel de energía ( $r=.27$ ) y pesimismo ( $r=.21$ ); y los síntomas bulímicos correlacionaron con sentimientos de culpa ( $r=.23$ ), baja autoestima ( $r=.30$ ) y tristeza ( $r=.31$ ), en mujeres estadounidenses estudiantes de Psicología.

Estos resultados concuerdan con los reportados en estudios previos, en donde los síntomas bulímicos han correlacionado con depresión y baja autoestima y, en el mismo sentido, el impulso hacia la delgadez ha correlacionado con depresión y un bajo nivel de energía (Troop, Holbrey, Trowler y Treasure, 1994; Grubb, et al., 1993; Hill y Robinson, 1991; citados por Willcox y Sattler, 1996).

Toro y Vilardell (1987; p. 21) encuentran semejanza entre las anomalías cognitivas propias de la depresión identificadas por Beck y las que ocurren en los pacientes con trastornos alimentarios; como *generalizaciones excesivas* (“cuando comía hidratos de carbono estaba gorda, por tanto debo evitarlos para no estarlo”), *magnificación* de posibles consecuencias negativas (“si aumento un kilo de peso no lo podré resistir”) e *ideas de autorreferencia* (“cuando como parece que todo el mundo me mira”). Toro y Vilardell plantean también que este tipo de pensamientos facilitan el inicio de la alteración alimentaria.

En este sentido, además de la tendencia que se observa en los pacientes con trastornos alimentarios a padecer también trastornos

depresivos, existen datos que muestran que en ocasiones la sintomatología depresiva no sólo se vive como un síndrome completo, sino como un tono afectivo bajo que no se acompaña necesariamente de otros síntomas y que puede aparecer o incrementarse en ciertas circunstancias.

Partiendo de la idea de que en los medios masivos de comunicación se muestran ideales corporales que pueden conducir al desarrollo de una imagen corporal negativa e incluso a la aparición de trastornos alimentarios, se han realizado investigaciones que tienen como objetivo conocer si el contacto con estos ideales difícilmente alcanzables contribuye a la aparición o al aumento de sintomatología depresiva.

Tal es el caso del estudio llevado a cabo por Utter, *et al.* (2003), en el que se observa que una mayor lectura de artículos referentes al control de peso se relaciona con aumento del ánimo deprimido, concordando con los hallazgos de Stice, *et al.* (2001; citado por Vaughan y Fouts, 2003), en los que se observa un incremento del afecto negativo en mujeres lectoras de la revista *Seventeen*, especialmente en aquellas con insatisfacción corporal, una elevada presión percibida para estar delgadas y deficiencias en apoyo social.

Asimismo, tras la observación de imágenes de mujeres que aparecen en revistas en experimentos de exposición breve se ha encontrado estado de ánimo depresivo en las participantes, tal es el caso de la investigación de Pinhas, *et al.* (1999), en donde las mujeres más afectadas fueron aquellas que presentaban riesgo para trastorno alimentario, coincidiendo con los resultados de Hausenblas, y cols. (2004; citado por Yamamiya, *et al.*, 2005), quienes además

encontraron que el afecto negativo de las participantes de su investigación se mantuvo por lo menos dos horas después de haber visto las imágenes.

Al igual que en los trabajos de corte longitudinal, en los de exposición breve se ha observado que las mujeres que tienden a presentar afecto depresivo tras la observación de imágenes de mujeres delgadas, son aquellas que manifiestan una imagen corporal negativa o, cuando menos, presentan un alto grado de internalización de la delgadez (p. ej. Stice y Shaw, 1994; citado por Thompson y Cusumano, 1997; y Heinberg y Thompson, 1995; citado por Durkin y Paxton, 2002), mismas que se ven menos afectadas cuando observan imágenes de mujeres con peso normal o de mujeres que no son modelos.

Para analizar la relación entre la exposición a imágenes de mujeres que aparecen en revistas y los afectos negativos de quienes las observan, se han utilizado diversos tipos de imágenes: de modelos delgadas, de modelos con peso normal, de mujeres no modelos, de partes del cuerpo femenino que aparecen en anuncios y, para verificar la relación con la insatisfacción corporal, también se han utilizado imágenes de mujeres obesas; no obstante, aunque existen investigaciones que marcan la posibilidad de que el consumo frecuente de revistas “para estar en buena forma” tenga mayor relación con los trastornos alimentarios que el consumo de revistas de “moda” (Harrison y Cantor, 1997), no se encuentran experimentos de exposición breve en donde las imágenes-estímulo sean específicamente tomadas de revistas para “estar en buena forma”.

Por estos antecedentes, en el presente trabajo interesa poner en evidencia si existen cambios en los niveles de ansiedad y depresión

estado tras la exposición a imágenes de mujeres con 1) características físicas “ideales”, 2) con obesidad y 3) realizando conductas para estar en buena forma, tomadas de revistas de circulación nacional dirigidas básicamente al género femenino.

## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA**

### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad, los trastornos alimentarios no alcanzan a explicarse completamente debido a los múltiples factores asociados a su inicio y mantenimiento, en donde se incluyen los aspectos genéticos (por ejemplo, Strober, *et al.*, 2001; citado por Toro, 2004), de personalidad (por ejemplo, Silva, 2001; González, *et al.*, 2003) y sociales (por ejemplo, Thompson y Stice, 2001; Tiggemann y McGill, 2004).

Entre los factores sociales, uno de los más importantes es la influencia del ideal de delgadez transmitido en gran medida por los medios masivos de comunicación (Stice, 2002; citado por Levine y Piran, 2004). En este sentido, es importante identificar de qué manera influyen en las emociones y creencias de quienes se exponen a ellos, así como su impacto sobre variables relacionadas frecuentemente con las alteraciones alimentarias, como lo son la ansiedad y la depresión (Walsh y Devlin, 1998; Toro, 2004).

Además, teniendo en cuenta que el género masculino se encuentra inmerso en el mismo medio que promueve y refuerza la delgadez en la mujer, vale la pena conocer de qué manera conciben a las mujeres con diferentes morfologías corporales, existiendo la posibilidad de que de alguna manera presionen a la mujer para obtener un cuerpo con ciertas características físicas (Harrison y Cantor, 1997).

## **2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Existe alguna relación entre la exposición a imágenes de mujeres que aparecen en revistas y los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de jóvenes?

## **2.3 JUSTIFICACIÓN:**

Los trastornos de la alimentación son una causa importante de patología física y psicosocial en adolescentes y adultos jóvenes (Fairburn y Harrison, 2003), pudiendo llegar a ocasionar un índice de mortalidad de arriba del 10% de las personas que los padecen (Herzog, *et al.*, 2000; Nelson, Moller-Madsen, Isager, Pagsberg y Theander, 1998; citados por Tovée, Benson, Emery, Mason y Cohen-Tovée, 2003), resultando importante estudiar la interacción de factores que favorecen su establecimiento y/o mantenimiento.

Por este motivo, en el presente trabajo se investiga la posible relación entre la exposición a imágenes de mujeres tomadas de revistas y los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de jóvenes, debido a hallazgos previos en los que se ha propuesto que la exposición al ideal de delgadez promovido por los medios masivos de comunicación pudiera contribuir de manera importante al riesgo para alteraciones de la conducta alimentaria (p. ej. Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein, 1994; Becker y Hamburg, 1996; citados por Miller y Pumariega, 2001), básicamente, a través de dos formas: la internalización del ideal y la posterior insatisfacción corporal por parte de las mujeres, y la posible presión ejercida por el género masculino al esperar que la mujer cubra tales estándares de belleza (Harrison y Cantor, 1997).

Con la información recabada en este trabajo podrían generarse planes de prevención o mejorarse los ya existentes, inclusive como líneas de investigación, lo cual redundaría en la disminución del riesgo para trastornos alimentarios en población vulnerable o con características premórbidas claramente identificadas.

Asimismo, con base en los hallazgos del presente trabajo podrían diseñarse nuevas investigaciones, particularmente con población mexicana, dirigidas a la identificación y actuación de los factores implicados en la aparición y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

## **2.4 OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer si las imágenes de mujeres que aparecen en revistas influyen en los niveles de ansiedad y depresión estado en un grupo de jóvenes.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

#### **Con las mujeres:**

- Conocer las emociones que produce la exposición a imágenes de 1) mujeres delgadas, 2) mujeres obesas y 3) mujeres realizando conductas para estar en buena forma, que aparecen publicadas en revistas.

- Saber si algunas creencias acerca del propio cuerpo son diferentes si se presentan imágenes de mujeres delgadas, de mujeres obesas, o de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.
- Explorar si las creencias y/o las emociones con respecto al propio cuerpo están relacionadas con el nivel de ansiedad rasgo.
- Dilucidar si existe un cambio en el nivel de ansiedad después de presentar las imágenes de mujeres que aparecen en revistas.
- Indagar si existe un cambio en el nivel de depresión después de presentar las imágenes de mujeres que aparecen en revistas.
- Saber si la ansiedad rasgo está relacionada con el cambio en el nivel de ansiedad estado.

### **Con los hombres:**

- Saber si los calificativos referidos al físico de las mujeres son diferentes si se trata de describir imágenes de mujeres delgadas, de mujeres obesas, o de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.
- Explorar si las creencias acerca de cómo son las mujeres en su actuar y sentir cotidiano varía en función de si se trata de mujeres delgadas, mujeres obesas o mujeres realizando conductas para estar en buena forma.
- Explorar si las situaciones en las que a los hombres les gustaría convivir con las mujeres varía dependiendo de si sería con mujeres delgadas, mujeres obesas o mujeres que realizan conductas para estar en buena forma.

## 2.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

**Variable independiente:** Imágenes de mujeres que aparecen en revistas

*Imágenes de mujeres que aparecen en revistas:* Fotografías que originalmente se encontraban incorporadas en anuncios, artículos o portadas de revistas dirigidas principalmente a la población femenina.

*Definición operacional:* Las imágenes de 1) mujeres delgadas, 2) mujeres pasadas de peso y 3) mujeres realizando conductas para estar en buena forma, tomadas de revistas dirigidas principalmente al género femenino, presentadas a los participantes por medio de un retroproyector.

**Variables dependientes:** Emociones, creencias, ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión.

*Emociones:* De acuerdo con Averill (1997, citado por Morales, Páez, Kornblit y Asún, 2002), en la presente investigación una emoción será definida como un “fenómeno relativamente aislado en el tiempo, que sufrimos con independencia de nuestra voluntad y que se produce con respecto a un objeto o persona concreta que consideramos importante” (p. 235).

*Definición operacional:* El puntaje obtenido mediante la aplicación del cuestionario de emociones diseñado para esta investigación.

*Creencias:* Se entenderá por creencia la “actitud intelectual de una persona que tiene por cierto un enunciado o un hecho sin que haya

necesariamente una demostración objetiva y aceptable de esta actitud” (Gran diccionario de Psicología, 1996, p. 186).

*Definición operacional:* El puntaje obtenido mediante la aplicación del cuestionario de creencias diseñado para esta investigación.

*Ansiedad-rasgo:* “las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado” (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975, p.1).

*Definición operacional:* Los puntajes obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad-Rasgo, del *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado* (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

*Ansiedad-estado:* “condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975, pp.1-2).

*Definición operacional:* El puntaje obtenido mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad-Estado, del *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado* (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

*Depresión:* se entenderá como tal un “tono afectivo de tristeza, variando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo” Klob (1972, citado por Axelrod, 1990, p. 16).

*Definición operacional:* El puntaje obtenido mediante la aplicación de la Lista de Adjetivos de Axelrod.

## **2.6 DISEÑO**

El presente estudio es de tipo cuasiexperimental, exploratorio y de corte transversal.

## **2.7 MUESTRA**

Se llevó a cabo un muestreo de forma intencional no probabilística.

## **2.8 PARTICIPANTES**

El grupo estuvo conformado por un total de 376 mujeres y 103 hombres universitarios estudiantes de las carreras de Psicología y de Derecho de la *Universidad Nacional Autónoma de México* y de Psicología de la *Universidad de Negocios ISEC*. Los participantes colaboraron de manera grupal, en horario de clase, bajo la autorización del profesor correspondiente. Los estudiantes dieron su consentimiento informado y se les aclaró que su participación sería voluntaria, por lo que podían abandonar la investigación en cualquier momento si ellos así lo decidían.

## **2.9 INSTRUMENTOS:**

### **2.9.1 Prueba de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)**

El EAT-40 se utilizó en este trabajo para distinguir entre participantes con alto y bajo riesgo para trastorno alimentario, a fin de observar posteriormente las diferencias entre ambos grupos en las demás variables de la investigación.

Éste es un cuestionario autoaplicable diseñado por Garner y Garfinkel en 1979 para evaluar síntomas y conductas comunes en personas con trastornos de la conducta alimentaria. Este instrumento fue validado en México por Álvarez (2000), quien sugiere 7 factores para la agrupación de los 40 reactivos que lo conforman:

- 1) Motivación para adelgazar
- 2) Evitación de alimentos engordantes
- 3) Preocupación por la comida
- 4) Presión social percibida
- 5) Obsesiones y compulsiones
- 6) Patrones y estilos alimentarios
- 7) Conductas compensatorias

Los reactivos constituyen un conjunto de actitudes y conductas auto-percibidas que son características de los trastornos alimentarios, como el disgusto patológico del propio cuerpo y el deseo de cambiarlo por medio de la pérdida de peso (aunque esté por debajo de o en el peso normal), con conductas que pueden incluir restricción alimentaria o purgas (Morry y Staka, 2001).

Cada ítem presenta 6 respuestas posibles que van de *siempre* a *nunca* y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). La puntuación total del EAT-40 se obtiene sumando las puntuaciones de los 40 ítems que componen la escala, por lo cual la puntuación final del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos. Según su validación en población mexicana, un puntaje igual o mayor a 28 es consistente y apto para detectar alto riesgo para o presencia de trastorno alimentario (Álvarez, 2000).

Al momento de su construcción (Garner y Garfinkel, 1979), se obtuvo una confiabilidad de .79 para las mujeres anoréxicas y .94 para la muestra total. Para demostrar validez discriminativa se intentó correlacionar con una prueba de restricción alimentaria, con fluctuaciones de peso y con distintos rasgos de personalidad, encontrando en todos los casos correlaciones bajas y no significativas, por lo que la prueba resulta una medida válida para detectar específicamente riesgo para o presencia de trastornos alimentarios.

El instrumento ha sido utilizado en México con fines de investigación, encontrando concordancia entre puntajes elevados en la prueba y confirmación por entrevista de sintomatología para trastorno alimentario (por ejemplo Silva, 2001).

\*Ver anexo 1.

### **2.9.2 Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)**

El IDARE es un inventario autoaplicable diseñado por Spielberger y Díaz-Guerrero en 1970 (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) para evaluar dos conceptos de ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión a la ansiedad relativamente estable). Es una prueba de lápiz-papel que consta de 20 afirmaciones para evaluar cada tipo de ansiedad: en el caso de la escala de ansiedad-rasgo, el sujeto contesta según si tales afirmaciones prevalecen en el tiempo; en la escala de ansiedad-estado, el sujeto responde qué tan ciertas son para él las afirmaciones justo en el momento en el que contesta la prueba o en un momento específico, lo que puede ser antes, durante o después de una situación experimental.

La puntuación en los ítems de ansiedad-estado (A-Estado) oscila entre 1 y 4, según la intensidad (1, no en lo absoluto; 2, un poco; 3, bastante; 4, mucho). La puntuación en los ítems de ansiedad-rasgo (A-Rasgo) también oscila entre 1 y 4, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (1, casi nunca; 2, algunas veces; 3, frecuentemente; 4, casi siempre). La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 20 y 80.

Esta prueba fue estandarizada por los autores en 1975 con población estadounidense, entre otros, con universitarios no graduados. La confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo es relativamente alta, entre .73 y .86, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado tienden a ser bajos, entre .16 y .54, lo cual se esperaba, ya que indica la influencia de los factores situacionales que modifican el nivel de ansiedad en un momento determinado. Según los

autores, tanto la escala A-Rasgo como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna, lo cual queda determinado por coeficientes alfa de Cronbach con valores entre .89 y .90.

Al momento de su construcción, la validez concurrente de la escala de ansiedad-rasgo del IDARE se determinó por medio de su correlación con la Escala de Ansiedad IPAT (creada por Cattell y Scheier en 1963) y con la Escala de Ansiedad Manifiesta TMAS (diseñada por Taylor en 1963), obteniéndose valores entre .75 y .80, para mujeres y hombres universitarios. En cuanto a la escala de ansiedad-estado del IDARE, se crearon situaciones experimentales en las que se midió el nivel de ansiedad en condiciones normales, luego en estado de relajación, después en una situación simulada de examen y finalmente tras la observación de un video estresante, obteniéndose los valores más bajos de ansiedad en estado de relajación, seguidos por los de la condición normal, luego por los de situación simulada de examen y, finalmente, los más elevados se obtuvieron bajo la condición de estrés, oscilando el valor alfa de confiabilidad entre .83 y .93.

El IDARE ha sido utilizado para investigación con muestras mexicanas (por ejemplo Jiménez, 1994; Prado y Santos, 2004). En el presente trabajo se empleó para evaluar el nivel de ansiedad-rasgo de las participantes, así como la ansiedad-estado experimentada antes y durante la exposición a las imágenes.

\*Ver anexo 2.

### **2.9.3 Lista de Adjetivos de Axelrod**

La lista de adjetivos de Axelrod es un instrumento autoadministrable diseñado por Axelrod (1990) para detectar la presencia de tono afectivo depresivo en población mexicana. Esta prueba, que va en un continuo del polo de la no depresión a la depresión, está constituida por 36 reactivos, los cuales son una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y estados de ánimo, con una intensidad marcada por las palabras “nada...” con el opuesto “muy...” o “con mucho...” con el opuesto “sin...”, en una escala tipo Likert de 1 a 10. El 1 corresponde a la ausencia de un sentimiento y la escala va aumentando hasta llegar al 10, que implica el grado más alto de ese sentimiento, de tal forma que la puntuación final del cuestionario puede oscilar entre 0 y 360 puntos.

Su confiabilidad y validez se determinaron en población mexicana, con edades comprendidas entre 12 y 60 años, tanto en sujetos sanos como en deprimidos diagnosticados clínicamente. Al momento de su construcción, de los 62 ítems que la integraban inicialmente, 58 discriminaron entre población deprimida y no deprimida al observarse que la mediana de cada uno de los reactivos era significativamente mayor en los pacientes deprimidos, mostrando validez de criterio; de los 58, 36 se agruparon en un solo factor con cargas mayores a .50 y son los que integran la forma final de la prueba. La confiabilidad del instrumento se obtuvo con el coeficiente alfa de Cronbach, que arrojó un valor de .94, es decir, la prueba posee una alta congruencia interna entre los ítems.

En la investigación actual se utilizó para conocer el nivel de depresión-estado experimentado por las participantes antes y durante la exposición a las imágenes de revistas. \*Ver anexo 3.

#### 2.9.4 Cuestionario de Emociones

Este cuestionario se construyó para la presente investigación con el fin de conocer las emociones experimentadas por las participantes al fijarse en su propio cuerpo, después de observar las imágenes de mujeres tomadas de revistas.

Para ello, se elaboró un listado de 26 emociones que pueden ser referidas al propio cuerpo: 13 con connotación positiva y 13 con connotación negativa. Frente a cada emoción enlistada se utilizó una escala tipo Likert con cuatro opciones: “No en lo absoluto”, “Un poco”, “Bastante” y “Mucho”, las mismas que se utilizan en la escala de Ansiedad-Estado del IDARE. El orden en la lista de emociones se fijó de acuerdo a números aleatorios obtenidos mediante el programa estadístico *STATST<sup>TM</sup>* v.2.

Para verificar que en el cuestionario no existiera confusión de términos se les pidió a 11 mujeres universitarias que evaluaran si les parecía: claro; breve; fácil de contestar; aburrido; si conocían todas las emociones que ahí se presentaban; cuáles desconocían; si les parecían repetitivas (si era el caso, cuáles emociones); y qué comentarios tendrían para modificar el cuestionario. Asimismo, se les pidió que calificaran de positiva o negativa cada una de las emociones del listado, para verificar que estuvieran correctamente balanceados el número de uno y otro tipo.

Participaron para esta etapa 11 mujeres universitarias con una edad media de 21.55 años y desviación estándar de 1.293, de las facultades de Psicología, Química y Contaduría y Administración de la UNAM.

La evaluación que las participantes otorgaron al cuestionario de emociones puede observarse en la tabla 1.

**Tabla 1**

Evaluación del cuestionario de emociones

<i>El cuestionario de emociones me parece:</i>	<i>Total de participantes que respondieron "SI"</i>	<i>Total de participantes que respondieron "NO"</i>
<i>Claro</i>	11	0
<i>Breve</i>	9	2
<i>Fácil de contestar</i>	11	0
<i>Aburrido</i>	0	11
<i>Conozco todas las emociones que ahí se presentan</i>	9	2 Emoción desconocida: <i>Deleite</i>
<i>Es repetitivo</i>	2	9
<i>Comentarios</i>	Una participante indica que "Repugnancia", "Deleite" y Remordimiento" le parecen exagerados.	

Al pedirles que calificaran de positiva o negativa cada una de las emociones, lo que se obtuvo fue lo siguiente:

Las 11 participantes coincidieron en calificar como positivas las palabras: *optimismo, seguridad, aceptación, entusiasmo, satisfacción, agrado, tranquilidad, confianza, alegría y felicidad*; y como negativas las siguientes: *desprecio, culpa, repugnancia, desesperación, tristeza, depresión, vergüenza, envidia, decepción, remordimiento, enojo, pesimismo y resentimiento*; 10 personas consideraron positivas las palabras *conformidad y orgullo*; y 7 calificaron como positiva la palabra

*deleite*, mientras que 4 la concibieron como negativa porque les connota morbo. Debido a la alta discordancia en el sentido otorgado y a que 2 personas desconocían el término, la palabra “Deleite” se cambió por la palabra “Gusto” en el formato final del cuestionario de emociones.

El puntaje de cada emoción se obtiene calificando con una escala de 1 a 4 las emociones positivas e inversamente las negativas; posteriormente se suman todos los puntajes para obtener un total que puede ir de 26 a 104.

\*Ver anexo 4.

### **2.9.5 Cuestionario de Creencias**

Este cuestionario también fue creado para la investigación actual. Se trata de un listado de 10 enunciados que señalan creencias que pueden ser referidas al propio cuerpo tras la observación de las imágenes. A cada reactivo le corresponden cuatro opciones: “No en lo absoluto”, “Un poco”, “Bastante” y “Mucho”, y el orden que ocupan en la lista se fijó de acuerdo a números aleatorios obtenidos mediante el programa estadístico *STATS<sup>TM</sup>* v.2.

Para verificar que en el cuestionario no existiera confusión de términos se les pidió a 11 mujeres universitarias que evaluaran si les parecía: claro; breve; fácil de contestar; aburrido; si entendían todos los enunciados que ahí se presentaban; cuáles les parecían confusos; si les parecía repetitivo (si era el caso, cuáles enunciados); y qué comentarios tendrían para modificar el cuestionario.

Para la evaluación del cuestionario de creencias participaron las mismas mujeres que para la evaluación del cuestionario de emociones anteriormente referido.

En la tabla 2 se muestra la evaluación que se obtuvo respecto al cuestionario de creencias.

**Tabla 2**

Evaluación del cuestionario de creencias

<i>El cuestionario de creencias me parece:</i>	<i>Total de participantes que respondieron "SI"</i>	<i>Total de participantes que respondieron "NO"</i>
<i>Claro</i>	11	0
<i>Breve</i>	11	0
<i>Fácil de contestar</i>	11	0
<i>Aburrido</i>	0	11
<i>Entiendo todos los enunciados que ahí se presentan</i>	11	0
<i>Es repetitivo</i>	3	7
<i>Comentarios</i>	Parecen repetitivos aquellos en los que se preguntan los opuestos, por ejemplo: pasada de peso - delgada; fea - bonita.	

El puntaje de cada creencia se obtiene calificando con una escala de 1 a 4 las creencias que denotan aceptación del propio cuerpo y de 4 a 1 las que denotan la no-aceptación del mismo; posteriormente se suman todos los puntajes para obtener un total que puede ir de 10 a 40.

\*Ver anexo 5.

### 2.9.6 Listas de Calificativos Físicos y Conductuales

Estas dos listas se construyeron para que los hombres describieran a las mujeres que aparecían en las imágenes tomadas de revistas a las que se expusieron.

La *Lista de calificativos físicos* está conformada por 10 calificativos que pueden describir en mayor o menor medida la apariencia física de una persona; en cambio, la *Lista de calificativos conductuales* corresponde a 23 calificativos que no hacen referencia a la apariencia física, sino que pueden ser utilizados para describir algunos aspectos de la forma de ser de una persona. Los adjetivos de ambas secciones se recopilaron de acuerdo a las características que por estereotipo se confieren a las personas obesas y a las delgadas, ya fuera que aparecieran en artículos publicados (p. ej. Maddox y Liederman, 1969; citado por Toro, 2004; Greenleaf, *et al.*, 2004) o que la gente las mencionara, para lo cual se pidió la colaboración de dos hombres y tres mujeres universitarios, a forma de “lluvia de ideas”.

Frente a cada calificativo aparecen cuatro opciones: “No en lo absoluto”, “Un poco”, “Bastante” y “Mucho”. Los adjetivos con connotación positiva se califican de 1 a 4, mientras que los de connotación negativa se califican de manera inversa. Se suma el puntaje de cada lista de calificativos, con lo que se obtienen dos totales.

\*Ver anexo 6.

### **2.9.7 Cuestionario de Situaciones**

Éste cuestionario también fue diseñado para el presente trabajo. Está formado por el planteamiento de cinco situaciones; en cada reactivo se les pregunta a los hombres qué tanto les gustaría llevar a cabo una actividad específica con alguna de las mujeres que aparecieron en las imágenes tomadas de revistas.

La idea de incluir este cuestionario en la investigación surgió de los hallazgos de Harrison y Cantor (1997), que indican que los varones también podrían verse influenciados por los medios masivos de comunicación en lo referente a la apariencia física deseable en las mujeres y ellos, a su vez, presionarlas para obtener el “ideal” físico de delgadez.

Después de cada situación se presenta una escala tipo Likert con cuatro opciones: “No en lo absoluto”, “Un poco”, “Bastante” y “Mucho”, que se califica de 1 a 4 en este mismo sentido para obtener un total sumando los puntajes de los cinco reactivos.

\*Ver anexo 7.

### 2.9.8 Imágenes de mujeres que aparecen en revistas

Para la presente investigación se seleccionaron tres tipos de imágenes que aparecen en revistas de circulación nacional dirigidas principalmente a la población femenina: mujeres delgadas, mujeres obesas o con sobrepeso y mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

#### *ELECCIÓN DE LAS IMÁGENES DE MUJERES DELGADAS:*

Para seleccionar este tipo de imágenes se utilizaron revistas cuya temática fuera básicamente de “moda” o “espectáculos” y que presentaran fotografías de mujeres delgadas, ya fuera que se encontraran incorporadas en los anuncios, artículos o portadas de las revistas; únicamente se utilizaron imágenes de mujeres que no fueran personajes conocidos. Las imágenes se separaron del contexto de la revista en que se encontraban y fueron escaneadas; se editó todo letrero que apareciera en las imágenes, por medio de los programas de computadora *Arc Soft Photo Impression 4* y *Microsoft Office Picture Manager*.

Inicialmente se obtuvo un total de 85 imágenes de mujeres delgadas de revistas *Cosmopolitan*; *Tv y Novelas*; *Vanidades*; *Veintitantos* y *Vogue México*. De estas imágenes se eligieron las 20 de mujeres más delgadas, pues los experimentos de exposición breve que menciona la literatura se han realizado con este tipo de imágenes, al considerarse como “cuerpo ideal” (por ejemplo Stice y Shaw, 1994; citado por Thompson y Cusumano, 1997; Pinhas, *et al.*, 1999; Wegner, *et al.*, 2000). Adicionalmente, se eligieron al azar 10 imágenes (utilizando la opción de vista como “mosaico” de las imágenes escaneadas, en la

computadora), para obtener un total de 30 imágenes, mismas que se imprimieron en tamaño carta, a color y con calidad láser y se integraron en una carpeta, cada imagen dentro de un protector plástico. A cada imagen se le asignó un código con el cual se identificaría posteriormente.

Para determinar cuáles imágenes serían presentadas a los grupos experimentales se realizó un estudio piloto. Para éste se eligieron 42 mujeres universitarias de forma intencional no probabilística, a las cuales se les pidió su colaboración para “elegir algunas imágenes”.

*Características de las participantes:* Las 42 mujeres que participaron en esta etapa de la investigación tuvieron una edad media de 21.09 años, con una desviación estándar de 1.436; fueron estudiantes de las Facultades de Psicología, Derecho, Ingeniería, Contaduría y Administración, Ciencias Políticas y Sociales, Medicina, Arquitectura, Filosofía y Letras, Odontología, y Química, de Ciudad Universitaria.

A cada participante de manera individual se le mostró la carpeta que contenía las imágenes de mujeres delgadas y se le preguntó lo siguiente: “¿Cuáles de estas mujeres consideras que tienen los mejores cuerpos?”. Cada participante podía elegir tantas imágenes como necesitara para responder la pregunta. Los códigos de las imágenes elegidas se registraron en un formato destinado para tal fin.

Una vez que se les daba la instrucción para elegir las imágenes, en primera instancia las hojeaban y luego regresaban a observar cada una de las fotografías para seleccionar o descartar una por una. Mientras elegían las imágenes, las participantes emitieron una serie de comentarios referentes a las mujeres de las revistas, de lo cual se llevó

un registro. Tras pedirles a 30 participantes su colaboración se obtuvieron comentarios como “*están bien flacas todas*”, “*pobrecitas, son unos fideos*”, “*algunas se ven como que tienen anorexia*”, “*yo a ésta no le doy a cargar ni un lápiz*”; en cambio, dijeron elegir a las que se veían “*con más musculatura y cara saludable*”, sin embargo elegir a las de “*mejor cuerpo*” les fue difícil, dada la delgadez extrema de la mayoría de las modelos. Por tal motivo fue necesario aumentar la cantidad de imágenes con algunas de mujeres menos delgadas. Del banco inicial de imágenes se tomaron otras 22 de mujeres menos delgadas y se les preguntó a 12 universitarias más.

Tras el aumento en el número de las imágenes, los comentarios referentes a la delgadez de las modelos disminuyó y, en cambio, eligieron con mayor facilidad a las de “*los mejores cuerpos*”; de esta forma, las imágenes presentadas en la fase de experimentación no son de mujeres muy delgadas, sino las que fueron consideradas de mejor cuerpo, tratándose del posible “*ideal*” para las universitarias que participaron en la situación experimental.

Por medio del programa estadístico SPSS versión 11.0 se obtuvo la moda de cada imagen. Para la situación experimental se utilizaron las 10 fotografías que con mayor frecuencia eligieron las participantes. El orden de las imágenes se fijó de acuerdo a números aleatorios obtenidos mediante el programa estadístico *STATST<sup>TM</sup>* v.2.

## *ELECCIÓN DE LAS IMÁGENES DE MUJERES CON SOBREPESO U OBESIDAD:*

Para elegir estas imágenes se utilizaron revistas con temática de “moda”, “espectáculos” o “para estar en buena forma”. Estas imágenes se localizaron básicamente en la portada o artículos de revistas con números especiales dedicados a la obesidad, o como parte de anuncios de productos para bajar de peso, en las que se comparaba el “antes” con el “después” del cuerpo de la mujer que utilizaba el producto. Se procuró que las mujeres de las imágenes no fueran personajes conocidos; sin embargo, dada la dificultad para localizar imágenes de mujeres con sobrepeso u obesidad, a los personajes conocidos de esta categoría se les sobrepuso un rostro distinto, con excepción de una de ellas, quien aparece de perfil y no resulta fácilmente identificable. Las imágenes se separaron del contexto de la revista en que se encontraban y fueron escaneadas; se editó todo letrero que apareciera en las imágenes, por medio de los programas de computadora *Arc Soft Photo Impression 4* y *Microsoft Office Picture Manager*.

Inicialmente se obtuvieron 35 imágenes de mujeres con sobrepeso u obesidad de las revistas *10 Mujer Perfecta*; *Veintitantos especial tallas extra*; *Medicina Alternativa (especial de obesidad)*; *Paula Sport 2000 (especial)*; *TV Notas*; *TV y más*; *Tv y Novelas*; *Vanidades* y *Cosmopolitan de México*. De estas imágenes se eligieron 20 en las cuales su forma corporal estuviera más claramente marcada en la imagen. Adicionalmente se eligieron al azar 10 imágenes (utilizando la opción de vista como “mosaico” de las imágenes escaneadas, en la computadora), para obtener un total de 30 imágenes, mismas que se imprimieron en tamaño carta, a color y con calidad láser y se

integraron en una carpeta, cada imagen dentro de un protector plástico. A cada imagen se le asignó un código con el cual se identificaría posteriormente.

Para determinar cuáles imágenes serían presentadas a los grupos experimentales se realizó un estudio piloto. Para éste se eligieron 30 mujeres universitarias de forma intencional no probabilística, a las cuales se les pidió su colaboración para “elegir algunas imágenes”.

*Características de las participantes:* Las 30 mujeres que participaron en esta etapa de la investigación también participaron en la elección de imágenes de mujeres delgadas; tuvieron una edad media de 21.17, con una desviación estándar de 1.487; fueron estudiantes de las Facultades de Psicología, Derecho, Ingeniería, Contaduría y Administración, Ciencias Políticas y Sociales, Medicina, Arquitectura, Filosofía y Letras, y Química, de Ciudad Universitaria.

A cada participante de manera individual se le mostró la carpeta que contenía las imágenes de mujeres obesas o con sobrepeso y se le preguntó lo siguiente: “¿*Cuáles de estas mujeres tienen los cuerpos que más te disgustan?*”. Cada participante podía elegir tantas imágenes como necesitara para responder la pregunta. Los códigos de las imágenes elegidas se registraron en un formato destinado para tal fin.

Los comentarios que se obtuvieron en el estudio piloto fueron de aceptación hacia las mujeres con sobrepeso que aparecían sonrientes y/o vestidas a la moda, y de disgusto hacia las mujeres obesas que lucían serias y/o desaliñadas, por lo que las imágenes que se utilizaron para la exposición experimental fueron de este último tipo.

Por medio del programa estadístico SPSS versión 11.0 se obtuvo la moda de cada imagen. Para la situación experimental se utilizaron las 10 imágenes que con mayor frecuencia se eligieron, el orden de las cuales se fijó de acuerdo a números aleatorios obtenidos mediante el programa estadístico *STATST<sup>TM</sup>* v.2.

### *ELECCIÓN DE LAS IMÁGENES DE MUJERES REALIZANDO CONDUCTAS PARA ESTAR EN BUENA FORMA:*

Para elegir estas imágenes se utilizaron solamente revistas con temática “para estar en buena forma”, dado que son las que posiblemente promueven más claramente el ideal de delgadez (Harrison y Cantor, 1997). Se ocuparon revistas que presentaran fotografías de mujeres que promovieran alguna actividad relacionada con el control de peso, ya fuera realizando ejercicio o alimentándose sanamente. Las imágenes se encontraron incorporadas en los anuncios, artículos o portadas de las revistas; únicamente se utilizaron imágenes de mujeres que no fueran personajes conocidos. Las imágenes se separaron del contexto de la revista en que se encontraban y fueron escaneadas; se editó todo letrero que apareciera en las imágenes, por medio de los programas de computadora *Arc Soft Photo Impression 4* y *Microsoft Office Picture Manager*.

Inicialmente se obtuvo un total de 31 imágenes pertenecientes a esta categoría, de las revistas *10 Mujer Perfecta*; *En Forma: Salud Física y Mental* y *Familia Saludable: el arte de vivir bien*. De estas imágenes se eligieron 20 en las cuales la actividad realizada se observara con claridad. Adicionalmente se eligieron al azar 10 imágenes (utilizando la opción de vista como “mosaico” de las imágenes escaneadas, en la

computadora), para obtener un total de 30, mismas que se imprimieron en tamaño carta, a color y con calidad láser y se integraron en una carpeta, cada imagen dentro de un protector plástico. A cada imagen se le asignó un código con el cual se identificaría posteriormente.

Para determinar cuáles imágenes serían presentadas a los grupos experimentales se realizó un estudio piloto. Para éste se eligieron 30 mujeres universitarias de forma intencional no probabilística, a las cuales se les pidió su colaboración para “elegir algunas imágenes”.

*Características de las participantes:* Las 30 mujeres que participaron en esta etapa de la investigación también eligieron imágenes de mujeres delgadas y de mujeres con sobrepeso u obesidad; tuvieron una edad media de 21.17, con una desviación estándar de 1.487; fueron estudiantes de las Facultades de Psicología, Derecho, Ingeniería, Contaduría y Administración, Ciencias Políticas y Sociales, Medicina, Arquitectura, Filosofía y Letras, y Química, de Ciudad Universitaria.

A cada participante de manera individual se le mostró la carpeta que contenía las imágenes de realizando ejercicio o alimentándose sanamente y se le preguntó lo siguiente: “¿*Cuáles de estas actividades deberías realizar para lograr el cuerpo de tus sueños?*”. Cada participante podía elegir tantas imágenes como necesitara para responder la pregunta. Los códigos de las imágenes elegidas se registraron en un formato destinado para tal fin.

Por medio del programa estadístico SPSS versión 11.0 se obtuvo la moda de cada imagen. Para la situación experimental se utilizaron las 10 imágenes que con mayor frecuencia se eligieron; de éstas, 5 fueron

de realización de ejercicio, 2 de alimentación sana y 3 de una combinación de ambas. El orden de las imágenes se fijó de acuerdo a números aleatorios obtenidos mediante el programa estadístico *STATS<sup>TM</sup> v.2.*

## **2.10 PROCEDIMIENTO:**

La fase experimental de esta investigación consistió en un diseño pretest-posttest, para explorar el cambio en los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de mujeres universitarias tras la exposición a imágenes tomadas de revistas. Adicionalmente, en seguida de la exposición a las imágenes, las mujeres respondieron los cuestionarios de emociones y creencias asociadas con el propio cuerpo.

En el caso de los hombres, después de la exposición a las imágenes se les aplicaron las listas de calificativos físicos y conductuales, así como el cuestionario de situaciones. Es importante señalar que, aunque ellos también respondieron las pruebas de ansiedad y depresión, éstas se incluyeron sólo debido al objetivo que se dio a conocer a los participantes respecto a la investigación: *“evaluar el efecto que causan las imágenes de revistas sobre nuestro estado de ánimo”*; sin embargo, por los objetivos específicos con respecto a los resultados de los varones, en su caso sólo se analizaron los demás cuestionarios.

Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, se les entregó el conjunto de pruebas y cuestionarios que habían de contestar, a manera de cuadernillo.

En la primera página, luego de una breve invitación a colaborar y de asegurarles que sus respuestas serían completamente anónimas, se les pidió que anotaran edad, carrera y semestre.

A las mujeres, enseguida de estos datos, se les plantearon cinco preguntas dicotómicas con opciones de respuesta “SI” y “NO”, referentes a la realización de ejercicio; dieta actual; historia de sobrepeso; costumbre de leer revistas de *moda, espectáculos o para estar en buena forma* y, si era el caso, qué revistas leían; gusto por su cuerpo y, en caso de haber respondido negativamente, qué parte de su cuerpo les disgustaba.

A partir de la segunda página, las pruebas y cuestionarios aparecieron en el orden que marca la tabla 3.

**Tabla 3**

Orden de los cuestionarios pretest

Para mujeres	Componente del cuadernillo	Para hombres
✓	Test de actitudes hacia la alimentación (EAT-40), para determinar el riesgo para trastorno alimentario.	✗
✓	Escala de ansiedad-estado del IDARE, para tener referencia del nivel de ansiedad previo a la exposición a las imágenes.	✓
✓	Escala de ansiedad-rasgo del IDARE, para conocer su nivel de ansiedad cotidiano.	✓
✓	Lista de adjetivos de Axelrod para evaluar el nivel de depresión previo a la exposición a las imágenes.	✓

**NOTA:** ✓ = componente presente      ✗ = componente ausente

Debido a que el cuadernillo se les dejaría a los participantes todo el tiempo para que respondieran los cuestionarios previos y posteriores a

la situación experimental, el término de la primera parte estuvo marcada por la frase: “POR FAVOR NO DES VUELTA A ESTA HOJA Y ESPERA NUEVAS INSTRUCCIONES”, impresa al final de la lista de adjetivos de Axelrod.

Una vez respondida esta primera parte del cuadernillo por todos los participantes, se procedió a la exposición de las imágenes. Se les aclaró que verían una serie de imágenes y se les pidió que las observaran con atención; se les dijo que las imágenes irían cambiando cada cierto tiempo y que mientras éstas se estuvieran proyectando no tendrían que responder nada, sino hasta el final.

A cada grupo se le mostró solamente una categoría de imágenes, ya fuera de mujeres delgadas, mujeres obesas o mujeres realizando conductas para estar en buena forma. En cada caso se utilizaron las diez imágenes que con más frecuencia se eligieron durante el estudio piloto.

Las imágenes se presentaron por medio del uso de *lap top* y *retroproyector* para mostrarlas a todos los participantes de cada grupo en un mismo momento, controlando el tiempo de exposición. La transición de las diapositivas se fijó a 10 segundos en el programa *Microsoft Office Power Point 2003*.

Al concluir la exposición de las imágenes, se les pidió que siguieran contestando los cuestionarios, poniendo atención a las instrucciones de los mismos.

El orden de los cuestionarios para contestar después de la exposición a las imágenes se muestra en la tabla 4.

**Tabla 4**

Orden de los cuestionarios posttest

<b>Para mujeres</b>	<b>Componente del cuadernillo</b>	<b>Para hombres</b>
✓	Peso y estatura para determinar el índice de masa corporal (IMC), datos que podían ser aproximados en caso de no conocerlos con exactitud.	✗
✓	Cuestionario de Emociones	✗
✓	Cuestionario de Creencias	✗
✗	Listas de Calificativos Físicos y Conductuales	✓
✗	Cuestionario de Situaciones	✓
✓	Escala de ansiedad-estado del IDARE (se les preguntó cómo se sentían <i>mientras observaban las imágenes</i> )	✓
✓	Lista de adjetivos de Axelrod (cómo se sentían <i>mientras observaban las imágenes</i> ).	✓

**NOTA:** ✓ = componente presente      ✗ = componente ausente

Previo a la devolución de los cuadernillos, se les instó a revisar cada una de sus respuestas en busca de datos omitidos y se les agradeció su colaboración.

## 2.11 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

En virtud de que todas las variables mostraron homogeneidad de varianza, se utilizó estadística paramétrica. Para la descripción de los grupos se llevaron a cabo análisis de frecuencias y posteriormente se realizaron pruebas más específicas, como prueba *t* para muestras relacionadas, análisis de varianza (ANOVA) y correlación de Pearson, mediante el programa estadístico SPSS versión 11.0.

## CAPÍTULO III. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 3.1 PRIMERA FASE:

Se considera *primera fase* del estudio el momento de elección de las imágenes que se utilizarían posteriormente para la situación experimental.

Desde el momento en el que se revisaron las revistas de *moda*, *espectáculos* y *para estar en buena forma*, se observó la tendencia actual hacia la exhibición de modelos delgadas en las publicaciones de circulación nacional dirigidas principalmente al género femenino, como *Cosmopolitan*; *Tv y Novelas*; *Vanidades*; *Veintitantos* y *Vogue México*, en muchos casos tratándose de modelos extremadamente delgadas, y una escasa aparición de mujeres con sobrepeso u obesidad. Estas últimas, en cambio, sólo se encontraron en artículos con temática referente al control de peso e, incluso, en números especiales de *tallas extra* y *obesidad*.

En la mayoría de los casos, las mujeres delgadas aparecieron en imágenes grandes, llegando a ocupar incluso una página completa, ya fuera que formaran parte de anuncios, artículos o portadas. Por el contrario, las mujeres obesas aparecían en la mayoría de los casos en recuadros muy pequeños y, en varias publicaciones, sólo cuando se trataba de anuncios de productos dirigidos al control de peso; en tal caso, se presentaba el supuesto “antes” y “después” de alguna forma de tratamiento a base de medicamentos o diferentes productos químicos, donde en la primera fotografía se veía a una mujer obesa, desaliñada y con gesto de disgusto, y en la segunda se veía el rostro

de la misma mujer, pero sonriente, con un cuerpo adelgazado y apariencia aliñada.

Por otra parte, se distinguió que en estas publicaciones se suele presentar a las mujeres esbeltas con ropa entallada o corta, mientras que las personas con sobrepeso u obesidad aparecen con ropa holgada, muchas veces desaliñadas y rara vez con gran parte de su cuerpo al descubierto.

En el caso específico de las revistas con contenidos *para estar en buena forma*, se encontraron mayormente mujeres delgadas, pero no en extremo. Éstas, a diferencia de las mujeres delgadas que son publicadas en revistas de *moda* o *espectáculos*, lucen sonrientes, saludables y con más musculatura. Las conductas dirigidas al control de peso que promueven con mayor frecuencia estas revistas consisten en ejercicios aeróbicos, como andar en bicicleta, correr y bailar, y en la ingesta de agua y vegetales.

Cuando se les pidió a las mujeres que participaron en la elección de las imágenes que eligieran “los mejores cuerpos”, “los cuerpos que más les disgustaban” y “las actividades que estarían dispuestas a realizar para obtener el cuerpo de sus sueños”, se observó que las mujeres prefirieron como ideal un cuerpo esbelto, pero no uno extremadamente delgado.

En el caso de las imágenes de mujeres con sobrepeso u obesidad, las que más les disgustaron a las participantes fueron las de mujeres obesas. En cambio, las imágenes de mujeres con sobrepeso no tendieron a causar disgusto, principalmente aquellas en las que las modelos aparecían sonriendo y con un notorio arreglo personal,

aspectos que les hacía pensar –según expresaban- que esas mujeres se aceptaban tal cual eran, a diferencia de quienes aparecían serias, quienes “*parecían estar a disgusto con su propio cuerpo*” y quienes aparecían “*desarregladas*”, porque “*podrían empeñarse más en su arreglo*”.

Por último, en cuanto a las actividades para lograr el cuerpo de sus sueños, las participantes comentaron que estarían dispuestas a realizar lo que estuviera a su alcance con mayor facilidad, como andar en bicicleta y correr e ingerir líquidos y vegetales, pero no otras, como hacer gimnasia o *kick boxing*. De hecho, en las revistas con temática *para estar en buena forma* aparecieron con mayor frecuencia las actividades que las participantes dijeron que estarían dispuestas a realizar.

### **3.2 SEGUNDA FASE:**

Se considera como segunda fase del estudio la situación experimental propiamente dicha.

#### **3.2.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:**

Participaron en el estudio 479 universitarios inscritos en las carreras de Psicología y de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México y de Psicología de la Universidad de los Negocios ISEC, de los cuáles fueron 376 mujeres entre 17 y 24 años de edad (M=19.7, D.E.=1.35), y 103 hombres entre 18 y 24 años (M=20, D.E.=1.61).

**Tabla 5**

Proporción de participantes según edad, carrera, institución y semestre

EDAD EN AÑOS								
	17	18	19	20	21	22	23	24
<i>Mujeres</i>	4 1.1%	58 15.4%	132 35.1%	102 27.1%	40 10.6%	40 6.4%	10 2.7%	6 1.6%
<i>Hombres</i>	0 0%	18 17.5%	28 27.2%	23 22.3%	16 15.5%	8 7.8%	6 5.8%	4 3.9%

CARRERA E INSTITUCIÓN						
	<i>Psicología</i> <i>UNAM</i>		<i>Derecho</i> <i>UNAM</i>		<i>Psicología</i> <i>ISEC</i>	
<i>Mujeres</i>	252	67%	69	18.4%	55	14.6%
<i>Hombres</i>	51	49.5%	33	32%	19	18.4%

SEMESTRE								
	<i>Segundo</i>		<i>Cuarto</i>		<i>Sexto</i>		<i>Octavo</i>	
<i>Mujeres</i>	115	30.6%	171	45.5%	78	20.7%	12	3.2%
<i>Hombres</i>	51	49.5%	34	33%	16	15.5%	2	1.9%

En cuanto a la proporción por grupos, la distribución fue la siguiente:

Mujeres	Hombres
N = 376	N = 103
*n <sub>1</sub> = 140	*n <sub>1</sub> = 36
*n <sub>2</sub> = 127	*n <sub>2</sub> = 34
*n <sub>3</sub> = 109	*n <sub>3</sub> = 33

\*Quienes posteriormente se expusieron a imágenes de:

n<sub>1</sub> = mujeres delgadas.

n<sub>2</sub> = mujeres con sobrepeso u obesidad.

n<sub>3</sub> = mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

### 3.2.2 RESULTADOS DE LAS MUJERES

#### 3.2.2.1 ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC = kg/m<sup>2</sup>)

Con el autorreporte de peso y estatura de las mujeres se obtuvo el IMC de cada una de ellas. Cabe mencionar que existe evidencia de confiabilidad en los datos que reportan los sujetos sobre su peso y su talla. En un estudio llevado a cabo con población mexicana (Osuna-Ramírez, Hernández-Prado, Campuzano y Salmerón, 2006) se observaron correlaciones altas entre las mediciones realizadas físicamente y el autorreporte de los sujetos; igualmente cuando se estimó el índice de masa corporal con base en ambos datos. En la tabla 6 se presentan las correlaciones registradas en tres grupos con características similares a las de las participantes de la presente investigación, en cuanto a sexo, edad y nivel educativo.

**Tabla 6**

Correlación entre datos medidos y autorreportados de IMC en población mexicana.

<b>Población</b>	<b>Talla</b>	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>
Mujeres	0.87	0.94	0.89
Edad 18-39 años	0.94	0.95	0.89
Nivel de educación Profesional/Posgrado	0.94	0.96	0.91

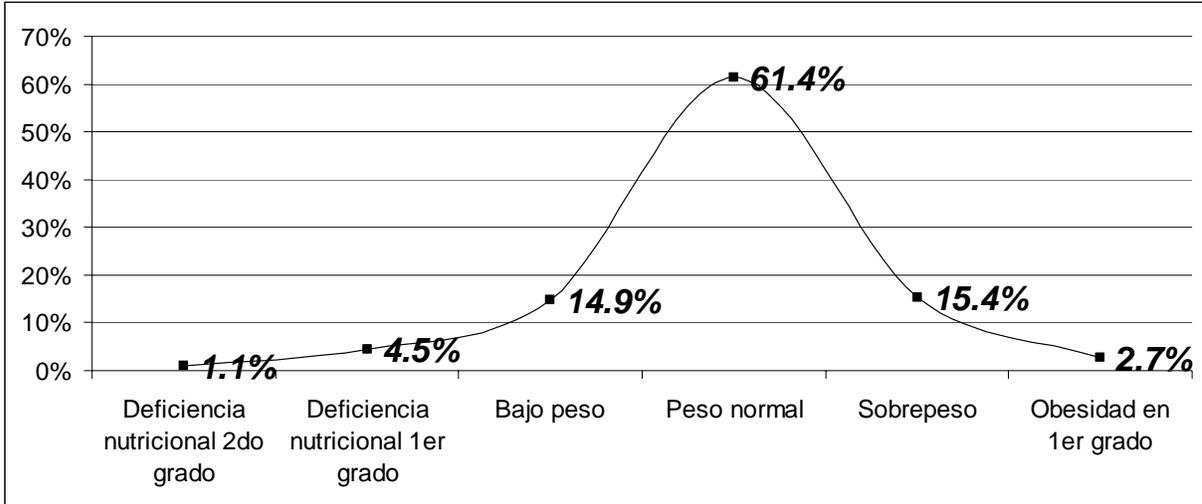
Segmento adaptado de Osuna-Ramírez, *et al.* (2006)

En México, según datos de la Secretaría de Salud (2005), por medio del IMC pueden establecerse las siguientes categorías de peso: deficiencia nutricional en 3er grado (IMC<16), deficiencia nutricional en 2do grado (IMC de 16 a 16.9), deficiencia nutricional en 1er grado (de 17 a 18.4), bajo peso (de 18.5 a 19.9), peso normal (de 20 a 24.9), sobrepeso (de 25 a 29.9), obesidad en 1er grado (de 30 a 34.9), obesidad en 2do grado (de 35 a 40) y obesidad en 3er grado u obesidad mórbida (IMC>40).

Con el IMC de las mujeres, en la investigación actual se obtuvo una media de 22.57, con una desviación estándar de 3.05. En la gráfica 1 se observa la distribución del IMC de acuerdo con las categorías de peso mexicanas.

### Gráfica 1

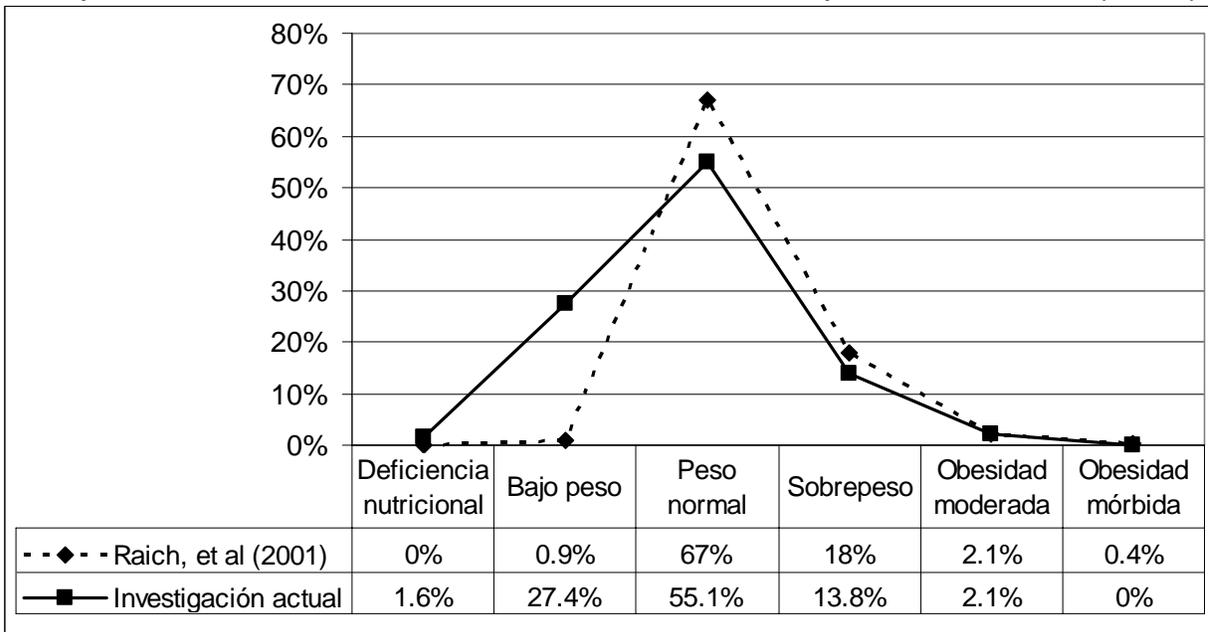
Distribución del IMC con base en las categorías de la Secretaría de Salud



Con fines de comparación, se recodificó el IMC según lo reportado por Raich, *et al.* (2001), obteniéndose la siguiente distribución de los datos:

### Gráfica 2

Comparación del IMC actual con datos obtenidos por Raich, *et al.* (2001)



En la gráfica 2 se observa un aumento del 26.5% en la incidencia de *bajo peso* corporal, e incluso aparecen casos de *deficiencia nutricional*; también puede verse una disminución del 11.9% de personas con *peso normal* así como del 4.2% de personas con *sobrepeso*, mientras que los casos de *obesidad* permanecen prácticamente iguales.

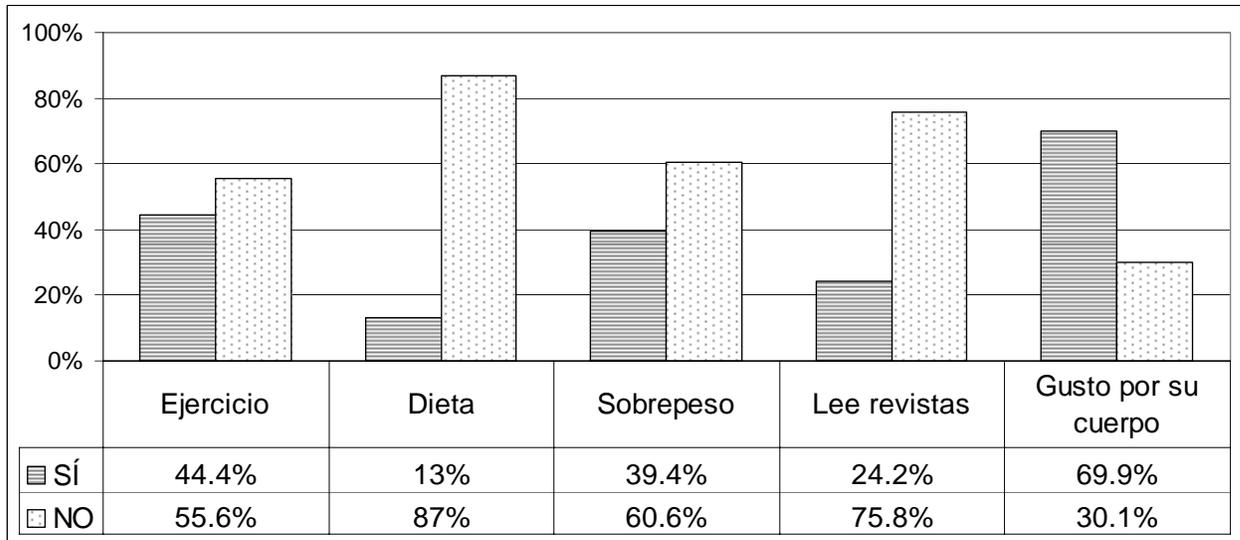
### **3.2.2.2 RIESGO PARA TRASTORNO ALIMENTARIO**

La puntuación media de la prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT-40) fue de 12.2, con una desviación estándar de 9.47. Del total de las mujeres, el 5.6% obtuvo una puntuación igual o superior a 28, indicando así presencia de riesgo para trastorno alimentario; estas participantes se distribuyeron de manera uniforme en los tres grupos experimentales.

Con los datos que se preguntaron únicamente a las mujeres y que son referentes a la realización de ejercicio, dieta actual, historia de sobrepeso, lectura de revistas de *moda*, *espectáculos* o *para estar en buena forma* y gusto por su cuerpo, se encontró que por arriba del 50% de las participantes no realizan ejercicio y son más del 60% las que actualmente no están llevando alguna dieta, no han tenido sobrepeso, no leen revistas y sí les gusta su cuerpo (ver gráfica 3).

### Gráfica 3

Frecuencia de realización de ejercicio, dieta, historia de sobrepeso, lectura de revistas y gusto por el cuerpo



De las 113 mujeres que manifestaron que no les gusta su cuerpo o alguna parte del mismo, lo más frecuente en sus respuestas fue la complexión, seguida por abdomen, busto, cintura, glúteos y piernas (ver tabla 7). El IMC de estas mujeres se observa en la tabla 8, en donde puede verse que la mayoría están dentro del peso considerado normal bajo criterios médicos, seguidas de las mujeres con sobrepeso y luego por las de bajo peso.

En cuanto al contacto habitual con revistas, se encontró que la mayoría de las mujeres que las acostumbra leen más de una; siendo las más comunes aquellas dirigidas a adolescentes y adultos jóvenes, con temas de *moda* y *espectáculos*, como *Tú*, *15 a 20*, *Eres*, *Cosmopolitan*, *Veintitantos*, *Por ti*, *Vanidades*, *Tv* y *Novelas* y *TvNotas*. En cambio, las revistas menos leídas fueron aquellas con temas exclusivamente *para estar en buena forma*, entre las que se encontraron *A tu salud*, *Saludable*, *En forma* y *Dietas*.

**Tabla 7**

Partes del cuerpo que más disgustan

<b>CATEGORÍA</b>	<b>ELEMENTOS DE LA CATEGORÍA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Complexión</i>	Complexión, forma del cuerpo, peso, estatura, delgadez o sobrepeso, flacidez y desproporción.	43	38.1
<i>Del abdomen para arriba</i>	Abdomen y busto	23	20.4
<i>De la cintura para abajo</i>	Cintura, "llantitas", glúteos y piernas	21	18.6
<i>Todo</i>	"Todo"	16	14.2
<i>Cara</i>	Cabeza, cara, mejillas, nariz, papada	5	4.4
<i>Otras partes</i>	Manos, pies, piel y estrías	2	1.8
<i>No indica</i>		3	2.7

**Tabla 8**

IMC de las mujeres a quienes les disgusta al menos una parte del cuerpo

<b>Categoría de IMC según la Secretaría de Salud</b>	<b>n</b>
Deficiencia nutricional en 2 <sup>o</sup> grado	1
Deficiencia nutricional en 1 <sup>er</sup> grado	4
Bajo peso	12
Peso normal	64
Sobrepeso	25
Obesidad en 1 <sup>er</sup> grado	7

### 3.2.2.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para fines prácticos, los grupos se denominaron 1, 2 y 3, de la siguiente manera:

**Grupo 1** = Participantes expuestas a imágenes de mujeres delgadas.

**Grupo 2** = Participantes expuestas a imágenes de mujeres con sobrepeso u obesidad.

**Grupo 3** = Participantes expuestas a imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

Se llevó a cabo una prueba *t* para muestras relacionadas para conocer si la diferencia de medias entre la primera y la segunda aplicaciones de los cuestionarios de ansiedad y depresión había resultado significativa, en cada uno de los grupos. Se encontró que en los tres grupos disminuyó significativamente el nivel de depresión, así como el nivel de ansiedad en las mujeres del grupo 3 (ver tabla 9).

**Tabla 9**

Prueba *t* para muestras relacionadas

Grupo	Variable	Puntuación media		<i>t</i>	Sig.
		Pretest	Postest		
1	Ansiedad	37.40	35.84	1.720	.088
	Depresión	113.99	103.14	3.860*	.000
2	Ansiedad	36.94	36.57	.386	.700
	Depresión	114.54	97.48	4.073*	.000
3	Ansiedad	38.37	36.07	2.436*	.016
	Depresión	126.60	107.95	3.847*	.000

\*Significancia menor a .05

Posteriormente, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para identificar diferencias entre los grupos en cada una de las variables que se midieron al término de la exposición de las imágenes. En éste análisis únicamente resultó significativa la diferencia en el cuestionario de creencias, variable con la que se hizo una *comparación múltiple mediante el método de Bonferroni* (ver tablas 10 y 11).

**Tabla 10**

Análisis de varianza (ANOVA)

<b>Cuestionarios posteriores a la situación experimental</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Ansiedad estado	.184	.832
Depresión	.894	.410
Cuestionario de emociones	1.046	.353
Cuestionario de creencias	3.098*	.046

\*Significancia menor a .05

**Tabla 11**

Comparación múltiple mediante el método de Bonferroni

<b>Cuestionario de creencias</b>	<b>SIGNIFICANCIA ENTRE GRUPOS</b>		
	Grupo 1 vs. Grupo 2	Grupo 1 vs. Grupo 3	Grupo 2 vs. Grupo 3
	.040*	.949	.533

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
<b>Media</b>	30.81	32.18	31.39

\*Significancia menor a .05

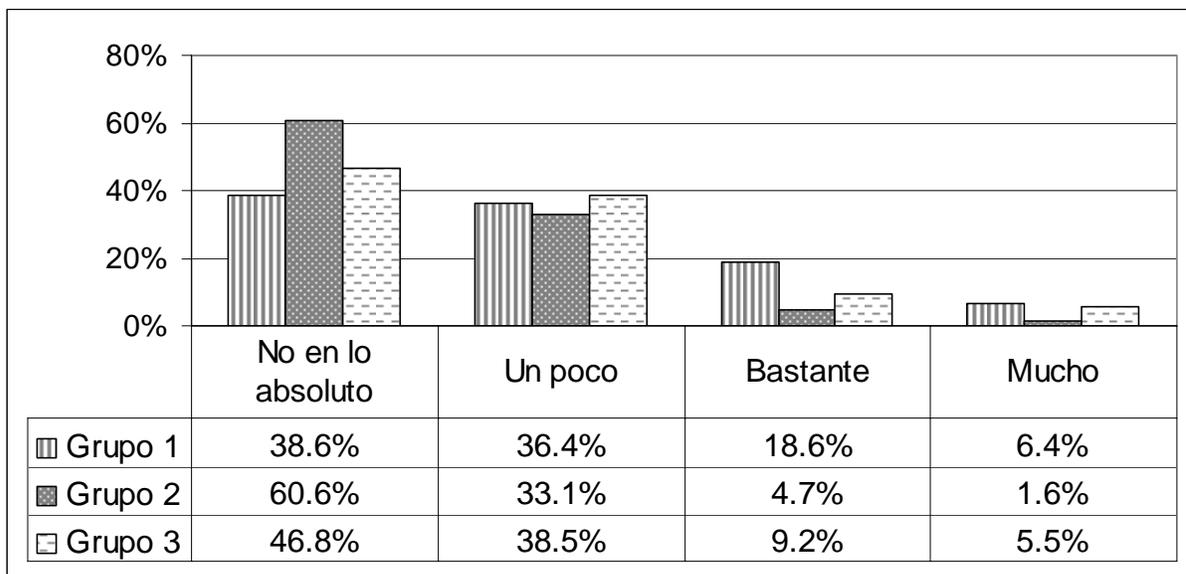
Esta comparación marca una diferencia significativa entre los grupos 1 y 2 en el cuestionario de creencias, siendo menor la del grupo 1 que la del grupo 2, lo que indica que, tras la exposición a las imágenes, quienes vieron a las mujeres delgadas mostraron menor aceptación de su propio cuerpo, que aquellas que vieron a las mujeres con sobrepeso u obesidad.

Para un análisis más puntual de las creencias acerca del propio cuerpo tras la exposición a las imágenes, se graficó cada uno de los reactivos del cuestionario (ver gráficas 4 a 13) y se realizó una prueba Chi-cuadrada por cada reactivo, para examinar si existían diferencias significativas entre los grupos.

A excepción de las creencias “Que estoy bonita” y “Que no me gusta mi cuerpo”, se encontraron diferencias significativas en cada uno de los reactivos de este cuestionario (ver tabla 12).

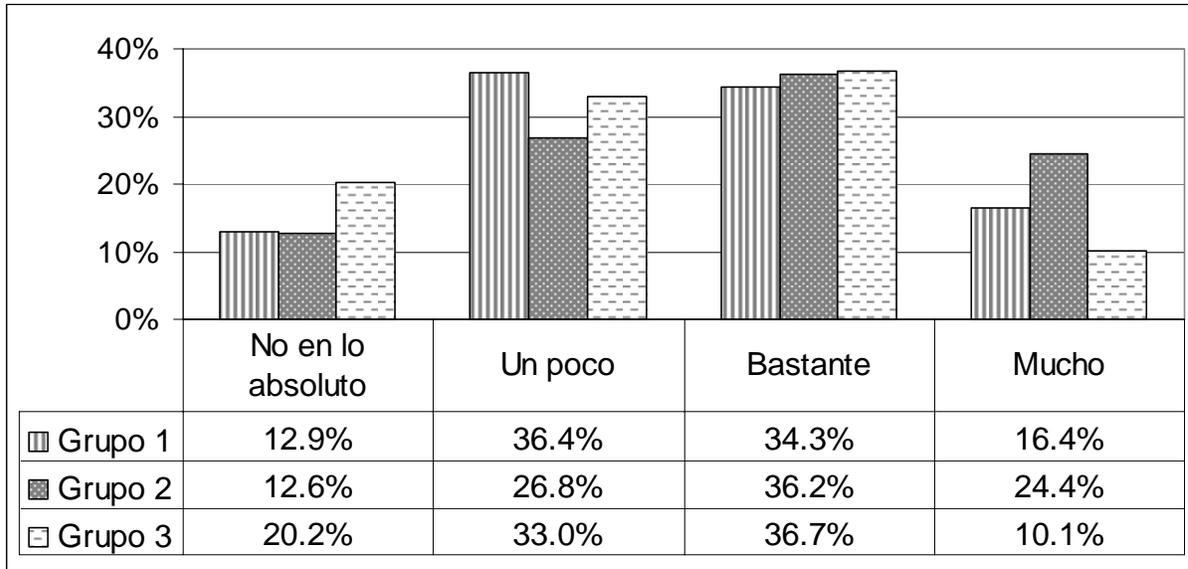
#### Gráfica 4

Creencia: Que estoy pasada de peso



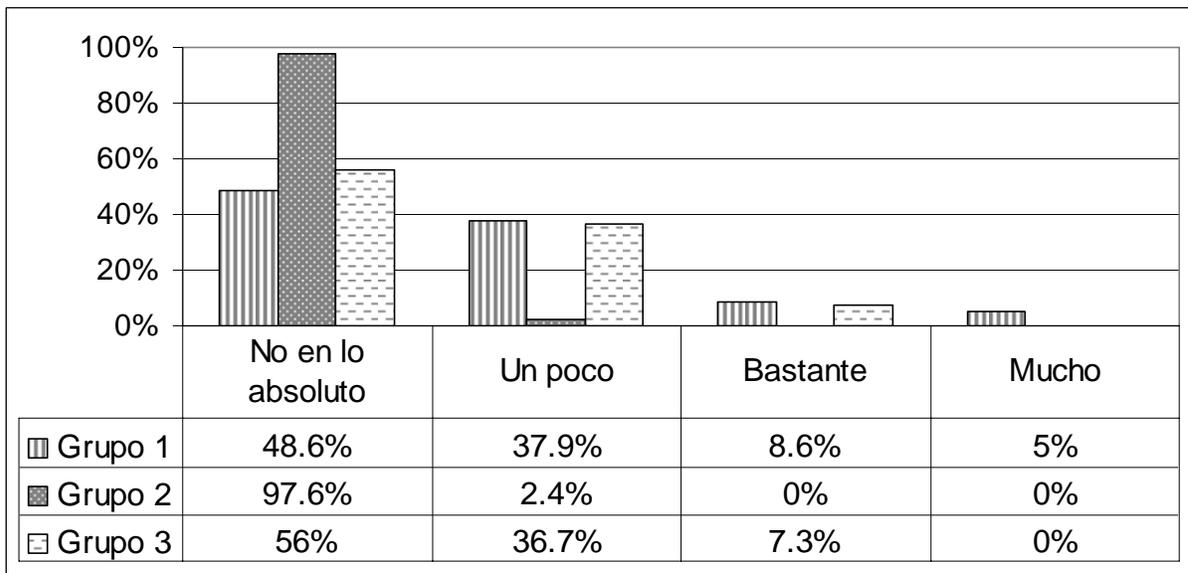
### Gráfica 5

Creencia: Que estoy bonita



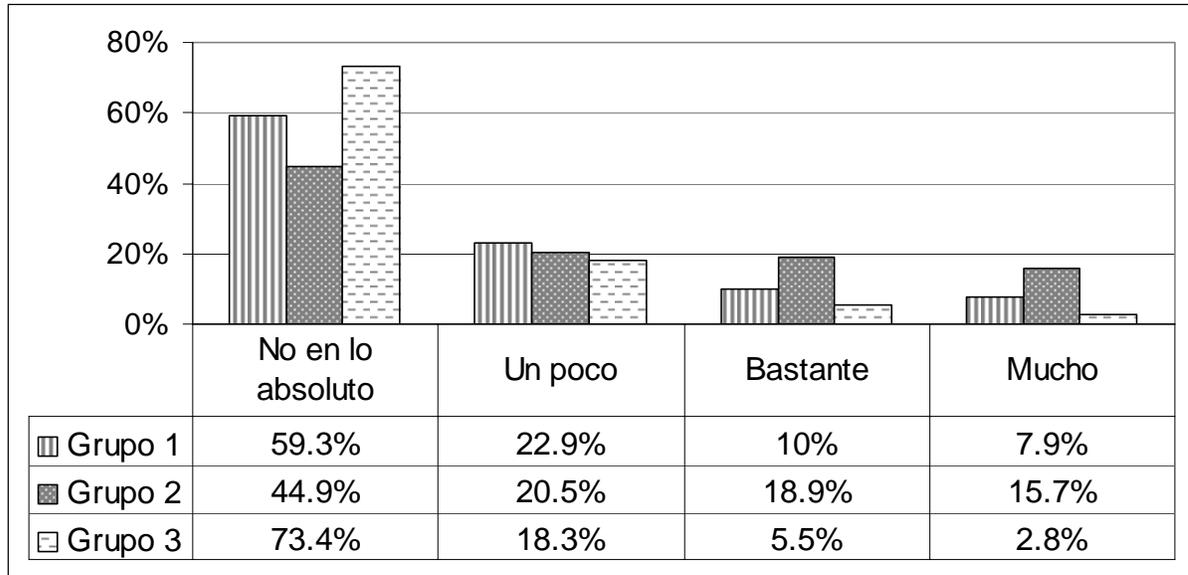
### Gráfica 6

Creencia: Quisiera parecerme a ellas



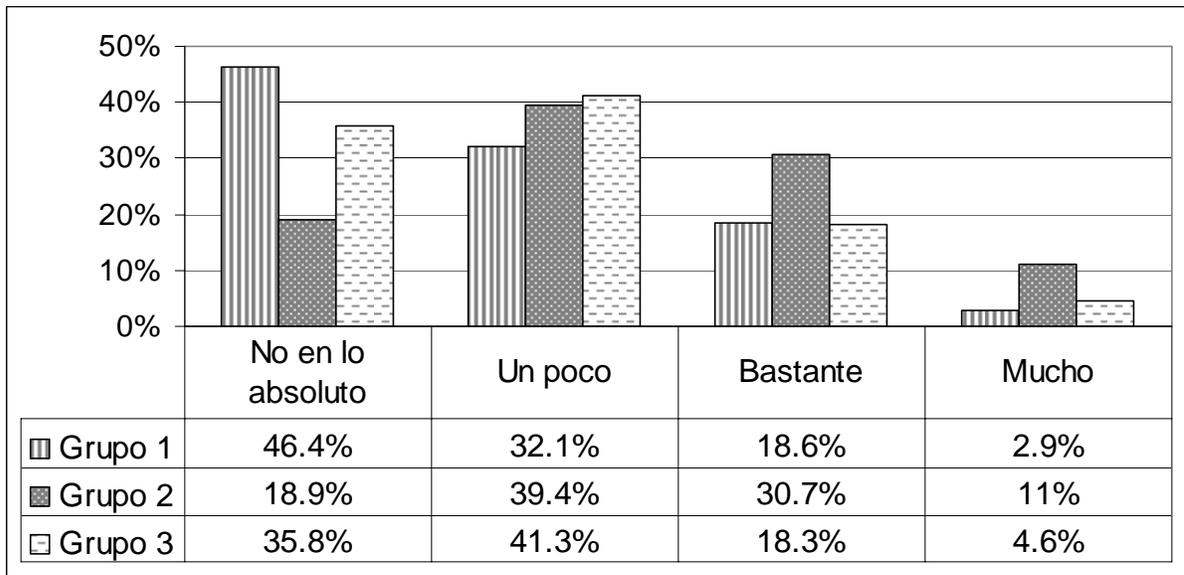
### Gráfica 7

Creencia: Que nunca seré como ellas



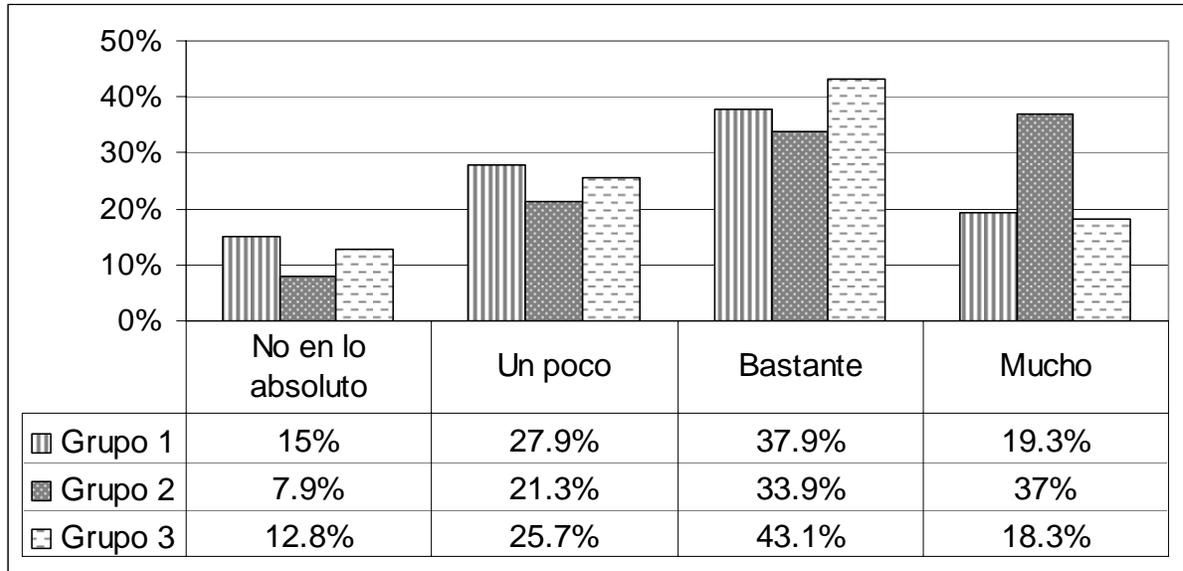
### Gráfica 8

Creencia: Que estoy delgada



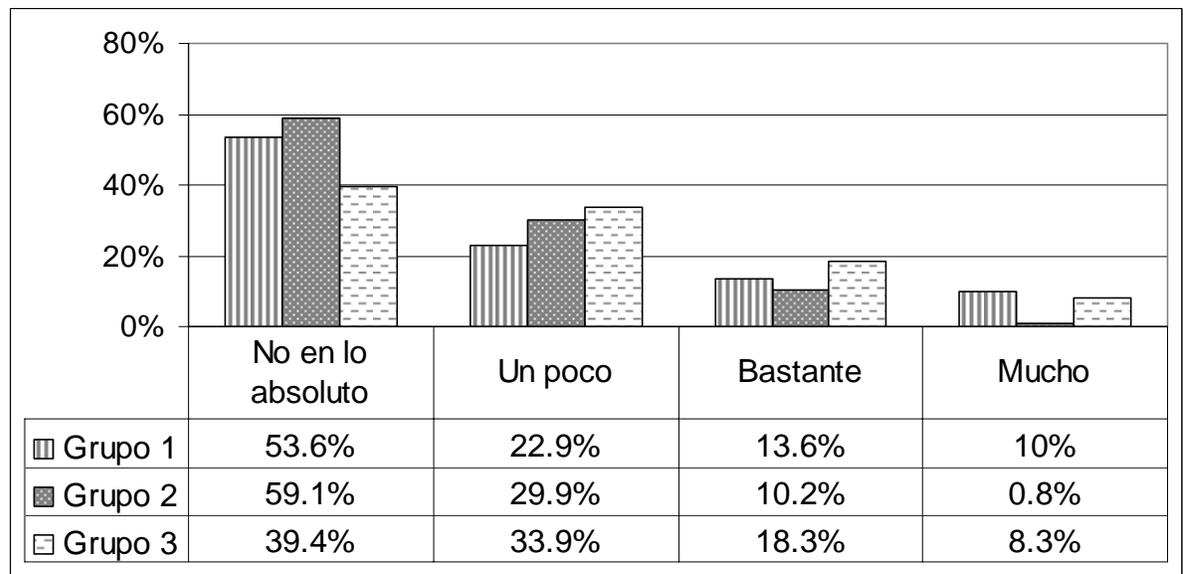
### Gráfica 9

Creencia: Que me gusta mi cuerpo



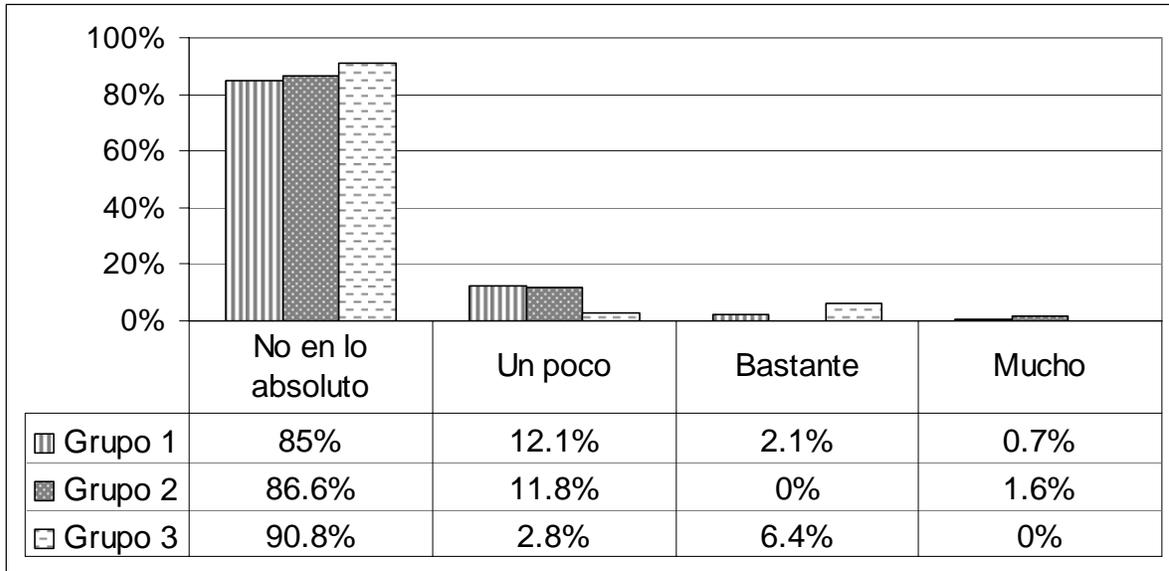
### Gráfica 10

Creencia: Que puedo llegar a ser como ellas



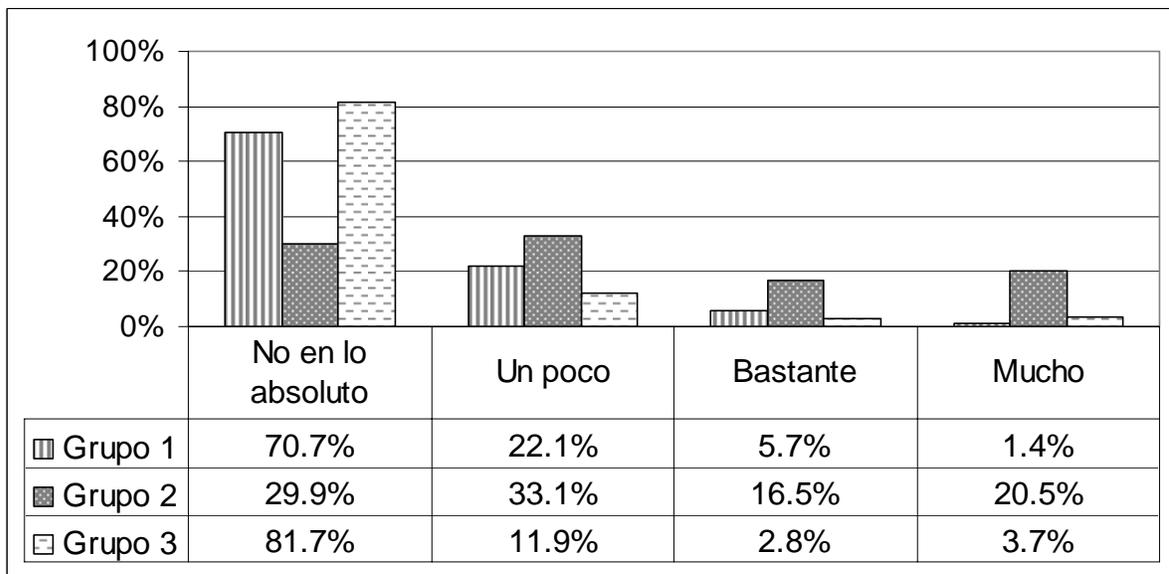
### Gráfica 11

Creencia: Que soy fea



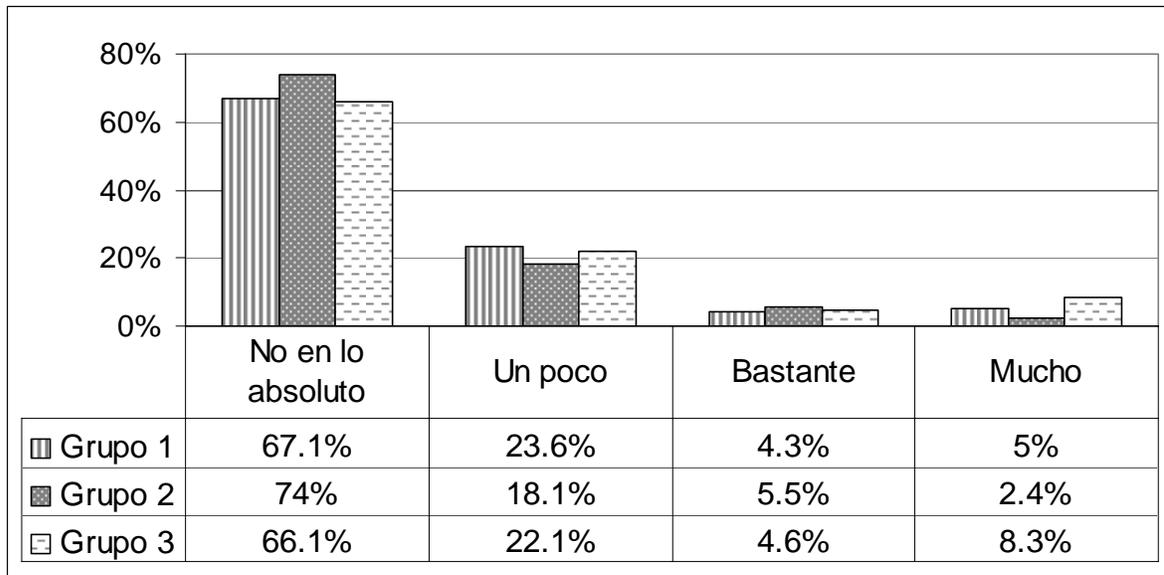
### Gráfica 12

Creencia: Me da miedo parecerme a ellas



**Gráfica 13**

Creencia: Que no me gusta mi cuerpo



En la gráfica 4 se observa que poco más del 60% de las mujeres que se expusieron a las imágenes de mujeres obesas no consideraron estar pasadas de peso, mientras que sólo opinaron lo mismo el 38.6% de quienes vieron a las mujeres delgadas. De forma similar, en la gráfica 8 se distingue que fue hasta el 46.4% de quienes se expusieron a las imágenes de mujeres delgadas quienes no se juzgaron delgadas a ellas mismas, contra el 18.9% de quienes vieron a las mujeres obesas.

En la gráfica 9 se evidencia que al 37% de quienes se expusieron a las imágenes de cuerpos obesos y sólo al 19.3% de quienes vieron a las mujeres delgadas les gustó mucho su cuerpo tras la exposición a las imágenes. Congruentemente, en la creencia “que soy fea”, se encontró que las mujeres que vieron a las mujeres obesas se consideraron significativamente menos feas que las mujeres de los otros dos grupos (gráfica 11).

En las gráficas 7 y 10 se advierte una marcada creencia en la posibilidad de llegar a ser como las mujeres delgadas y como aquellas que hacen ejercicio y se alimentan sanamente.

En esta misma línea, las mujeres que observaron a las mujeres obesas manifestaron que no les gustaría (97.6%), e incluso les da un poco, bastante o mucho miedo (70.1%), parecerse a las mujeres de las imágenes. En cambio, de quienes vieron a las mujeres delgadas, el 51.5% quisieran ser un poco, bastante o mucho como las modelos observadas y al 70.7% no le da miedo parecerse a ellas (gráficas 6 y 12).

En este análisis reactivo por reactivo del cuestionario de creencias se nota una marcada similitud entre los resultados de los grupos 1 y 3.

## Tabla 12

Prueba  $X^2$  para cada reactivo del cuestionario de creencias

Creencia	$X^2$	Sig.
Que estoy pasada de peso	23.06*	.001
Que estoy bonita	12.02	.062
Quisiera parecerme a ellas	89.28*	.000
Que nunca seré como ellas	29.63*	.000
Que estoy delgada	29.99*	.000
Que me gusta mi cuerpo	16.52*	.011
Que puedo llegar a ser como ellas	19.90*	.003
Que soy fea	18.50*	.005
Me da miedo parecerme a ellas	89.55*	.000
Que no me gusta mi cuerpo	5.87	.438

\*Significancia menor a 0.05

En lo que refiere al cuestionario de emociones, aunque no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al análisis de varianza referido anteriormente, en virtud de que uno de los objetivos de la investigación era conocer las emociones que se generan al observar los distintos tipos de imágenes, se realizó un análisis reactivo por reactivo y, por medio de una prueba Chi-cuadrada, se encontró diferencia estadísticamente significativa en siete emociones referidas al propio cuerpo: conformidad ( $X^2=26.45$ , Sig.=.000), culpa ( $X^2=16.29$ , Sig.=.012), tristeza ( $X^2=18.13$ , Sig.=.006), entusiasmo ( $X^2=14.96$ , Sig.=.021), envidia ( $X^2=94.27$ , Sig.=.000), agrado ( $X^2=14.25$ , Sig.=.027) y alegría ( $X^2=13.90$ , Sig.=.031).

En la tabla 13 aparecen los porcentajes de respuestas por cada uno de los reactivos que resultaron significativos. En ésta, se observa que quienes se expusieron a las mujeres obesas experimentaron mayor conformidad, alegría y entusiasmo, y menor culpa y envidia al pensar en su propio cuerpo, que las mujeres que vieron las fotografías de modelos delgadas o de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

Las mujeres que se expusieron a las imágenes de modelos delgadas (grupo 1), reportaron mayor envidia y menor entusiasmo que las mujeres de los grupos 2 y 3. En cambio, las mujeres que observaron a las mujeres que realizaban conductas para estar en buena forma, sintieron mayor culpa y agrado, así como menor conformidad y alegría, que las mujeres de los otros dos grupos.

**Tabla 13**

Porcentaje de respuestas en reactivos estadísticamente significativos del cuestionario de emociones

Emoción	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	No/un poco	Bastante/mucho	No/un poco	Bastante/mucho	No/un poco	Bastante/mucho
<b>Conformidad</b>	50.7	49.3	43.3	56.7	56.9	43.1
<b>Culpa</b>	95	5	98.4	1.6	92.7	7.3
<b>Tristeza</b>	96.4	3.6	91.3	8.7	96.3	3.7
<b>Entusiasmo</b>	68.6	31.4	59	41	61.5	38.5
<b>Envidia</b>	80.7	19.3	99	1	88.1	11.9
<b>Agrado</b>	57.8	42.2	60.6	39.4	54.1	45.9
<b>Alegría</b>	60.7	39.3	52	48	63.3	36.7

Para conocer si las emociones y las creencias respecto al propio cuerpo se relacionaban de alguna forma con los niveles de ansiedad y depresión, se llevó a cabo una correlación de Pearson.

En la tabla 14 pueden observarse correlaciones negativas moderadas entre los cuestionarios de emociones/creencias y los de depresión/ansiedad posteriores a la exposición de las imágenes, lo que indica que las mujeres que se sintieron más ansiosas o deprimidas, mostraron menor aceptación de su propio cuerpo y, en sentido contrario, a quienes les causó menor ansiedad y depresión, mostraron emociones y creencias más positivas en relación a su cuerpo.

Los cuestionarios de ansiedad y depresión previos a la exposición a las imágenes también correlacionaron negativamente con los de creencias y emociones, pero visiblemente en menor proporción; no obstante, revela que a niveles más altos en ansiedad y depresión

previos a la exposición a las imágenes, menor aceptación del propio cuerpo.

En este mismo análisis se encontró una correlación positiva entre las emociones y las creencias referentes al cuerpo, es decir, quienes manifestaron más emociones positivas, también expresaron más creencias positivas en relación a su propio cuerpo e, inversamente, quienes sintieron más emociones negativas, también emitieron más creencias negativas respecto a su propio cuerpo.

**Tabla 14**

Correlación de Pearson para los cuestionarios de emociones y creencias

	<b>Emociones</b>	<b>Creencias</b>
Ansiedad rasgo	-.373*	-.391*
Ansiedad estado 1ª aplicación	-.339*	-.313*
Ansiedad estado 2ª aplicación	-.763*	-.684*
Depresión 1ª aplicación	-.343*	-.314*
Depresión 2ª aplicación	-.552*	-.533*
Emociones		.750*

\*En todos los casos se obtuvo una significancia menor a 0.01.

Retomando el cuestionario inicial que respondieron las mujeres con respecto a la realización de ejercicio, dieta actual, historia de sobrepeso, lectura de revistas y gusto por su cuerpo, se probó la independencia entre estas conductas por medio de una Chi-cuadrada ( $X^2$ ) (ver tabla 15). En las relaciones que resultaron con un nivel de significancia menor a .05 se encontró lo siguiente: del total de mujeres que actualmente llevan a cabo alguna dieta, el 63.3% han tenido sobrepeso, el 38.8% leen revistas y al 51% no les gusta su cuerpo; de

las mujeres que muestran disgusto por su cuerpo, el 52.2% han tenido sobrepeso y el 34.5% leen revistas; al 42.9% de las lectoras de revistas les disgusta al menos alguna parte de su cuerpo y el 20.1% hacen dieta.

**Tabla 15**

Relación entre realización de ejercicio, dieta actual, historia de sobrepeso, lectura de revistas y gusto por el cuerpo

	Ejercicio		Dieta actual		Historia de sobrepeso		Lectura de revistas	
	X <sup>2</sup>	Sig.	X <sup>2</sup>	Sig.	X <sup>2</sup>	Sig.	X <sup>2</sup>	Sig.
<b>Dieta actual</b>	.996	.318						
<b>Historia de sobrepeso</b>	1.252	.263	13.488*	.000				
<b>Lectura de revistas</b>	.020	.888	6.523*	.011	.002	.964		
<b>Gusto por su cuerpo</b>	.405	.525	11.783*	.001	11.177*	.001	9.363*	.002

\*Significancia menor a .05

Para conocer si el índice de masa corporal (IMC) guarda alguna relación con la ansiedad, depresión, emociones y creencias asociadas con el propio cuerpo, se realizó una correlación de Pearson. Se encontró una correlación no significativa e inferior a .10 con los niveles de ansiedad rasgo ( $r=.034$ ), ansiedad-estado ( $r=.052$ ) y depresión ( $r=.047$ ) pretest; sin embargo, cuando se analizó la correlación del IMC con los datos posttest por cada uno de los grupos, se encontró que las mujeres con mayor IMC expuestas a imágenes de mujeres delgadas

que promovieran o no conductas para estar en buena forma), tendieron a evaluar más negativamente su propio cuerpo y a experimentar mayor ansiedad, que quienes tenían un IMC más bajo (ver tabla 16).

**Tabla 16**

Correlación del IMC con ansiedad, depresión, emociones y creencias

Correlación del IMC con:	GRUPO		
	1	2	3
Ansiedad postest	.320**	.212*	.345**
Depresión postest	.274**	.100	.194
Emociones	-.419**	-.263**	-.447**
Creencias	-.483**	-.346**	-.543**

\*\*Correlación significativa a un nivel de .01

\*Correlación significativa a un nivel de .05

Por la naturaleza de la investigación se observaron además, de manera independiente, los 21 casos con riesgo para trastorno alimentario. De estas mujeres, 17 han tenido sobrepeso, a 17 no les gusta su cuerpo, 12 hacen ejercicio, 9 llevan una dieta actualmente y 10 leen revistas de *moda, espectáculos o para estar en buena forma*. En cuanto a su IMC, 1 de ellas presenta bajo peso, en tanto que 12 tienen peso normal, 6 sobrepeso y 2 obesidad.

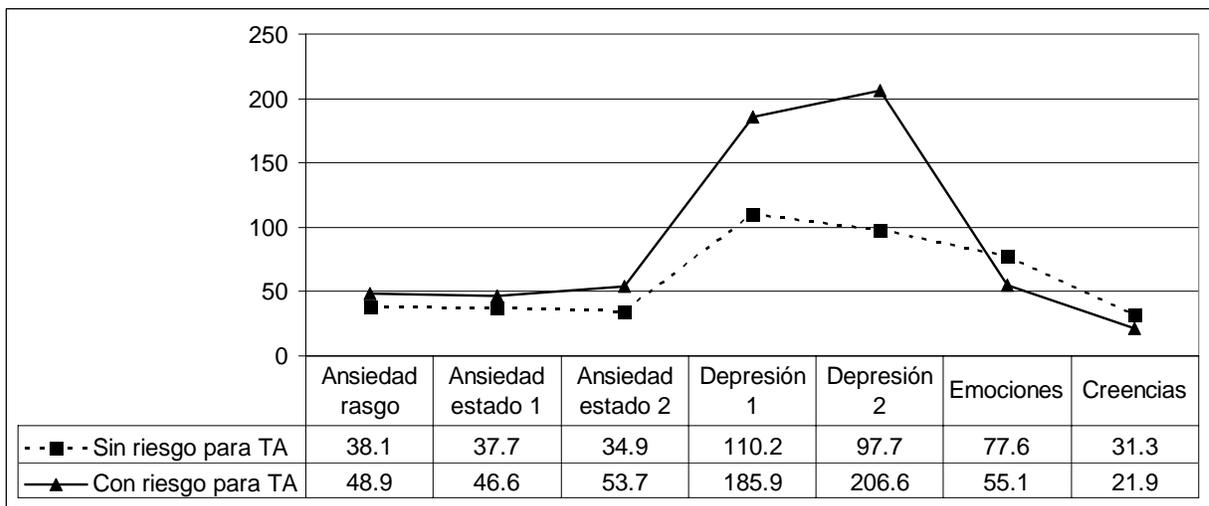
En los cuestionarios que se aplicaron pretest y postest, se tiene que los puntajes de estas jóvenes son mayores que los de las mujeres sin riesgo para trastorno alimentario, además de que la tendencia entre el

antes y el después a la exposición de las imágenes es distinta (ver gráficas 14 a 16).

Las mujeres con riesgo para trastorno alimentario se distribuyeron de la siguiente manera: 7 en el grupo 1, 6 en el grupo 2 y 8 en el grupo 3. Debido a la cantidad tan pequeña de mujeres con riesgo para trastorno alimentario en cada uno de los grupos, no se realizaron procedimientos estadísticos para la comparación de medias sino que únicamente se hizo un análisis de tipo descriptivo. En las gráficas 14, 15 y 16 aparece la puntuación media de cada cuestionario pretest y posttest a manera de comparación entre las mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, por cada uno de los grupos.

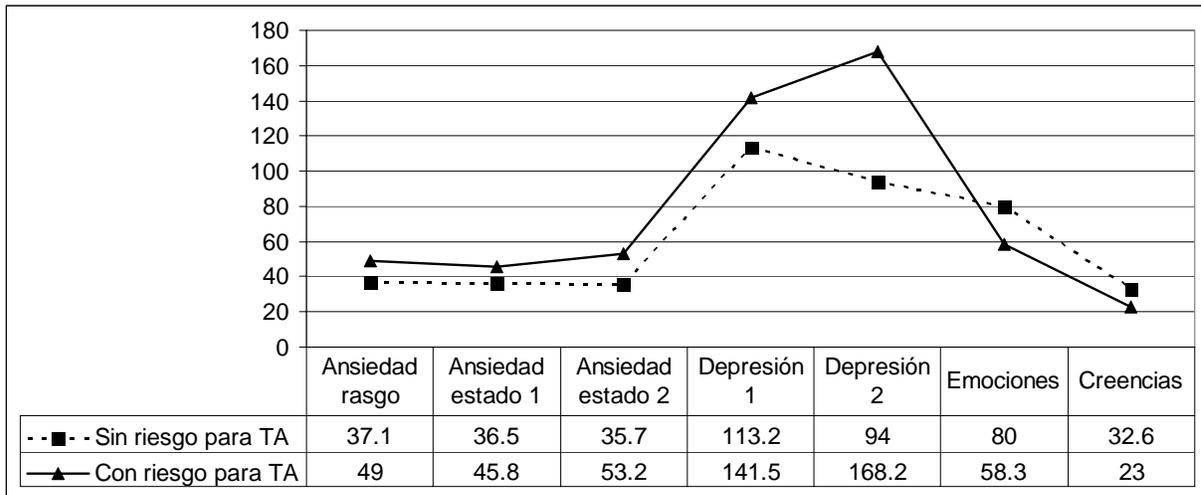
### Gráfica 14

Comparación de puntajes entre mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, que se expusieron a las imágenes de mujeres delgadas



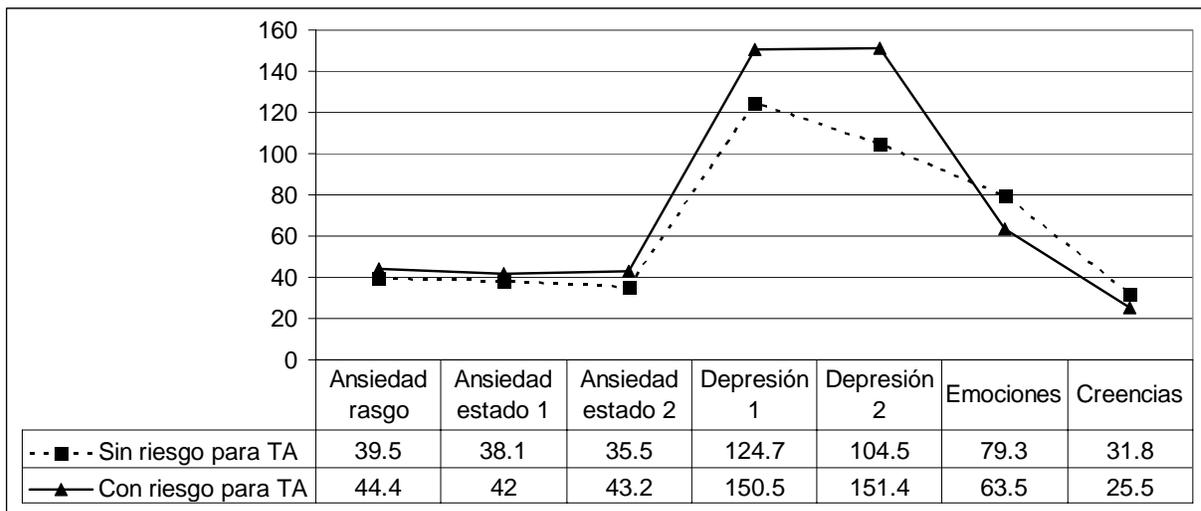
### Gráfica 15

Comparación de puntajes entre mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, que se expusieron a las imágenes de mujeres obesas



### Gráfica 16

Comparación de puntajes entre mujeres con riesgo y sin riesgo para trastorno alimentario, que se expusieron a las imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma



En las tres gráficas de comparación puede verse que las mediciones que no dependieron de la exposición a las imágenes (ansiedad rasgo y la primera medición de ansiedad y de depresión estado), son más elevadas en las mujeres con riesgo para trastorno alimentario.

En la segunda aplicación de los cuestionarios de ansiedad y depresión se observa que, mientras en las mujeres sin riesgo para TA disminuyó el nivel de estas variables al observar cualquier tipo de imágenes, en las mujeres con riesgo los niveles de ambas variables aumentaron, aunque en el grupo 3 este cambio es mínimo. Además, se percibe una diferencia abismal entre los puntajes que obtuvieron las mujeres con y sin riesgo del grupo 1; esta diferencia alcanza su grado más bajo en el grupo 3, siendo en todos los casos más elevada la de las mujeres con riesgo para trastornos de la alimentación.

En comparación con quienes vieron las imágenes de mujeres obesas o que promovían conductas para estar en buena forma, las mujeres con riesgo para trastorno expuestas a imágenes de mujeres delgadas sintieron más vergüenza, tristeza y enojo y menos conformidad, aceptación y tranquilidad respecto a su propio cuerpo; además, se creyeron feas, dijeron que no les gustaba su propio cuerpo y que deseaban parecerse a las modelos, aunque también expresaron que nunca serían como ellas.

Por otra parte, las mujeres con riesgo para TA que vieron los cuerpos obesos experimentaron menos optimismo, entusiasmo, felicidad, desprecio, culpa, envidia, remordimiento, decepción y enojo con respecto a su cuerpo; asimismo, pensaron que ellas mismas eran feas y, aunque mencionaron que no les gustaría parecerse a las modelos,

creyeron que podían llegar a ser como ellas y expresaron que les daba miedo.

Por último, las mujeres con riesgo que vieron las imágenes de mujeres promoviendo actividades para estar en buena forma sintieron menor desesperación y mayor culpa, optimismo y satisfacción que las mujeres de los otros dos grupos; además, manifestaron disgusto hacia su propio cuerpo.

En este mismo análisis se encontró que, independientemente de las imágenes observadas, las mujeres con mayor riesgo para trastorno alimentario sintieron repugnancia y desesperación hacia su propio cuerpo.

Por medio de los percentiles obtenidos para las participantes de esta investigación (ver anexo 8) se puede observar que las mujeres sin riesgo para TA entran en el rango de normalidad de cada una de las pruebas, no así las mujeres con riesgo, quienes tendieron a puntuar en los extremos (ver tabla 17). Sin embargo, es importante tener en cuenta que aún en las mujeres que no tienen una condición previa de riesgo para trastorno alimentario se encontraron creencias y emociones negativas asociadas al propio cuerpo, especialmente en quienes se expusieron a las imágenes de mujeres delgadas o de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

**Tabla 17**

Percentiles obtenidos por las mujeres con y sin riesgo para trastorno alimentario, en cada uno de los cuestionarios

Cuestionario	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	Sin riesgo	Con riesgo	Sin riesgo	Con riesgo	Sin riesgo	Con riesgo
<b>IDARE-Rasgo</b>	58	84*	54	84*	61	74
<b>IDARE-Estado 1<sup>a</sup> aplicación</b>	61	85*	56	83*	61	71
<b>IDARE-Estado 2<sup>a</sup> aplicación</b>	52	94*	56	94*	52	74
<b>Adjetivos de Axelrod 1<sup>a</sup> aplicación</b>	56	86*	57	73	65	76*
<b>Adjetivos de Axelrod 2<sup>a</sup> aplicación</b>	46	91*	43	82*	51	77*
<b>Cuestionario de emociones</b>	48	7**	52	10**	49	18**
<b>Cuestionario de creencias</b>	42	6**	63	7**	52	12**

\*Puntuaciones por encima del rango de normalidad

\*\*Puntuaciones por debajo del rango de normalidad

Adicionalmente, con esta investigación se deseaba conocer si la ansiedad rasgo se relaciona con la ansiedad estado, lo cual se probó mediante una correlación de Pearson (ver tabla 18).

**Tabla 18**

Correlación de Pearson entre el cuestionario de ansiedad rasgo y los de ansiedad estado

	<b>Ansiedad rasgo</b>	
	<b>r</b>	<b>Sig.</b>
<b>Ansiedad estado 1ª aplicación</b>	.592*	.000
<b>Ansiedad estado 2ª aplicación</b>	.470*	.000

\*Significancia menor a .05

En la tabla 18 puede verse que, efectivamente, la ansiedad rasgo y los niveles de ansiedad estado se relacionan moderadamente. Esto significa que las personas que normalmente muestran un nivel elevado de ansiedad (ansiedad rasgo) tienden a responder con un nivel elevado de ansiedad en un momento determinado (ansiedad estado) e, inversamente, cuando su ansiedad rasgo es baja, también tiende a serlo su ansiedad estado.

### 3.2.3 RESULTADOS DE LOS HOMBRES

En el análisis de datos de los hombres que participaron en la investigación, los grupos también se denominaron 1, 2 y 3, de la siguiente manera:

**Grupo 1** = Participantes expuestos a imágenes de mujeres delgadas.

**Grupo 2** = Participantes expuestos a imágenes de mujeres con sobrepeso u obesidad.

**Grupo 3** = Participantes expuestos a imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

#### 3.2.3.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para conocer si existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (según las imágenes que observaron) en las listas de calificativos y en el cuestionario de situaciones. Los tres grupos obtuvieron una significancia menor a .05, por lo que posteriormente se realizó una *comparación múltiple mediante el método de Bonferroni* (ver tablas 19 y 20).

**Tabla 19**

Análisis de varianza (ANOVA)

<b>Cuestionarios posteriores a la situación experimental</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Lista de calificativos físicos	101.930*	.000
Lista de calificativos conductuales	8.619*	.000
Cuestionario de situaciones	5.366*	.006

**Tabla 20**

Comparación múltiple mediante el método de Bonferroni

	<b>SIGNIFICANCIA ENTRE GRUPOS</b>		
	Grupo 1 vs. Grupo 2	Grupo 1 vs. Grupo 3	Grupo 2 vs. Grupo 3
Lista de calificativos físicos	.000*	1.000	.000*
Lista de calificativos conductuales	.612	.016*	.000*
Cuestionario de situaciones	.016*	1.000	.017*

<b>Media de los cuestionarios</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Lista de Calificativos 1	33.61	22.53	33.88
Lista de Calificativos 2	63.42	61.09	68.64
Cuestionario de situaciones	11.97	9.85	12.00

\*Significancia menor a 0.05

Para un análisis más detallado de las diferencias entre los grupos, se reportan en las tablas 21, 22 y 23 los porcentajes reactivo por reactivo, sumando las opciones de respuesta “no en lo absoluto” y “un poco”, así como “bastante” y “mucho”, de cada uno de los grupos. Además, se realizó una prueba Chi-cuadrada reactivo por reactivo de los tres cuestionarios para identificar aquellos calificativos en los que ocurrieron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 21**

Porcentaje de respuestas por reactivo en la lista de calificativos físicos

Adjetivo	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	No/un poco	Bastante/mucho	No/un poco	Bastante/mucho	No/un poco	Bastante/mucho
<b>*Atractivas</b>	16.7	83.3	100	0	33.3	66.7
<b>*Repulsivas</b>	100	0	67.7	35.3	93.9	6.1
<b>*Desagradables</b>	100	0	64.7	35.5	100	0
<b>*Bonitas</b>	11.1	88.9	100	0	21.2	78.8
<b>*Saludables</b>	24.9	75.1	100	0	15.1	84.9
<b>*Fuertes</b>	74.9	25.1	85.3	14.7	48.5	51.5
<b>*Feas</b>	97.2	2.8	55.9	44.1	100	0
<b>*Limpias</b>	11.1	88.9	53	47	9.1	90.9
<b>*Arruinadas</b>	100	0	73.5	26.5	100	0
<b>Merecedoras del ridículo</b>	97.2	2.8	88.3	11.7	97	3

\*Nivel de significancia menor a .01, según una prueba de Chi-cuadrada.

En la tabla 21 puede verse que las mujeres delgadas y las que realizan ejercicio y se alimentan sanamente fueron consideradas más atractivas, bonitas, fuertes, saludables y limpias que las mujeres con sobrepeso u obesidad. En cambio, éstas últimas fueron consideradas repulsivas, desagradables, feas y arruinadas con mayor frecuencia que las mujeres de los otros dos grupos. De acuerdo a una prueba Chi-cuadrada para cada uno de estos reactivos, a excepción de “merecedoras del ridículo” ( $X^2=9.65$ ; Sig.=.140), en todos los demás se obtuvo un nivel de significancia igual o menor a .01.

En lo que refiere a la lista de calificativos conductuales, en la comparación múltiple mediante el método de Bonferroni se encontró que los hombres tendieron a calificar más positivamente a las mujeres del grupo 3, es decir, a aquellas que realizaban conductas para estar en buena forma, existiendo diferencias estadísticamente significativas con respecto a los otros dos grupos. Para identificar en cuáles calificativos se habían dado estas diferencias, se analizó el porcentaje de respuestas reactivo por reactivo (ver tabla 21).

En la tabla 22, conforme a los resultados estadísticamente significativos obtenidos con una prueba Chi-cuadrada, se observa que los hombres pensaron que las mujeres que aparecían realizando conductas para estar en buena forma eran más felices, encantadoras y pasionales, así como menos perezosas, fodongas, lentas, tristes, antipáticas, inseguras y descuidadas, que las mujeres obesas y que las mujeres delgadas.

Por otro lado, las mujeres obesas fueron consideradas por ellos como más perezosas, fodongas, lentas, tristes, inseguras, descuidadas, bonachonas, amigables y de mejor carácter, así como menos vanidosas, frívolas, presumidas, cuidadosas, elegantes, encantadoras, pasionales y felices, que las mujeres de los grupos 1 y 3.

Finalmente, los hombres pensaron que las mujeres delgadas eran más vanidosas, frívolas, presumidas, antipáticas y cuidadosas, así como menos bonachonas y amigables, que las mujeres que aparecían realizando ejercicio o se alimentaban sanamente y que las mujeres con obesidad.

**Tabla 22**

Porcentaje de respuestas por reactivo en la lista de calificativos conductuales

Adjetivo	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	No/un poco	Bastante/ Mucho	No/un poco	Bastante/ mucho	No/un poco	Bastante / mucho
<b>*De buen carácter</b>	72.2	27.8	26.4	73.6	42.4	57.6
<b>Responsables</b>	61.1	38.9	52.9	47.1	33.4	66.6
<b>**Vanidosas</b>	2.8	97.2	79.3	20.7	21.2	78.8
<b>**Bonachonas</b>	86.1	13.9	44.1	55.9	84.9	15.1
<b>**Frívolas</b>	47.2	52.8	97	3	84.8	15.2
<b>**Perezosas</b>	80.6	19.4	41.1	58.9	97	3
<b>*Felices</b>	44.4	55.6	70.5	29.5	36.4	63.6
<b>**Presumidas</b>	16.7	83.3	97.1	2.9	45.4	54.6
<b>Alegres</b>	41.7	58.3	50	50	36.4	63.3
<b>**Cuidadosas</b>	2.8	97.2	97	3	6.1	93.9
<b>**Fodongas</b>	94.4	5.6	76.4	23.6	100	0
<b>Trabajadoras</b>	55.5	44.5	47.1	52.9	33.3	66.7
<b>**Lentas</b>	88.9	11.1	61.7	38.3	96.9	3.1
<b>Aburridas</b>	75	25	91.1	8.9	93.9	6.1
<b>**Amigables</b>	66.7	33.3	26.4	73.6	45.4	54.6
<b>**Tristes</b>	94.4	5.6	79.4	20.6	97	3
<b>**Elegantes</b>	55.6	44.4	88.2	11.8	48.4	51.6
<b>**Antipáticas</b>	61.1	38.9	94.1	5.9	97	3
<b>**Encantadoras</b>	55.6	44.4	82.3	17.7	53.5	46.5
<b>**Inseguras</b>	83.3	16.7	38.2	61.8	100	0
<b>**Pasionales</b>	47.2	52.8	70.6	29.4	42.4	57.6
<b>Sucias</b>	100	0	97.1	2.9	100	0
<b>**Descuidadas</b>	97.2	2.8	50	50	100	0

\*Nivel de significancia menor a .05 según una prueba de Chi-cuadrada

\*\*Nivel de significancia menor a .01 según una prueba de Chi-cuadrada

Dentro de este análisis reactivo por reactivo, en la tabla 23 se aprecia que a los hombres no les gustaría que alguna de las mujeres obesas fuera su hermana, ni salir o concertar una cita a ciegas y encontrarse con una de ellas; en cambio, es a estas mujeres a quienes creen que les gustaría más tener una amistad, aunque en este último caso las diferencias no fueron significativas.

En cambio, les gustaría encontrarse con alguna de las mujeres de los grupos 1 o 3 en una cita a ciegas, pero no salir con alguna de ellas.

**Tabla 23**

Porcentaje de respuestas por reactivo en el Cuestionario de situaciones

Situación	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	No/un poco	Bastante/Mucho	No/un poco	Bastante/mucho	No/un poco	Bastante/mucho
<b>**Salir con alguna de ellas</b>	58.3	41.7	100	0	51.5	48.5
<b>**Concertar cita a ciegas</b>	41.6	58.4	97	3	48.4	51.6
<b>Compartir espacio de trabajo</b>	52.7	47.3	44.1	55.9	45.5	54.5
<b>Ser amigo de alguna de ellas</b>	47.2	52.8	38.2	61.8	42.4	57.6
<b>*Alguna fuera tu hermana</b>	75	25	88.2	11.8	78.8	21.2

\*Nivel de significancia menor a .05 según una prueba de Chi-cuadrada

\*\*Nivel de significancia menor a .01 según una prueba de Chi-cuadrada

Para conocer si los cuestionarios de calificativos y el de situaciones se relacionaban de alguna forma entre sí, se llevó a cabo una correlación de Pearson (ver tabla 24).

**Tabla 24**

Correlación de Pearson

	Lista de calificativos físicos		Lista de calificativos conductuales	
	r	Sig.	r	Sig.
<b>Lista de calificativos conductuales</b>	.497*	.000		
<b>Cuestionario de situaciones</b>	.482*	.000	.411*	.000

\*Significancia menor a 0.05

En la tabla 24 se ve una correlación moderada entre los tres cuestionarios. La correlación entre los dos cuestionarios de calificativos implican que los hombres que otorgaron más calificativos físicos positivos a las mujeres, también calificaron de forma más positiva la conducta que imaginaron de esas mismas mujeres e, inversamente, quienes dieron calificativos negativos tendieron a hacerlo en ambos cuestionarios.

La correlación del cuestionario de situaciones con las listas de calificativos indica que mientras más positivamente hayan calificado a las mujeres, tanto física como conductualmente, más les gustaría involucrarse en alguna situación con ellas. Contrariamente, quienes más negativamente las calificaron, menos les gustaría involucrarse de alguna forma con ellas.

## **CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **4.1 DISCUSIÓN**

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de conocer si existe relación entre la exposición a imágenes de mujeres que aparecen publicadas en revistas y las creencias y emociones asociadas con el propio cuerpo en un grupo de mujeres jóvenes, así como los niveles de ansiedad y depresión estado que muestran antes y después de dicha exposición.

Adicionalmente, se exploró si los calificativos que los hombres otorgan a las mujeres difieren según la morfología corporal de estas últimas, y si esto está relacionado con las situaciones en que preferirían involucrarse en mayor o menor medida con ellas.

Para tal fin, participaron 376 mujeres y 103 hombres universitarios con edades entre 17 y 24 años, divididos al azar en tres grupos. Por medio de retroproyección, a un grupo se le presentaron 10 imágenes de mujeres delgadas; a otro de mujeres obesas y, a uno más, de mujeres realizando conductas para estar en buena forma.

Todas las mujeres fueron evaluadas con el IDARE y con la Lista de Adjetivos de Axelrod antes y después de la observación de las imágenes, así como con un cuestionario de emociones y uno de creencias asociadas con el propio cuerpo, posteriores a la exposición. Además, se les aplicó el EAT-40 para detectar conductas de riesgo para trastorno alimentario y se les pidieron datos relativos a la

realización de ejercicio, dieta actual, historia de sobrepeso, lectura de revistas y gusto por su cuerpo, así como peso corporal y estatura para determinar su Índice de Masa Corporal (IMC).

Para dar respuesta a los objetivos planteados con los hombres, luego de la exposición a las imágenes respondieron una lista de calificativos físicos y conductuales, así como un cuestionario de situaciones.

Esta investigación constó de dos fases. En la primera se realizó un estudio piloto para la elección de las imágenes que se utilizarían posteriormente para mostrarlas a los grupos de participantes, y la segunda fue la situación experimental propiamente dicha.

Durante el estudio piloto, en la revisión de revistas para la extracción de imágenes se pudo ver que las revistas que tratan temas de *moda* y *espectáculos* presentan básicamente imágenes de mujeres delgadas como parte de los artículos y anuncios; en cambio, no aparecen mujeres de complexión más gruesa y, si lo hacen, sus fotografías forman parte de artículos dedicados al tema de la obesidad o de anuncios de productos para bajar de peso. Esto incide en la constante exposición al ideal de delgadez al momento de hojear una revista y, aún más, al exponerse de manera constante a este medio de comunicación.

Cuando se les pidió a las participantes de la primera fase de la investigación que eligieran “los mejores cuerpos” o, por el contrario, los que les causaran disgusto, ellas no sólo pusieron atención en la forma corporal, sino también en la presencia o ausencia de sonrisa de las modelos, así como en su arreglo o desarreglo en el vestir.

Las mujeres elegidas como poseedoras de los “mejores cuerpos”, de acuerdo a la primera fase del estudio, fueron mujeres esbeltas, pero no extremadamente delgadas. Por otra parte, las mujeres que más “disgustaron” a las participantes, fueron aquellas que presentaban obesidad y que, en general, no aparecían sonrientes ni aliñadas. En el caso de las imágenes de mujeres que realizaban conductas para estar en buena forma, éstas fueron elegidas según si la actividad estaba a su alcance para llevarla a cabo, como realizar ejercicios aeróbicos o ingerir líquidos y vegetales.

Por esta razón, a diferencia de los estudios de exposición breve a imágenes llevados a cabo en países norteamericanos o europeos (p. ej. Stice y Shaw, 1994; Pinhas, *et al.*, 1999; Hausenblas, *et al.*, 2004; citados por Yamamiya, 2005), en el trabajo actual no se decidió de antemano que las participantes preferirían como ideal un cuerpo muy delgado, sino que se trató de ajustar a las preferencias de las mujeres universitarias que participaron en la presente investigación.

En cuanto a las imágenes de mujeres obesas, no se encontró en la literatura a detalle cómo se han presentado en otras investigaciones debido a que suele enfatizarse la elección y uso de imágenes de mujeres delgadas, ya que éstas últimas son las que se asocian al ideal que las personas con trastornos de la alimentación generalmente han internalizado, además de que en varios estudios las imágenes utilizadas en vez de mujeres obesas consisten en imágenes de artículos considerados “neutros” (como fotografías de coches, paisajes o de accesorios de uso femenino) (p.ej. Groesz, *et al.*, 2002).

Por último, las imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma tomadas específicamente de revistas que versaran sobre esa temática, no se encuentran en investigaciones de exposición breve, sino sólo en las que se analiza el consumo frecuente de revistas y su relación con la insatisfacción corporal y los trastornos de la alimentación (p. ej. Harrison y Cantor, 1997; Morry y Staka, 2001; Thomsen, 2002), por lo que no se cuenta con datos previos para comparación en cuanto a los estímulos presentados.

El análisis de los datos obtenidos en la segunda fase de la investigación, es decir, de las respuestas que los participantes dieron a los cuestionarios previos y posteriores a la exposición breve de las imágenes, se analizaron por separado los resultados de mujeres y de hombres, así como los resultados encontrados en mujeres con alto y bajo riesgo para trastorno alimentario.

Inicialmente, con los datos de todas las mujeres se analizó la distribución del Índice de Masa Corporal de acuerdo con las categorías que marca la Secretaría de Salud, encontrándose tendencia a la normalidad, aunque con 2.4% de más casos en dirección del bajo peso. Al compararse los resultados con los obtenidos por Raich y cols. en 2001 en universitarias mexicanas, llama la atención que en la investigación actual los casos de bajo peso aumentaron de 0.9 a 27.4%.

Con estos resultados podría haberse esperado que la elevada aparición de casos con bajo peso se acompañara de actitudes hacia la alimentación que favorecieran el riesgo para trastorno alimentario; sin embargo, mientras que la puntuación media del EAT-40 en el estudio

de Raich y cols. fue de 14.75, en este trabajo fue de 12.2; e incluso el porcentaje de casos con franco riesgo para trastorno alimentario es menor en la investigación actual (5.6%) que en la de Raich y cols. (6.3%).

A pesar de que estos datos a simple vista podrían parecer contradictorios, es importante tomar en cuenta que, sin embargo, los datos de IMC de este grupo de mujeres se adapta a la curva considerada médicamente normal para mujeres mexicanas, por lo que la notoria diferencia entre el estudio de Raich y cols. (2001) y el actual en cuanto a la prevalencia de bajo peso no implican aumento de casos de alto riesgo para trastorno alimentario.

En esta investigación se observa que la mayoría de las participantes no leen revistas, no están llevando a cabo ninguna dieta y sí les gusta su cuerpo; sin embargo, de las personas que sí están haciendo dieta, al 51% no les gusta su cuerpo y el 63.3% tienen historia de sobrepeso. Siendo así, es muy probable que una imagen corporal negativa haya precedido a la búsqueda de disminución de talla, quizás debido a críticas frecuentes respecto a su peso corporal, el cual se percibe alejado del ideal físico internalizado (Fairburn y Harrison, 2003; Levine y Piran, 2004).

En esta misma línea, se encontró que son hasta el 30.1% a quienes no les gusta su cuerpo o alguna parte del mismo, especialmente aquellas zonas relacionadas mayormente con el sexo femenino, en las que más grasa se acumula: abdomen, busto, cintura, glúteos y piernas. Es importante señalar que el 71.7% de estas mujeres posee un peso corporal igual o inferior al normal, constatándose que el ideal físico

actual no concuerda con el ideal corporal médico, produciendo insatisfacción incluso en personas cuyo peso resulta saludable para su edad y estatura, tal como apunta Raich (2000).

De las mujeres que hacen dieta, sólo una tercera parte leen revistas de *moda, espectáculos o para estar en buena forma*, con lo que no se puede afirmar que las revistas tengan un papel fundamental para la realización de dieta en las mujeres que participaron en este trabajo. Se observa que las revistas más frecuentes fueron aquellas dirigidas a adolescentes y adultas jóvenes, en mayor medida las que contienen temas de moda y espectáculos y, en mucho menor proporción, aquellas que específicamente tratan del cuidado del cuerpo.

De las mujeres que leen revistas, al 42.9% les disgusta al menos alguna parte de su cuerpo, mientras que son sólo el 20.1% las que hacen dieta. Tomando en cuenta que las revistas más leídas fueron las de moda y espectáculos, más no las que se caracterizan por presentar información para el cuidado del cuerpo, podría ser que la lectura de revistas de moda esté contribuyendo en alguna medida a la insatisfacción corporal, y sólo en menor medida a la realización de dieta, coincidiendo con Harrison y Cantor (1997) y Thomsen (2002), quienes mencionan que, mientras que las revistas para estar en buena forma se relacionan más con el riesgo para trastorno alimentario, las de moda tienen que ver más con la sola insatisfacción corporal, por no promover directamente conductas dirigidas a la modificación del cuerpo.

Cuando se analizó la variación pretest-postest de los niveles de ansiedad y depresión, se encontró disminución de depresión en los

tres grupos, independientemente de las imágenes que observaron, y disminución de ansiedad en las mujeres que se expusieron a las imágenes de mujeres que promovían conductas para estar en buena forma.

Estos resultados difieren de los hallazgos de otras investigaciones (p. ej. Pinhas, *et al.*, 1999; Hausenblas, *et al.*, 2004; citados por Yamamiya, *et al.*, 2005), en las que se reporta aumento de ánimo deprimido tras la exposición a imágenes de mujeres delgadas. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que la forma de medición de esta variable no fue la misma. Mientras que en otras investigaciones el ánimo deprimido se medía en una escala de menor a mayor depresión, fuera categóricamente o en un continuo medido milimétricamente, en el presente estudio se utilizó una escala que mide depresión-estado como un conjunto de sentimientos que, en total, detectan mayor o menor grado de ánimo deprimido. De la misma forma, en cuanto al nivel de ansiedad, también es importante tomar en cuenta el instrumento utilizado, pues el IDARE evalúa ansiedad-estado como un todo, pero no específicamente en relación al cuerpo. Tiggemann y McGill (2003) y Halliwell y Dittmar (2004) encontraron un aumento significativo en el nivel de ansiedad experimentado hacia el propio cuerpo tras la observación de imágenes de mujeres delgadas; en cambio, Stice y Shaw (1994) evaluaron ansiedad-estado sin que hiciera alusión al cuerpo específicamente en una condición similar, y no encontraron diferencias significativas.

Al explorar las diferencias entre los grupos por medio de un análisis de varianza para cada una de las variables, sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el cuestionario de creencias entre

las mujeres que se expusieron a las imágenes de mujeres delgadas y quienes observaron a las mujeres obesas.

Por tal motivo, se llevó a cabo un análisis reactivo por reactivo del cuestionario de creencias y, aunque en el caso del cuestionario de emociones las diferencias entre grupos no resultaron significativas, también se analizó el porcentaje de respuestas de cada reactivo para conocer cuáles emociones se habían generado tras la exposición a cada tipo de imágenes.

Se encontró que las mujeres que se expusieron a las imágenes de mujeres obesas mostraron, en general, mayor aceptación de su propio cuerpo y se consideraron más bonitas y delgadas que quienes observaron alguno de los otros dos tipos de imágenes, resultados que concuerdan con los hallazgos de Irving (1990; citado por Posavac, *et al.*, 2001), quien encontró mayor satisfacción corporal en mujeres expuestas a fotografías de mujeres obesas que de mujeres delgadas. Estas mismas mujeres experimentaron más emociones positivas y menos negativas que quienes se expusieron a imágenes de mujeres delgadas, ya fuera que aparecieran o no realizando conductas para estar en buena forma.

Por otra parte, las mujeres que observaron las imágenes de mujeres delgadas o de mujeres realizando conductas para estar en buena forma, no sólo se consideraron menos delgadas que quienes se expusieron a las imágenes de mujeres obesas sino que, incluso, creyeron en la posibilidad de llegar a ser como las modelos. Ellas, a diferencia de quienes se expusieron a las mujeres obesas,

experimentaron más emociones negativas, predominando sentimientos de envidia y culpa.

En ambos casos, ya fuera que hubieran observado imágenes de mujeres delgadas (promoviendo o no conductas para estar en buena forma) o de mujeres obesas, los resultados en cuanto a las emociones y creencias generadas respecto al propio cuerpo coinciden con los hallazgos de Dittmar y Howard (2004) y Tiggeman y McGill (2004), quienes dan apoyo a la teoría de la comparación social como modelo explicativo del efecto de los medios de comunicación sobre la valoración del propio cuerpo, ya que esta teoría plantea que la comparación del propio cuerpo con otro que posee características consideradas socialmente más deseables (como es el caso de la delgadez), genera sentimientos y creencias más desfavorables hacia sí mismo que cuando se compara con cuerpos que parecen ser socialmente menos deseables (como en el caso de la obesidad).

En este sentido, se encontró además que mientras más elevado era el IMC de las mujeres que se expusieron a imágenes de mujeres delgadas, tendieron a evaluarse más negativamente que aquellas mujeres de IMC más bajo expuestas a la misma situación, concordando con Tiggemann y McGill (2004), quienes hallaron que el ideal de delgadez repercute en mayores consecuencias negativas mientras más elevado es el IMC de quien se expone a él.

Posteriormente, se probó la relación entre los cuestionarios de ansiedad y depresión con los de emociones y creencias asociadas con el propio cuerpo, y se encontró que quienes sintieron más ansiedad mientras observaban las imágenes, también evaluaron más

negativamente su propio cuerpo y experimentaron más emociones negativas.

Asimismo, al probar la relación entre la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado, se halló que, en cierta medida, la ansiedad percibida de manera “normal” (rasgo) influye en qué tanta se experimenta en un momento determinado (estado), tal como lo mencionan Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Sin embargo, se encuentra una correlación más alta entre la A-rasgo y la A-estado pretest que entre la A-Rasgo y la A-Estado posttest, probablemente porque la forma en que se experimenta la exposición a las imágenes depende de más factores que la sola tendencia a sentir ansiedad en un momento dado, además de que las imágenes tomadas de revistas no son un estímulo que a todos afecte por igual y, por lo tanto, la correlación no es tan alta como si se presentara una situación de relajación o una situación de examen, que de manera general disminuyen o elevan el nivel de ansiedad, situaciones en las que Spielberger y Díaz-Guerrero (1975) encontraron correlaciones elevadas.

En este trabajo se encontró que 21 de las participantes presentaban un franco riesgo para trastorno alimentario, por lo que sus respuestas fueron analizadas de manera independiente.

De las 21 mujeres con riesgo para trastorno alimentario, más de la mitad presentan peso corporal dentro del rango normal o inferior a éste, y no es de extrañar que a 17 no les guste su cuerpo y 17 hayan tenido sobrepeso, pues ambas situaciones son factores ampliamente relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (p. ej. Fairburn y Harrison, 2003; Levine y Piran, 2004). De estas mismas

mujeres, son poco menos de la mitad las que acostumbran leer revistas de *moda*, *espectáculos* o *para estar en buena forma* y las que están llevando a cabo una dieta actualmente, confirmándose que en esta investigación es difícil afirmar que la lectura de revistas esté promoviendo en gran medida la realización de dieta no sólo en las participantes con riesgo, sino en el total de mujeres que participaron en la investigación. No obstante, en proporción, son más las mujeres que presentan alto riesgo para trastorno alimentario quienes acostumbran leer este tipo de revistas.

En el análisis de las respuestas que estas 21 participantes dieron a los cuestionarios previos a la exposición de las imágenes, se encontró que ya presentaban niveles más elevados de ansiedad y depresión que las mujeres con bajo riesgo para trastorno alimentario. Este hallazgo sugiere que, efectivamente, existen altos niveles de ansiedad y depresión que acompañan a la sintomatología que pone en riesgo para trastorno alimentario, pudiendo anteceder al establecimiento del mismo, corroborando los hallazgos de Kaye y cols. (2004), aunque debido a que los instrumentos utilizados en la investigación actual no tienen fines diagnósticos, no se cuenta con información que sustente trastornos de ansiedad y depresión propiamente dichos.

Independientemente del tipo de imágenes al que se expusieron, en la segunda aplicación de las pruebas de ansiedad y depresión se observó un incremento en los niveles de ambas variables, elevándose en mayor intensidad en quienes se expusieron al “ideal” corporal.

Al explorar las emociones y creencias que se generaron en las mujeres con alto riesgo para TA, se encontró que quienes se

expusieron a imágenes de mujeres delgadas experimentaron más emociones negativas, menos positivas y evaluaron su propio cuerpo más negativamente que quienes vieron a las mujeres obesas. Ellas, a pesar de que realizan conductas dirigidas al control de peso (marcado por un puntaje elevado en el EAT-40), expresaron desesperanza para llegar a ser como las modelos, pareciendo que cualquier esfuerzo llevado a cabo para conseguirlo terminara en la insatisfacción de no lograrlo y en el disgusto con su propio cuerpo.

Las mujeres con riesgo para TA que se expusieron a las imágenes de mujeres obesas, aunque experimentaron menos emociones negativas que quienes se expusieron a las imágenes de mujeres delgadas, creyeron en la posibilidad de llegar a ser como las mujeres obesas y expresaron que les daba miedo.

Por último, las mujeres con alto puntaje en el EAT-40 que se expusieron a las imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma mostraron más optimismo y satisfacción en relación con su propio cuerpo, y creyeron en la posibilidad de llegar a ser como las modelos, sin embargo experimentaron mayor culpa y desesperación que los otros dos grupos. Aunque faltaría investigar si efectivamente así sucede, es posible que la creencia de poder llegar a ser como las modelos que se genera en las mujeres con características premórbidas para TA que se exponen a este tipo revistas (para estar en buena forma), aunada a la culpa, desesperación y optimismo que experimentan al mismo tiempo, las impulse a llevar a cabo estas actividades como forma de control de peso, tal como proponen Harrison y Cantor (1997), quienes marcan la posibilidad de que las revistas con temática para estar en buena forma

se relacionen en mayor medida con la realización de conductas dirigidas al control de peso por sugerir explícitamente actividades de este tipo.

Los resultados de los tres grupos apoyan los hallazgos de Heinberg y Thompson (1995), Pinhas, *et al.* (1999) y Stice, *et al.*, (2001; citado por Vaughan y Fouts, 2003), quienes mencionan que las mujeres con alto riesgo para trastorno alimentario se encuentran más vulnerables a la modificación emocional resultante de la exposición a las imágenes de mujeres delgadas que aparecen en revistas, aunque en esta investigación también se encuentra que los demás tipos de imágenes afectan, aunque generando diferentes creencias asociadas al propio cuerpo.

En este sentido, también se encontró que, independientemente de las imágenes observadas, las mujeres con riesgo para trastorno de la conducta alimentaria se creyeron "feas", mostrando que, al menos cuando ya se presenta una situación previa de riesgo, la exposición a las figuras corporales presentadas en los medios de comunicación no contribuyen a la disminución, sino que mantienen o tienden a incrementar el disgusto por el propio cuerpo y el deseo de modificarlo.

En todos los casos, las mujeres con alto riesgo para TA se evaluaron más negativamente que las mujeres con bajo riesgo; sin embargo, no debe perderse de vista que en la exploración de resultados del total de mujeres que participaron en el estudio, se observaron emociones y creencias más negativas en quienes se expusieron a imágenes de mujeres con cuerpo "ideal", ya fuera que promovieran o no conductas para estar en buena forma, que en quienes se expusieron a figuras

corporales obesas, evidenciándose que la exposición a imágenes de revistas promueve la comparación del propio cuerpo con el observado, apareciendo emociones y creencias que, aunadas a condiciones previas de internalización de la delgadez (Stice, *et al.*, 1994; Cash y Pruzinsky, 2002; en Yamamiya, *et al.*, 2005) y posibles factores de riesgo como historia de sobrepeso e insatisfacción corporal, pueden relacionarse con la posterior realización de conductas dirigidas al control de peso.

Por otro lado, en la exploración de los calificativos que los hombres dan en mayor o menor medida a las mujeres de diferentes morfologías corporales, se encontró que, en lo referente al físico, evaluaron más positivamente a las mujeres delgadas y a las que promueven conductas para estar en buena forma, diferenciándose de manera notoria de las mujeres con obesidad.

Coincidiendo con estudios previos en donde se han encontrado actitudes negativas hacia las personas obesas (p. ej. Maddox y Liederman, 1969; citado por Toro, 2004; y Crandall y Schiffhauer, 1998; citado por Greenleaf, *et al.*, 2004), los hombres de esta investigación las consideraron repulsivas, desagradables, feas y arruinadas, mientras que las mujeres delgadas y las que promovían conductas para estar en buena forma fueron consideradas más atractivas, bonitas, fuertes, saludables y limpias.

Sin embargo, en cuanto a la forma en que imaginan que las mujeres actúan de manera cotidiana, las más favorecidas fueron las mujeres que promovían conductas para estar en buena forma, que en este caso eran las de peso más saludable, ya que ellas fueron calificadas

como más felices y encantadoras, así como menos perezosas, fodongas, lentas, tristes, antipáticas, inseguras y descuidadas, que las mujeres obesas y que las mujeres delgadas.

En cambio, contrario a lo que se esperaba por investigaciones previas en las que a las mujeres más delgadas se les consideraba más positivamente (p. ej. Lyons y Millar, 1999; Evans, 2003; citados por Greenleaf, *et al.*, 2004; Yamamiya, *et al.*, 2005), en esta investigación los hombres las juzgaron como más vanidosas, presumidas y antipáticas que a las mujeres obesas y que a las que aparecían realizando conductas para estar en buena forma, al grado de no diferenciarse estadísticamente de la forma en que las mujeres obesas fueron consideradas. A estas últimas las imaginaron como mujeres perezosas, fodongas, lentas, tristes, inseguras y descuidadas, aunque más amigables, bonachonas y de mejor carácter que a las mujeres delgadas.

Estos resultados se conjugan en las respuestas dadas al cuestionario de situaciones, en el que ellos dijeron qué tanto les gustaría involucrarse de alguna forma con las mujeres que observaron.

Las mujeres delgadas, ya fuera que realizaran o no conductas para estar en buena forma, parecieron ser más atractivas físicamente, al grado de atraerles a los hombres más la idea de concertar una cita a ciegas y encontrarse con una de ellas, que salir en algún otro plan. En cambio, en ninguna de estas dos situaciones les gustaría convivir con una mujer obesa, lo que indudablemente deja ver la internalización que los hombres han hecho del ideal corporal femenino como algo deseable para encontrar en ellas al momento de buscarlas como

pareja, situación en la que influyen los medios de comunicación al transmitir un ideal corporal cada vez más alejado de lo real, con lo que afectan indirectamente a las mujeres insatisfechas con su propio cuerpo, tal como lo señala Thomsen (2002), en el sentido de que no sólo están expuestas directamente al ideal, sino que además pueden preocuparles las expectativas de los hombres hacia el cuerpo femenino y, consiguientemente, tratar de acoplarse dando gran importancia a su apariencia física.

Asimismo, la mayoría de los hombres manifestaron que no les gustaría tener como hermana a alguna de las mujeres de cualquiera de los tres grupos, probablemente debido al disgusto de pensar que esa mujer sería juzgada de acuerdo con su figura corporal, lo que Fredrickson y Roberts (1997; citado por Tiggemann y Kuring, 2004) denominan *objetivización sexual* del cuerpo en la cultura occidental y que se refiere al hecho de juzgar a la mujer como un objeto con determinadas características físicas, que en este caso parecería no ser mal visto sólo si la persona no forma parte de la propia familia.

La congruencia de las respuestas que los hombres dieron a los tres cuestionarios se comprobó por la correlación moderada entre éstos, indicando que cuando las juzgaron más positivamente tendieron a hacerlo tanto a nivel físico como conductual y expresaron gusto por la idea de relacionarse con ellas en un mayor número de situaciones.

## 4.2 CONCLUSIONES

La imagen corporal es un aspecto de gran importancia para el entendimiento del establecimiento y mantenimiento de los trastornos de la alimentación y, por tanto, para la prevención de los mismos.

Los medios masivos de comunicación juegan un rol muy importante para la transmisión del ideal corporal que, actualmente, favorece más a las personas delgadas que a las personas con sobrepeso u obesidad, lo que se constató por la alta frecuencia de aparición de fotografías de mujeres delgadas, pero prácticamente nula de imágenes de mujeres obesas formando parte de artículos o anuncios cuyo tema no fuera obesidad, en las revistas de *moda*, *espectáculos* y *para estar en buena forma*.

Con la situación experimental de esta investigación se encontró que las participantes tendieron a compararse con las modelos de las imágenes, lo que les produjo mayor o menor aceptación de su propio cuerpo, dependiendo de las imágenes a las que se expusieron.

Se puso de manifiesto que, tal como lo plantea la teoría de la comparación social, las mujeres que observaron a las mujeres delgadas (ya fuera que promovieran o no conductas para estar en buena forma), evaluaron de forma más negativa su propio cuerpo, que aquellas que vieron a las mujeres con obesidad, quienes se sintieron más bonitas y delgadas.

Con los resultados de esta investigación se observa que en lo que incide la exposición a las imágenes publicadas en las revistas es en las emociones y creencias asociadas con el propio cuerpo, y que, según las variables que en esta investigación se tomaron en cuenta, estas publicaciones afectan de forma más negativa a las mujeres que ya presentan previamente un disgusto con su imagen corporal, altos niveles de ansiedad y depresión y que, incluso, llevan a cabo conductas destinadas al control de peso.

Sin embargo, aunque quienes presentan tales características se ven más afectadas, aún en quienes no presentan un elevado riesgo para trastorno alimentario se encontró la tendencia a compararse con el cuerpo observado, apareciendo la esbeltez como ideal internalizado, lo que repercute en más emociones y creencias negativas en relación al propio cuerpo, especialmente mientras más se aleja el cuerpo real del ideal.

Adicionalmente, a comparación de lo encontrado hace cinco años por otros autores, en esta investigación se observó una elevada incidencia de bajo peso que, sin embargo, no implicó necesariamente un aumento en la prevalencia de alto riesgo para trastornos de la alimentación, sino que se adaptó a la curva de normalidad actual para población mexicana.

De las personas con franco riesgo para trastorno alimentario, más de la mitad tienen el peso considerado normal médicamente para su edad y estatura, pero se perciben alejadas del ideal que han internalizado, por lo que aunque tienen un peso saludable, no se sienten a gusto con él.

En este trabajo, se encontró que pocas participantes acostumbran leer revistas de *moda*, *espectáculos* o *para estar en buena forma*, pocas realizan actualmente alguna dieta y a la mayoría les gusta su cuerpo. Asimismo, se halló que el cuerpo “ideal” de estas mujeres no consiste en un cuerpo extremadamente delgado, sino en un cuerpo esbelto que dé la apariencia de fuerte y saludable; en este mismo sentido, para que un cuerpo les cause gusto o disgusto, no sólo tiene que ver la forma corporal en sí misma, sino la expresión facial y el arreglo en el vestir.

Contrario a lo esperado, los hombres universitarios que participaron en esta investigación prefieren a las mujeres con peso normal (las que realizaban conductas para estar en buena forma), que a las más delgadas. Asimismo, tendieron a evaluar negativamente a las mujeres obesas, aunque las consideraron bonachonas, amigables y de buen carácter.

Con los resultados de los hombres se ve que ellos han internalizado un ideal estético corporal femenino con características similares al cuerpo que a ellas más les agradaría tener; y, además, preferirían como pareja a una mujer que cumpliera con tales características.

### **4.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Tanto en lo encontrado en relación con las mujeres, como con los hombres en esta investigación, es importante considerar que aspectos como la vestimenta y la expresión facial de las mujeres que aparecían en las imágenes pudieron haber influido en la percepción que se tuvo de ellas. Para una investigación posterior, se sugiere que las modelos de las imágenes de cada uno de los grupos no difieran entre sí, más que en lo que refiere a su silueta corporal, preferentemente alterada por computadora. Asimismo, que se procure utilizar imágenes en las que la modelo luzca una expresión facial neutra, que no denote felicidad ni tristeza expresamente, y que vista con sencillez.

En este mismo sentido, las imágenes-estímulo proyectadas en la condición de “ideal corporal” no son de mujeres extremadamente delgadas, al igual que ocurrió con las imágenes de mujeres realizando conductas para estar en buena forma, lo cual puede explicar en cierta forma la similitud entre las respuestas dadas a los cuestionarios de emociones y creencias por parte de las mujeres que se expusieron a cualquiera de estos dos tipos de imágenes.

Por otro lado, es posible que Lista de Adjetivos de Axelrod incluya sentimientos que no varían o lo hacen mínimamente en esta situación experimental, además de que, por las condiciones de aplicación, la sola exposición a las imágenes pudo haber actuado como distractor para las estudiantes, ya que se encontraban en horario de clase.

En cuanto a las características de los participantes, es probable que si se llevara a cabo esta investigación en poblaciones específicas, como de deportistas (especialmente que realicen deportes en donde la figura corporal sea un aspecto importante), adolescentes o población con trastornos alimentarios establecidos, se encontrara una mayor relación entre la exposición a las revistas y la insatisfacción corporal e incluso la realización de conductas destinadas al control de peso. Sin embargo, se sugiere que en estos casos se pruebe con anterioridad si el ideal corporal mantiene las características del reportado por las participantes de esta investigación.

Para una evaluación más precisa del efecto que tiene la exposición a revistas con temas de *moda, espectáculos o para estar en buena forma* sobre la generación y mantenimiento de emociones y creencias negativas hacia el propio cuerpo, especialmente de carácter duradero y que pudieran llevar como consecuencia a la realización de conductas que colocaran en riesgo para el padecimiento de trastornos de la alimentación, convendría investigar el efecto de los artículos publicados en ellas, de ser posible, de manera controlada al igual que se ha hecho con las solas imágenes. Pues, aunque se han llevado a cabo estudios en los que se toma en cuenta el tiempo aproximado de exposición a las revistas (p. ej. Vaughan y Fouts, 2003; Utter, *et al.*, 2003), poco se ha controlado qué tipo de artículos son los que leen, siendo posible que no todas las mujeres se interesen por los temas que tengan que ver con la silueta corporal y, entonces, los resultados se anulen en tanto que es posible que las mujeres que más se exponen al tema de la figura corporal lleven a cabo más conductas para el control de peso, pero no aquellas que se interesan por artículos que versan sobre amistad, sexualidad o espectáculos, por mencionar

algunos de los temas que aparecen en las revistas más frecuentadas por las participantes de esta investigación, aunque no queda duda de que la simple hojeada a estas revistas expone al ideal de delgadez.

Finalmente, sería provechoso llevar los resultados de este estudio al terreno práctico a forma de talleres de prevención, sea incluyendo los datos en los ya existentes o creando formas inéditas, incluso como nuevas líneas de investigación, promoviendo la aceptación del propio cuerpo, con la finalidad de evitar la modificación del mismo en busca de un ideal impuesto socialmente y que resulta difícil e incluso imposible de lograr sanamente, y cuya persecución, lejos de satisfacer a quien busca ajustarse a él, le ocasiona mayor malestar físico y emocional.

Una población que se tiene cautiva y a la que debería hacerse llegar este tipo de información por las características de vulnerabilidad que presenta para el establecimiento de los trastornos alimentarios, es decir, a manera de prevención primaria, son los alumnos de nivel bachillerato. En este nivel educativo se cuenta con una materia denominada *Orientación educativa* que, durante el primer año de bachillerato (según el programa de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM), tiene como uno de sus objetivos principales inducir al alumno a la forma de trabajo de la Institución y trata temas que tienen que ver con el procesamiento de información, solución de problemas y comprensión lectora y, sólo en una unidad, incluye temas que tienen que ver con la adolescencia.

En dicha unidad se analizan los cambios físicos, cognitivos y socio-afectivos que ocurren en la adolescencia. Al analizar estos cambios,

sería benéfico tomarlos como una relación interdependiente, en la que, por ejemplo, los cambios físicos que ocurren en un medio social que prefiere cierta tipología corporal, en gran parte por los estereotipos transmitidos por los medios masivos de comunicación, pueden acompañarse de una baja autoestima en quien siente no adaptarse al ideal, situación que sería útil trabajar en este tipo de espacios, tomando de manera más realista los cambios que acontecen en la adolescencia y dando mayor peso al autorreconocimiento de logros personales que a la simple apariencia física, con la finalidad de promover salud física y mental en los adolescentes, en contraposición de lo que ocurre con las personas afectadas por los trastornos alimentarios.

Igualmente, en una situación de prevención, de tenerse la oportunidad de trabajar con hombres y mujeres, sería valioso promover la aceptación de toda morfología corporal, procurando modificar la concepción que, por estereotipo y muchas veces por acción de los medios masivos de comunicación, tienen las personas de ambos sexos.

Asimismo, la forma en que perciben los hombres a las mujeres, además de poder ser empleada como punto de partida para cambiar actitudes, podría ser utilizada para informar a las mujeres acerca de que los hombres realmente no prefieren a las mujeres extremadamente delgadas y que, de manera general, no es solamente el cuerpo lo que aprecian tanto hombres como mujeres, sino la expresión de bienestar y contento consigo mismas, lo cual difícilmente logra una persona que altera gravemente su conducta alimentaria.

Debido a que la población con características de riesgo para trastorno alimentario es aún más vulnerable ante la exposición a las imágenes publicadas en revistas, valdría la pena investigar y dar a conocer la forma en que los publicistas alteran las imágenes con tal de hacer parecer a las mujeres más delgadas de lo que realmente son, promoviendo un ideal corporal todavía más alejado de las características físicas de la población general.

No debe perderse de vista, además, una intervención de tipo terapéutico para la atención a síntomas más específicos, como los elevados niveles de ansiedad y depresión, además de factores relacionados con los trastornos alimentarios y que han sido encontrados en otras investigaciones, como la posibilidad de desajuste al rol femenino, miedo a madurar y baja autoestima (p. ej. Silva, 2001; Polivy y Herman, 2002; Fairburn y Harrison, 2003).

## REFERENCIAS

- Alvarez, G. (2000). *Validación en México de dos Instrumentos para Detectar Trastornos Alimentarios: EAT y BULIT*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Psicoterapia de la Depresión*. México: Paidós.
- Axelrod, R. (1990). *Una Alternativa para la Medición de la Depresión*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Behar, R.; Botero, J.; Corsi, P.; Muñoz, P., & Rosales, R. (1996). Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. *Revista de Psiquiatría, XII, 67-73*.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bernal de Anda, I. (2002). *Ansiedad y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Byrd-Bredbenner, C., & Murray, J. (2003). A comparison of the anthropometric measurements of idealized female body images in media directed to men, women, and mixed gender audiences. *Topics in Clinical Nutrition, 18, 117-129*.
- Cash, T. (2004). Body image: Past, present and future. *Body Image, 1, 1-5*.
- Cash, T.; Thériault, J., & Milkewicz, N. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy, and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23, 89-103*.

- Chinchilla, M. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: Masson.
- Cusumano, D., & Thompson, J. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex Roles, 37*, 701-721.
- Díez, C. Clínica. En: R. Vallejo, & F. Gastó (Eds.). (2000). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. España: Masson.
- Dittmar, H., & Howard, S. (2004). Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models' impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 768-791.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado*. España: Masson.
- Durkin, S., & Paxton, S. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 995-1005.
- Fairburn, C., & Harrison, P. (2003). Seminar. Eating disorders. *The Lancet, 361*, 407-416.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad*. Barcelona: Masson.
- García, S. (2001). La comorbilidad y la cronología de la aparición de los trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Información Clínica, 12*, 20-21.
- Garner, D., & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.
- Godart, N.; Flament, M.; Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 253-270.

- Gokee-LaRose, J.; Dunn, M., & Tantleff-Dunn, S. (2004). An investigation of the cognitive organization of body comparison sites in relation to physical appearance related anxiety and drive for thinness. *Eating Behaviors, 5*, 133-145.
- Gómez, G.; Alvarado, G.; Moreno, L.; Saloma, S., & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología, 18*, 313-324.
- González, L.; Unikel, C.; Cruz, C., & Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental, 26*, 1-8.
- Gran diccionario de Psicología* (1996). Madrid: Ediciones de Prado.
- Greenleaf, C.; Starks, M.; Gomez, L.; Chambliss, H., & Martin, S. (2004) (En prensa). Weight-related words associated with figure silhouettes. *Body Image*.
- Groesz, L.; Levine, M., & Murnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 1-16.
- Halliwel, E., & Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 104-122.
- Hargreaves, D., & Tiggemann, M. (2004) (En prensa). Idealized media images and adolescent body image: "Comparing" boys and girls. *Body Image*.
- Harrison, K. (2003). Television viewers'ideal body proportions: The case of the curvaceously thin woman. *Sex Roles, 48*, 255-264.
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication, 47*, 40-67.

- Ivarsson, T.; Rastam, M.; Wentz, E.; Gillberg, C., & Gillberg, C. (2000). Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: A controlled longitudinal, partly community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 398-403.
- Jiménez, M. (1994). *Enojo y Ansiedad: Un Estudio Correlacional*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kaye, W.; Bulik, C.; Thornton, L.; Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2215-2221.
- Levine, M., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Markham, A.; Thompson, T., & Bowling, A. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38, 1529-1541.
- Millenson, J. (1974). *Principios de Análisis Conductual*. México: Trillas.
- Miller, M., & Pumariega, A. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64, 93-110.
- Morales, J.; Páez, D.; Kornblit, A., & Asún, D. (2002). *Psicología Social*. Brasil: Prentice-Hall.
- Morry, M., & Staka, S. (2001). Magazine exposure: Internalization, self-objectification, eating attitudes, and body satisfaction in male and female university students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33, 269-279.
- Nowak, M.; Crawford, D., & Büttner, P. (2001). A cross-sectional study of weight- and shape-related beliefs, behaviours and concerns of north Queensland adolescents. *Australian Journal of Nutrition & Dietetics*, 58, 174-180, 185.
- Ojeda, C. (2003). Angustia y depresión: ¿Comorbilidad o cuadros clínicos complejos? *Psiquiatría y Salud Mental*, 19, 120-125.

- Osuna-Ramírez, I.; Hernández-Prado, B.; Campuzano, J., & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: La precisión del autorreporte. *Salud pública de México, 48, 94-103.*
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health, 4, 67-78.*
- Pinhas, L.; Toner, B.; Ali, A.; Garfinkel, P., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 25, 223-226.*
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La Depresión*. España: Martínez Roca.
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53, 187-213.*
- Posavac, H.; Posavac, S., & Weigel, R. (2001). Reducing the impact of media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20, 324-340.*
- Prado, E., & Santos, E. (2004). *Entrenamiento Basado en un Taller con Enfoque Cognitivo-conductual y Biorretroalimentación para el Manejo del Estrés (Tomando como Indicador la Ansiedad) en Ambientes Laborales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rachman, S. (1998). *Anxiety*. Reino Unido: Psychology Press.
- Raich, R. (2000). *Imagen Corporal: Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. España: Pirámide.
- Raich, R.; Mora, M.; Sánchez-Carracedo, D.; Torras, J.; Vilardrich, M.; Zapater, L.; Mancilla, J.; Vázquez, R., & Alvarez-Rayón, G. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *European Eating Disorders Review, 9, 53-63.*

- Rierdan, J., & Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence*, 32, 615-624.
- Romero, F., & Suárez, C. (1991). *Vivencia de Sí-mismas y Rasgos de Personalidad en un Grupo de Pacientes con Trastornos de la Alimentación Utilizando el Test de la Figura Humana de Machover*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Santo-Domingo, J.; Baca, E.; Carrasco, J., & García-Camba, E. (2002). *Manual de Psiquiatría*. España: Ars Medica.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. (2005). Índice de Masa Corporal (BMI) [En línea]: <http://dgplades.salud.gob.mx>
- Silva, C. (2001). *Caracterización de un Grupo de Pacientes con Trastornos de la Alimentación: Estudio Descriptivo*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silva, C. (2006). *Ambiente Familiar, Alimentación y Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Spielberger, C. (Ed.) (1972). *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. (Vol. 1). USA: Academic Press.
- Spielberger, C., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: El Manual Moderno.
- Thomsen, S.; McCoy, K., & Williams, M. (2001). Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 9, 49-64.
- Thomsen, S. (2002). Health and beauty magazine reading and body shape concerns among a group of college women. *Journalism and Mass Communication Quarterly*, 79, 988-1007.

- Thompson, A., & Chad, K. (2002). The relationship of social physique anxiety to risk for developing an eating disorder in young females. *Journal of Adolescent Health, 31*, 183-189.
- Thompson, J., & Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 181-183.
- Tiggemann, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: Television and magazines are not the same!. *European Eating Disorders Review, 11*, 418-430.
- Tiggemann, M., & Kuring, J. (2004). The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *The British Journal of Clinical Psychology, 43*, 299-311.
- Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 23-44.
- Toro, J. (1996). *El Cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. España: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y Causas de la Anorexia Nerviosa*. España: Ariel.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Tovée, M.; Benson, P.; Emery, J.; Mason, S., & Cohen-Tovée, E. (2003). Measurement of body size and shape perception in eating-disordered and control observers using body-shape software. *British Journal of Psychology, 94*, 501-516.
- Unikel, C.; Saucedo-Molina, T.; Villatoro, J., & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental, 25*, 49-57.

- Utter, J.; Neumark-Sztainer, D.; Wall, M., & Story, M. (2003). Reading magazine articles about dieting and associated weight control behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 32*, 78-82.
- Vaughan, K., & Fouts, G. (2003). Changes in television and magazine exposure and eating disorder symptomatology. *Sex Roles, 49*, 313-320.
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Trastornos del estado de ánimo. En M. Ortiz-Tallo (Ed.). *Trastornos psicológicos*. España: Aljibe.
- Velázquez, J. (2004). *Estimación Epidemiológica de los Niveles de Depresión en Residentes de la Ciudad de México*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Walsh, B., & Devlin, M. (1998). Eating disorders: Progress and problems. *Science, 280*, 1387-1390.
- Wegner, B.; Hartmann, A., & Geist, C. (2000). Effect of exposure to photographs of thin models on self-consciousness in female college students. *Psychological Reports, 86*, 1149-1154.
- Willcox, M., & Sattler, D. (1996). The relationship between eating disorders and depression. *The Journal of Social Psychology, 136*, 269-271.
- Wong, Y. (2003). Female beauticians may be a high risk group for developing eating disorders. *Nutrition Research, 23*, 1297-1302.
- Yamamiya, Y.; Cash, T.; Melnyk, S.; Posavac, H., & Posavac, S. (2005). Women's exposure to thin-and-beautiful media images: Body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body image, 2*, 74-80.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### PRUEBA DE ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN (EATING ATTITUDES TEST, EAT-40)

**Instrucciones:** Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas. Especifica tu respuesta anotando una X en el paréntesis que contenga la opción que mejor exprese tu forma de pensar. Este cuestionario es confidencial y con fines exclusivos de investigación.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
1. Me gusta comer con otras personas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como..	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3. Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5. Procuo no comer aunque tenga hambre.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6. Me preocupo mucho por la comida.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (p.ej. pan, arroz, papa).....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
11. Me siento llena después de las comidas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
13. Vomito después de haber comido.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
14. Me siento muy culpable después de comer.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
17. Me peso varias veces al día.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
19. Disfruto comiendo carne.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
20. Me levanto pronto por las mañanas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
21. Cada día como los mismos alimentos.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
23. Tengo la menstruación regular.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgada.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
26. Tardo en comer más que las otras personas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
27. Disfruto comiendo en restaurantes.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
28. Tomo laxantes (purgantes).....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
30. Como alimentos dietéticos.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
32. Me controlo en las comidas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
33. Noto que los demás me presionan para que coma.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
35. Tengo estreñimiento.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
36. Me siento incómoda después de comer dulces.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
37. Me comprometo a hacer dietas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
38. Me gusta sentir el estómago vacío.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.....	( )	( )	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 2

### INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO/ESTADO (IDARE)

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lee cada frase y llena el círculo numerado que indique cómo te **sientes ahora mismo**, o sea, **en este momento**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor describa tus sentimientos **ahora**.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a) .....	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a).....	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a) .....	①	②	③	④
5. Estoy a gusto .....	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a) .....	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo .....	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a).....	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a) .....	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a) .....	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a) .....	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a) .....	①	②	③	④
14. Me siento “a punto de explotar” .....	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a) .....	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a) .....	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) .....	①	②	③	④
19. Me siento alegre .....	①	②	③	④
20. Me siento bien .....	①	②	③	④

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lee cada frase y llena el círculo numerado que indique cómo te **sientes generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor describa como te sientes **generalmente**.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien .....	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente .....	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar .....	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo .....	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente .....	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
27. Soy una persona “serena, tranquila y sosegada” .....	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas .....	①	②	③	④
29. Me preocupo mucho por cosas sin importancia .....	①	②	③	④
30. Soy feliz .....	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho .....	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a crisis y dificultades .....	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a) .....	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan .....	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza .....	①	②	③	④
39. Soy una persona estable .....	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) .....	①	②	③	④

## ANEXO 3

### LISTA DE ADJETIVOS DE AXELROD

**Instrucciones:**

A continuación encontrarás una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y estados de ánimo. Marca dentro del continuo que va del 1 al 10, la opción que consideres que más describe cómo te sientes **ahora**.

El 1 corresponde a la ausencia de un sentimiento y la escala va aumentando hasta llegar al 10, que implica el grado más alto de ese sentimiento.

**POR EJEMPLO:**

NADA CONTENTO      1    2    3    4    5    6    7    8    9    10      MUY CONTENTO

Si consideras que te sientes poco contento marcarás el número 1 ó 2, pero si consideras que te sientes muy contento marcarás el número 9 ó 10.

Marca por favor cómo te sientes **ahora**. Evita dejar algún adjetivo sin contestar. GRACIAS.

1.	NADA VALE LA PENA	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	TODO VALE LA PENA
2.	NADA ACABADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ACABADO
3.	NADA AGRESIVO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY AGRESIVO
4.	NADA MARGINADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY MARGINADO
5.	NADA MEDIOCRE	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY MEDIOCRE
6.	NADA ABURRIDO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ABURRIDO
7.	NADA MALHUMORADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY MALHUMORADO
8.	NADA APÁTICO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY APÁTICO
9.	NADA ABANDONADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ABANDONADO
10.	NADA FASTIDIADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY FASTIDIADO
11.	NADA ACORRALADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ACORRALADO
12.	NADA SEGURO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY SEGURO
13.	NADA COMPRENDIDO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY COMPRENDIDO

14.	NADA CABIZBAJO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY CABIZBAJO
15.	NADA DEVALUADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY DEVALUADO
16.	NADA RECHAZADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY RECHAZADO
17.	NADA DEPENDIENTE	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY DEPENDIENTE
18.	NADA DESAFORTUNADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY DESAFORTUNADO
19.	NADA ADOLORIDO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ADOLORIDO
20.	NADA VULNERABLE	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY VULNERABLE
21.	SIN FLOJERA	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	CON MUCHA FLOJERA
22.	NADA DICHOSO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY DICHOSO
23.	NADA DESCORAZONADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY DESCORAZONADO
24.	NADA ANSIOSO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ANSIOSO
25.	NADA SOLO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY SOLO
26.	NADA AFLIGIDO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY AFLIGIDO
27.	NADA AUTOCOMPASIVO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY AUTOCOMPASIVO
28.	NADA FELIZ	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY FELIZ
29.	NADA DESGANADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY DESGANADO
30.	NADA ANGUSTIADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY ANGUSTIADO
31.	NADA AGOBIADO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY AGOBIADO
32.	NADA SATISFECHO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY SATISFECHO
33.	NADA MELANCÓLICO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY MELANCÓLICO
34.	NADA NOSTÁLGICO	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY NOSTÁLGICO
35.	SIN CONFLICTOS	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	CON MUCHOS CONFLICTOS
36.	NADA PESIMISTA	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	MUY PESIMISTA

## ANEXO 4

### CUESTIONARIO DE EMOCIONES

Al fijarte en tu propio cuerpo, ¿qué te **hicieron SENTIR** estas imágenes?

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
Conformidad.....	( )	( )	( )	( )
Desprecio.....	( )	( )	( )	( )
Culpa.....	( )	( )	( )	( )
Repugnancia.....	( )	( )	( )	( )
Desesperación.....	( )	( )	( )	( )
Tristeza.....	( )	( )	( )	( )
Optimismo.....	( )	( )	( )	( )
Seguridad.....	( )	( )	( )	( )
Aceptación.....	( )	( )	( )	( )
Depresión.....	( )	( )	( )	( )
Gusto.....	( )	( )	( )	( )
Vergüenza.....	( )	( )	( )	( )
Entusiasmo.....	( )	( )	( )	( )
Envidia.....	( )	( )	( )	( )
Decepción.....	( )	( )	( )	( )
Remordimiento.....	( )	( )	( )	( )
Satisfacción.....	( )	( )	( )	( )
Agrado.....	( )	( )	( )	( )
Enojo.....	( )	( )	( )	( )
Tranquilidad.....	( )	( )	( )	( )
Confianza.....	( )	( )	( )	( )
Alegría.....	( )	( )	( )	( )
Pesimismo.....	( )	( )	( )	( )
Orgullo.....	( )	( )	( )	( )
Felicidad.....	( )	( )	( )	( )
Resentimiento.....	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 5

### CUESTIONARIO DE CREENCIAS

Al fijarte en tu propio cuerpo, ¿qué te **hicieron PENSAR** estas imágenes?

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
Que estoy pasada de peso.....	( )	( )	( )	( )
Que estoy bonita.....	( )	( )	( )	( )
Quisiera parecerme a ellas.....	( )	( )	( )	( )
Que nunca seré como ellas.....	( )	( )	( )	( )
Que estoy delgada.....	( )	( )	( )	( )
Que me gusta mi cuerpo.....	( )	( )	( )	( )
Que puedo llegar a ser como ellas..	( )	( )	( )	( )
Que soy fea.....	( )	( )	( )	( )
Me da miedo parecerme a ellas.....	( )	( )	( )	( )
Que no me gusta mi cuerpo.....	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 6

### LISTAS DE CALIFICATIVOS FÍSICOS Y CONDUCTUALES

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describir a otros aparecen abajo. Lee cada expresión y marca con una X el paréntesis que indique qué tanto describe esa característica a las mujeres de las imágenes que se te acaban de mostrar. Evita dejar alguna expresión sin contestar. GRACIAS.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
Atractivas.....	( )	( )	( )	( )
Repulsivas.....	( )	( )	( )	( )
Desagradables.....	( )	( )	( )	( )
Bonitas.....	( )	( )	( )	( )
Saludables.....	( )	( )	( )	( )
Fuertes.....	( )	( )	( )	( )
Feas.....	( )	( )	( )	( )
Limpias.....	( )	( )	( )	( )
Arruinadas.....	( )	( )	( )	( )
Merecedoras del ridículo.....	( )	( )	( )	( )

¿Cómo **imaginas** que las mujeres de las imágenes son en su actuar y sentir cotidiano?

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
De buen carácter...	( )	( )	( )	( )
Responsables.....	( )	( )	( )	( )
Vanidosas.....	( )	( )	( )	( )
Bonachonas.....	( )	( )	( )	( )
Frívolas.....	( )	( )	( )	( )
Perezosas.....	( )	( )	( )	( )
Felices.....	( )	( )	( )	( )
Presumidas.....	( )	( )	( )	( )
Alegres.....	( )	( )	( )	( )
Cuidadasas de sí mismas.....	( )	( )	( )	( )
Fodongas.....	( )	( )	( )	( )
Trabajadoras.....	( )	( )	( )	( )
Lentas.....	( )	( )	( )	( )
Aburridas.....	( )	( )	( )	( )
Amigables.....	( )	( )	( )	( )
Tristes.....	( )	( )	( )	( )
Elegantes.....	( )	( )	( )	( )
Antipáticas.....	( )	( )	( )	( )
Encantadoras.....	( )	( )	( )	( )
Inseguras.....	( )	( )	( )	( )
Pasionales.....	( )	( )	( )	( )
Sucias.....	( )	( )	( )	( )
Descuidadas.....	( )	( )	( )	( )

## ANEXO 7

### CUESTIONARIO DE SITUACIONES

¿Qué tanto te **gustaría**:

*Salir con alguna de ellas de manera romántica?*

No en lo absoluto ( )      Un poco ( )      Bastante ( )      Mucho ( )

*Concertar una cita a ciegas y encontrarte con alguna de ellas?*

No en lo absoluto ( )      Un poco ( )      Bastante ( )      Mucho ( )

*Compartir con alguna de ellas un espacio de trabajo?*

No en lo absoluto ( )      Un poco ( )      Bastante ( )      Mucho ( )

*Ser amigo de alguna de ellas?*

No en lo absoluto ( )      Un poco ( )      Bastante ( )      Mucho ( )

*Que alguna de ellas fuera tu hermana?*

No en lo absoluto ( )      Un poco ( )      Bastante ( )      Mucho ( )

## ANEXO 8

### CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Confiabilidad y media de los instrumentos utilizados, basadas en la muestra de mujeres y hombres que participaron en esta investigación.

INSTRUMENTO	MUJERES n=376		HOMBRES n=103	
	ALFA DE CRONBACH	MEDIA	ALFA DE CRONBACH	MEDIA
Ansiedad rasgo (IDARE)	.90	37.80	.84	35.06
Ansiedad estado (IDARE) <i>PRIMERA APLICACIÓN</i>	.92	37.48	.92	37.01
Ansiedad estado (IDARE) <i>SEGUNDA APLICACIÓN</i>	.92	36.15	.87	32.81
Lista de adjetivos de Axelrod <i>PRIMERA APLICACIÓN</i>	.96	118.21	.95	111.90
Lista de adjetivos de Axelrod <i>SEGUNDA APLICACIÓN</i>	.97	102.74	.95	90.83
Prueba de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT-40)	.81	12.23		
Cuestionario de Emociones	.94	77.79		
Cuestionario de Creencias	.71	31.44		
Lista de Calificativos Físicos			.90	30.04
Lista de Calificativos Conductuales			.78	64.32
Cuestionario de Situaciones			.74	11.28

## ANEXO 9

### RANGOS PERCENTILES DE LOS INSTRUMENTOS

Rangos percentiles obtenidos con la muestra de mujeres y hombres que participaron en esta investigación. La sección sombreada indica el rango de normalidad en cada escala.

#### *Rangos percentiles para el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*

Puntuación en bruto	MUJERES		HOMBRES	
	A-Estado	A-Rasgo	A-Estado	A-Rasgo
20	1		3	
21	1	1	3	
22	1	1	5	1
23	3	2	7	2
24	5	3	8	6
25	7	5	8	7
26	10	7	11	12
27	13	9	15	15
28	18	11	18	20
29	23	16	20	22
30	27	21	27	30
31	31	26	30	37
32	37	32	33	44
33	42	38	39	48
34	46	43	48	52
35	52	47	51	59
36	56	50	55	60
37	58	54	58	68
38	61	58	60	72
39	65	61	62	79
40	68	64	65	82
41	69	67	69	83
42	71	69	74	84
43	74	72	80	84
44	75	74	82	90
45	79	77	82	91
46	83	79	83	91
47	85	80	84	92
48	87	83	87	93
49	87	84	88	95
50	89	86	88	96

**Rangos percentiles para el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)**  
**(Continuación)**

Puntuación en bruto	MUJERES		HOMBRES	
	A-Estado	A-Rasgo	A-Estado	A-Rasgo
<b>51</b>	91	87	89	96
<b>52</b>	92	88	89	96
<b>53</b>	94	89	93	97
<b>54</b>	94	90	93	97
<b>55</b>	94	92	97	97
<b>56</b>	95	93	97	98
<b>57</b>	95	94	97	98
<b>58</b>	95	95	99	99
<b>59</b>	96	96		
<b>60</b>	96	96		
<b>61</b>	96	96		
<b>62</b>	96	97		
<b>63</b>	97	98		
<b>64</b>	98	99		
<b>65</b>	98			
<b>66</b>	98			
<b>67</b>	99			

**Rangos percentiles para la lista de Adjetivos de Axelrod**

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
36	1	
37	1	
38	1	
39	1	
40	1	
41	2	
42	2	
43	2	
44	2	
45	3	
46	3	2
47	3	2
48	3	2
49	3	3
50	3	4
51	4	6
52	5	6
53	6	6
54	6	7
55	7	8
56	7	11
57	8	11
58	10	12
59	11	15
60	11	16
61	12	17
62	13	17
63	14	20
64	15	20
65	16	22
66	18	22
67	18	22
68	19	23
69	20	24
70	21	24

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
71	22	25
72	23	25
73	24	26
74	24	26
75	25	28
76	26	29
77	27	30
78	27	31
79	28	31
80	29	33
81	30	34
82	31	35
83	32	36
84	33	37
85	35	37
86	36	37
87	37	38
88	38	39
89	39	39
90	39	41
91	40	42
92	41	45
93	42	45
94	43	45
95	44	45
96	44	45
97	46	47
98	46	47
99	48	48
100	48	51
101	49	52
102	49	52
103	50	52
104	51	52
105	52	52

**Rangos percentiles para la lista de Adjetivos de Axelrod**  
(Continuación)

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
106	53	52
107	54	55
108	54	55
109	55	57
110	56	57
111	56	57
112	57	59
113	57	60
114	58	60
115	59	62
116	59	62
117	60	63
118	61	64
119	61	65
120	62	65
121	62	65
122	63	67
123	64	68
124	64	68
125	65	69
126	65	69
127	66	69
128	67	69
129	68	70
130	68	70
131	68	70
132	69	70
133	69	70
134	70	71
135	70	72
136	71	73
137	71	73
138	71	74
139	72	74
140	72	75

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
141	73	75
142	73	76
143	73	77
144	74	78
145	74	78
146	74	78
147	74	78
148	75	79
149	76	79
150	76	79
151	77	79
152	77	79
153	77	80
154	77	80
155	78	81
156	78	82
157	78	82
158	79	83
159	80	84
160	80	85
161	80	85
162	80	86
163	81	86
164	81	87
165	81	87
166	81	87
167	81	87
168	82	87
169	82	87
170	82	88
171	82	88
172	82	88
173	82	88
174	82	89
175	83	89

**Rangos percentiles para la lista de Adjetivos de Axelrod**  
(Continuación)

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
176	83	89
177	83	90
178	83	90
179	84	90
180	84	90
181	84	90
182	85	90
183	85	90
184	85	90
185	86	90
186	86	90
187	86	90
188	86	90
189	87	90
190	87	90
191	87	91
192	87	91
193	88	91
194	88	91
195	89	91
196	89	92
197	89	92
198	90	92
199	90	92
200	90	92
201	90	92
202	90	92
203	90	93
204	90	93
205	90	94
206	91	94
207	91	95
208	91	95
209	92	95
210	92	95

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
211	92	95
212	92	95
213	92	95
214	92	95
215	92	95
216	93	95
217	93	95
218	93	95
219	93	95
220	93	95
221	93	95
222	93	95
223	93	95
224	94	96
225	94	96
226	94	96
227	94	96
228	94	96
229	94	96
230	94	96
231	94	96
232	94	96
233	94	96
234	95	96
235	95	96
236	95	96
237	95	96
238	95	96
239	96	96
240	96	97
241	96	97
242	97	97
243	97	97
244	97	97
245	97	97

**Rangos percentiles para la lista de Adjetivos de Axelrod**  
(Continuación)

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
246	97	97
247	97	97
248	97	97
249	97	97
250	97	97
251	97	97
252	97	97
253	97	97
254	97	97
255	97	97
256	97	97
257	98	97
258	98	97
259	98	97
260	98	98
261	98	98
262	98	99
263	98	
264	98	
265	98	
266	98	
267	98	
268	98	
269	98	
270	98	
271	98	
272	98	
273	98	
274	98	
275	98	
276	99	

***Rangos percentiles para el Cuestionario de Emociones***

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>
32	1
38	1
39	1
44	1
46	1
47	2
48	2
49	2
50	3
51	4
52	4
53	5
54	6
55	7
56	7
57	9
58	10
59	10
60	11
61	13
62	15
63	18
64	19
65	21
66	24
67	27
68	28
69	31
70	33
71	36
72	38
73	40
74	42

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>
75	44
76	46
77	46
78	48
79	49
80	52
81	54
82	56
83	58
84	61
85	65
86	69
87	73
88	76
89	79
90	81
91	83
92	85
93	86
94	88
95	90
96	91
97	92
98	93
99	93
100	95
101	96
102	98
103	99

***Rangos percentiles para el Cuestionario de Creencias***

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>
15	1
16	1
17	1
18	1
19	2
20	3
21	4
22	6
23	7
24	9
25	12
26	15
27	18
28	21
29	26
30	35
31	42
32	52
33	63
34	73
35	82
36	90
37	96
38	98
39	99

**Rangos percentiles para las Listas de Calificativos**

<b>LISTA DE CALIFICATIVOS FÍSICOS</b>	
<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>
13	1
14	1
15	1
16	3
17	6
18	6
19	7
20	9
21	15
22	17
23	21
24	23
25	26
26	28
27	32
28	38
29	40
30	42
31	46
32	48
33	62
34	72
35	79
36	85
37	93
38	97
39	99

<b>LISTA DE CALIFICATIVOS CONDUCTUALES</b>			
<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>	<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>
46	1	76	91
47	1	77	91
48	2	78	92
49	2	79	97
50	5	80	99
51	6		
52	9		
53	11		
54	13		
55	15		
56	17		
57	21		
58	22		
59	27		
60	32		
61	35		
62	40		
63	49		
64	53		
65	58		
66	63		
67	66		
68	69		
69	73		
70	79		
71	82		
72	85		
73	86		
74	86		
75	88		

***Rangos percentiles para el Cuestionario de Situaciones***

<b>Puntuación en bruto</b>	<b>Percentil</b>
<b>5</b>	3
<b>6</b>	6
<b>7</b>	11
<b>8</b>	21
<b>9</b>	34
<b>10</b>	45
<b>11</b>	55
<b>12</b>	61
<b>13</b>	73
<b>14</b>	82
<b>15</b>	91
<b>16</b>	95
<b>17</b>	96
<b>18</b>	99