



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

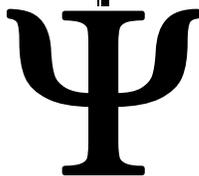
**EVALUACIÓN DE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN
PRIMARIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS
ENFOCADOS EN EL ANÁLISIS DE PUBLICIDAD
TELEVISIVA EN ADOLESCENTES MUJERES.**

T E S I S
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTA:
ELVIA LETICIA PAREDES SOTO
NORMA ALEJANDRA SÁNCHEZ GRANADOS

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

REVISORA:
DRA. CORINA CUEVAS RENAUD



MÉXICO, D. F.

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.

Agradecimientos

Esta tesis se la dedico a mi Mamá “Nani”, a quién le quiero expresar mi más grande admiración y respeto por ser la mujer que es y por estar siempre a mi lado y al de mi hermano, apoyándonos en el más mínimo detalle desde siempre mil gracias por ser nuestra madre. Eres la mejor madre del mundo ¡Te amo!.

A mí papá, gracias por estar siempre con nosotros, procurando el bienestar.

Gracias a mi hermano “Overmars”, a quien quiero mucho, admiro y en quien confié; al igual que a mis tíos: Tere, Manuel y Juan.

A mis amigos de toda la vida: a ti Yadi (Pepe Grillo) por todos esos momentos de aprendizaje y por los momentos felices que siempre hemos compartido, por tu cariño y apoyo gracias, te quiero mucho amiga al igual que a tú familia; a David Franco, por tus consejos y a poyo de siempre gracias; y finalmente a ti Adriana, por estar juntas siempre, tan cerca y tan lejos compartiendo mil cosas.

Expreso un sincero agradecimiento a Susi Liconá, por todos los favores recibidos desde que ingrese a la carrera en el SUA, por todo su apoyo, pero sobre todo por su amistad gracias; al igual que a Mónica por sus enseñanzas y amistad que han contribuido a mi formación.

*Finalmente aun hombre a quien admiro y respeto profundamente, quien me cambio la vida y ha estado conmigo en momentos importantes y en todo el proceso de la tesis, gracias por enseñarme que: **“el ser verdaderamente profesional contribuye a la satisfacción de uno mismo, sin importar las adversidades y que lo más importante es nunca defraudarte a ti mismo”**. Gracias Sergio, Te amo.*

***”Por mi raza hablara el espíritu”
orgullosamente puma
Norma Alejandra Sánchez Granados.***

AGRADECIMIENTOS:

Son tantas las personas que de alguna manera han participado de manera directa o indirecta en este proceso, que sería casi imposible mencionarlas si quiera. Además el proceso de titulación es el final de una larga que carrera que empezó hace ya varios años y durante este tiempo hubo tantas sonrisas, entusiasmo, alegrías, tristezas y esperanzas de tantos compañeros, amigos y maestros.... Que me sería imposible mencionarlos a todos....

Mi más grande agradecimiento es primero a mi madre que ha sido el mayor de mis apoyos y respaldos que con todo y todo siempre ha estado conmigo "y ya ves mami por fin lo logramos ya nos estamos titulando", una de tus grandes ilusiones se está logrando... Y estoy segura que lo mejor que me ha pasado en la vida ha sido ser tu hija, gracias por ser mi madre.

Después a mi padre y a mi hermano que han hecho muchas cosas que de alguna manera hoy me tienen aquí terminando esto. Gracias a ti Monse porque quizás no he podido estar contigo mucho tiempo, sin embargo esto me ha permitido terminar muchas otras cosas que a la larga también serán buenas para ti.

También le agradezco infinitamente a Carlos su apoyo, entusiasmo, esfuerzo y trabajo, los desvelos que tantas veces hemos pasado realizando esta tesis. Además como te puedo decir que gracias si no hay forma de siquiera decírtelo.... Has sido una parte muy importante en este periodo de mi vida...

Gracias a ti Isaac que has sido un pilar y un apoyo muy fuerte para mi, en todos estos años...

Nunca voy a olvidar a muchos de mis queridos maestros que me enseñaron muchísimas cosas, como Maricarmen, Karina y Alfredo y que gracias a sus valiosos comentarios me han formado.

También estoy muy contenta de que tanto Silvia "chivis" como Rosi nos hayan proporcionado su apoyo, cooperación, trabajo y esfuerzo porque si no fuera por ustedes esto nunca se habría realizado..... muchísimas gracias!!!!

Y finalmente a la bellisima universidad que ha sido quien nos formo, cuido y apoyo para que hoy este sueño se realizará, nunca olvidare la primera vez que te vi... Mi bella Ciudad universitaria, siempre estarás en mi corazón..... GRACIAS!!!

GOYA!!! GOYA!!!

CACHUN!!! CACHUN!!!

RA RA!!!

GOYA!!!

!!! UNIVERSIDAD!!!

Leticia Paredes



(HECHO EN CU)

ÍNDICE

RESUMEN

Página

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

1.1	Definición de TCA.....	1
1.2	Anorexia Nervosa (AN).....	2
1.3	Bulimia Nervosa (BN).....	12
1.4	Otros TCA.....	20
1.5	Tratamiento de los TCA.....	21

CAPITULO 2 FACTORES DE RIESGO

2.1	Factores de riesgo.....	25
2.2	La adolescencia como un factor de riesgo.....	31
2.3	Imagen corporal.....	31
2.4	Figura ideal.....	37
2.5	Cuerpo real-cuerpo percibido.....	38
2.6	Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.....	39
2.7	La influencia de la publicidad.....	40

CAPITULO 3 PREVENCIÓN

3.1	Proceso salud-enfermedad.....	48
3.2	Estilos de vida.....	49
3.3	Niveles de prevención.....	50
3.4	Promoción de la salud (PS).....	51
3.5	Educación para la salud.....	53
3.6	Prevención y TCA.....	55
3.7	Enfoque psicoeducativo.....	62
3.8	Formación de audiencias críticas (FAC) hacia la publicidad televisiva	66

CAPITULO 4 ADOLESCENCIA

4.1	Cambios físicos.....	72
4.2	Maduración cognoscitiva en el adolescente.....	73
4.3	Cambios psicosociales.....	77
4.4	Sexualidad en el adolescente.....	82
4.5	Alimentación en el adolescente.....	84

CAPITULO 5 PLAN DE INVESTIGACIÓN

5.1	Objetivo general.....	94
5.2	Problema general.....	94
5.3	Definición de variables.....	94
5.4	Método.....	96

CAPITULO 6 RESULTADOS	100
6.1 Descripción de las muestras.....	100
6.2 Descripción de las variables de estudio.....	104
6.3 Comparación entre grupos.....	112
CAPITULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	117
REFERENCIAS	121
ANEXOS	135

RESUMEN

El propósito del presente estudio que forma parte de una investigación mayor fue comparar la eficacia de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la Formación de Audiencias Críticas hacia la publicidad televisiva y otro en Psicoeducación, en mujeres adolescentes en la reducción o eliminación de factores de riesgo en trastornos alimentarios, específicamente en: figura ideal, satisfacción/insatisfacción, influencia de la publicidad y seguimiento de dieta. Para ello, y con el fin de explorar los factores de riesgo antes mencionados se aplicó el Cuestionario sobre Alimentación y Salud versión adolescentes, así como el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales y un cuestionario que indaga acerca de hábitos de consumo televisivo. Se trabajó con una muestra de $N = 20$ adolescentes mujeres que cursaban el primer grado de una escuela secundaria pública del Distrito Federal, quienes se asignaron al azar a cada una de las intervenciones. A las estudiantes se les invitó a participar de manera voluntaria con el consentimiento de sus padres por escrito. Los programas estuvieron formados por 10 sesiones, con duración de 50 minutos cada uno. Se trató de una investigación de campo, de tipo exploratorio, empleándose un diseño de dos muestras con mediciones pre-test y post-test. En cuanto al análisis de datos, se aplicó a cada variable dependiente del estudio la prueba de t de Student para conocer las diferencias intragrupo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en el grupo audiencias críticas y una tendencia en la variable figura ideal, no así para los otros factores de riesgo. En contraste, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el grupo psicoeducativo para ningún factor de riesgo. Se propone llevar a cabo estudios de seguimiento para evaluar los efectos encontrados en el grupo audiencias críticas, así como trabajar con muestras de mayor tamaño y diferentes niveles de riesgo.

* Programa computarizado de realidad virtual. Modelo escolar en la prevención de trastornos alimentarios. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN305006) bajo responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCIÓN

En la adolescencia, se producen crisis de difícil manejo, tales como, la primera menstruación, relación con los padres, y vínculos con compañeros. Aunado a esto, existen presiones socioculturales que promueven ideales de belleza y delgadez, que hoy en día son sinónimos de éxito (Borel, 2002). Es importante destacar que para los adolescentes, la opinión del grupo social en el que están inmersos es de suma importancia, en especial en cuanto a la belleza ideal se refiere, siendo comprensible, que esta etapa del desarrollo, represente un factor de riesgo para la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria (Izquierdo, 2003).

La publicidad, crea necesidades, desarrolla hábitos e impone modas, moldeando a su vez la forma de pensar de los individuos (Beltrán y Cruces, 2003). Los medios de comunicación masivos ejercen influencia, bombardeando con estándares de belleza (Borel, 2002). Por lo tanto, la satisfacción/insatisfacción corporal, se producirá como resultado de la evaluación del propio cuerpo en comparación con el ideal de belleza ya establecido (Bruchon Schweizer, 1992). Por ello, Shaw en 1995(citado en Carrillo 2003) manifiesta que hay relación entre la presión proveniente de los medios de comunicación y los Trastornos en la Conducta Alimentaria (TCA), ejemplo de lo anterior se observa en las mujeres de las revistas , quienes son en extremo delgadas.

Izquierdo (2003) señala que la publicidad fomenta el uso de dietas, así como cirugías estéticas y productos light. Sin embargo, existen dietas que prometen una reducción en el peso corporal acelerada, pero que no son recomendadas por expertos en materia nutricional debido a los riesgos y consecuencias que implican (Morón, 2003). Resumiendo, la publicidad fomenta modas a tal grado que el telespectador desea la modificación de su cuerpo (Beltrán y Cruces, 2003).

Turon, 2003, considera que la prevención primaria está enfocada a la reducción de la incidencia de TCA en población con riesgo (Turon, 2003). El papel que juega este tipo de prevención en el marco de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, es muy importante, ya que consiste en informar, pero sobre todo asesorar a los individuos, acerca de trastornos como la Anorexia Nervosa y la Bulimia Nervosa, así como de sus efectos colaterales (Borel 2002). Wade, Davidson y O'Dea (2002) manifiestan la existencia de algunos programas, cuyo objetivo es el de prevenir, promoviendo la reflexión y crítica hacia los medios de comunicación.

En el presente trabajo se utilizó el programa basado en Formación de Audiencias Críticas hacia la publicidad televisiva, el cual consiste en realizar un análisis y reflexión crítica sobre las razones que llevan a los sujetos a exponerse y a seleccionar determinado tipo de medios de comunicación. Otra estrategia utilizada es el programa Psicoeducativo, en donde se identificaron mensajes, que perjudican la salud, en el contexto de la alimentación.

En el capítulo I se describen las características clínicas de los TCA, así como de sus criterios de diagnóstico, haciendo uso del Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales TR (2002), así como el ICD – 10 (1993).

El capítulo II se abordarán los diversos factores de riesgo relacionados con el desarrollo de los TCA, así como aspectos relacionados con la imagen corporal percibida, figura ideal, satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal y, por último, la influencia que ejerce la publicidad en los TCA.

En el capítulo III, se describen los tres tipos de prevención (primaria, secundaria y terciaria) enfocados a los TCA. Así como también se profundiza en aspectos relacionados con la Promoción y Educación para la Salud, para concluir con el tema de Formación de Audiencias Críticas hacia la Publicidad Televisiva así como con el Psicoeducación.

En el capítulo IV, se describen los cambios tanto a nivel físico, cognoscitivo y social que se presentan durante la adolescencia. Se abordan aspectos relacionados con la sexualidad y la alimentación en el adolescente, tomando en cuenta sus hábitos alimentarios y las deficiencias de una mala alimentación.

El capítulo V corresponde a la metodología o plan de investigación, presentándose los objetivos de la investigación y la definición de las variables dependientes e independientes, entre otros aspectos.

El capítulo VI se enfoca a los resultados del estudio, en donde se describe la muestra utilizada para la investigación, así como las variables de estudio y comparación entre grupos, todo esto logrado con la intervención pre y post test.

El capítulo VII incluye la discusión y las conclusiones del estudio así como las sugerencias, propuestas a partir de la investigación realizada. Por último se incluye en el apartado de anexos, correspondientes a la carta descriptiva del Taller de Formación de Audiencias Críticas y al Taller Psicoeducativo, así como los cuestionarios utilizados, para el análisis pre y post test.

1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

1.1 Definición de TCA

Hace tres décadas en raras ocasiones se diagnosticaban los TCA, éstos eran prácticamente desconocidos para la comunidad médica, e incluso para muchos psiquiatras. Sin embargo, hace aproximadamente 25 años trastornos como la Anorexia Nerviosa(AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), y sus variantes, han sido reconocidas como enfermedades importantes, en las cuales intervienen factores emocionales, familiares, predisposición genética o biológica, un ambiente sociocultural en el cual abunda la comida pero se promueve excesivamente la delgadez (García-Camba, 2002).

El término “trastornos alimentarios” se refiere a una diversidad de problemáticas psicológicas que conllevan graves anormalidades de la ingesta; es decir, el fundamento de dichas enfermedades se halla en alteraciones psicológicas, afectando a las mujeres en su mayoría (Raich, 1994).

1.1.2 Clasificaciones de los TCA

Existen diversas clasificaciones de los TCA, de acuerdo a distintos autores y organizaciones, entre las cuales se encuentran la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud(OMS). Cada uno presenta cuadros clínicos específicos, que comparten enormes similitudes entre ellos.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico Estadístico DSMIV-TR(APA, 2002) existen tres cuadros clínicos dentro de los TCA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y el Trastorno de la conducta Alimentaria No Especificado (TANE). Los cuales serán abordados posteriormente.

García-Camba (2002) considera que dentro de los TCA se incluyen la AN y BN, el trastorno por atracón, pica y la obesidad cuando es causada por factores psicológicos, los tres últimos se explicarán a continuación brevemente:

- El trastorno por atracón consiste en ingerir grandes cantidades de comida recurrentemente, acompañadas de conductas compensatorias tales como vómito autoinducido, uso de laxantes, ejercicio excesivo, consumo de productos para adelgazar, semejantes a las que ocurren en la BN. Esta patología actualmente se encuentra en investigación.

- La entidad nosológica de la pica consiste en consumir alimentos no nutritivos como tierra o trozos de cal, etc.

- La obesidad es “la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo. Incremento de peso más allá de lo que se considera normal en relación con edad, estatura y estructura ósea” (Weller, 1997, p.583).

1.1.3 Alteraciones en los TCA

En los TCA se presentan diversas alteraciones, sus manifestaciones clínicas de acuerdo con García- Camba (2002) “comprenden cuatro aspectos fundamentales:

1. Alteraciones de la conducta, en particular la ingestiva.
2. Alteraciones cognitivas.
3. Los trastornos psicopatológicos.
4. Las complicaciones medicas”(p.8).

1. 2 ANOREXIA NERVOSA

1.2.1 Historia de la anorexia

Edad antigua

Toro (1996) menciona que a través de la historia las restricciones alimenticias han tenido un sentido distinto. Por ejemplo, el ayuno en diversas culturas se ha fomentado y ha repensado una forma de protegerse del mal. En este sentido los antiguos egipcios lo vieron como un requisito para ingresar a sus templos sagrados.

Gómez (2003) indica que desde los últimos siglos del imperio romano, existen indicios de restricciones alimenticias semejantes a las que se presentan en los *trastornos de la conducta alimentaria*, desde los últimos siglos del imperio romano. Durante esta época se consideraban atractivas a las mujeres delgadas, algunas de ellas llegaban a manifestar síntomas similares a los que se presentan en la AN.

En el siglo I d. de C. la médica de origen griego llamada Metrodora realizó un tratado sobre las enfermedades de la mujer dentro del cual dedica un capítulo a la *sinergia*(palabra griega) que significa rechazo del alimento. Señala que esta entidad inicia en el estomago y llega a los pulmones, provocando la muerte (Gómez, 2003).

Favorito, el filósofo durante el siglo I de nuestra era, escribe sobre la locura de las mujeres romanas que se rehúsaban a ser madres y a amamantar a sus hijos, esto se debía a que en ciertas clases sociales eran forzadas a contraer matrimonio. Por lo que éstas buscaban métodos anticonceptivos que les ayudaran a evitar embarazos, y cuando eran descubiertas utilizándolos recibían fuertes castigos en nombre de la ley.

En este sentido el privarse de los alimentos era una buena alternativa para no concebir y evitar sanciones; a su vez que esta conducta era reforzada por la idea de que las mujeres debían comer y beber austeramente, para lograr ser reconocidas y alabadas (Gómez, 2003).

Anorexia Santa

Toro (1996) indica que la *anorexia santa* se refiere a un fenómeno en el cual las personas restringían su ingesta alimentaria, con el propósito de controlar la naturaleza del cuerpo en contra de su debilidad y propensión al pecado, en una búsqueda de perfección y de vida espiritual, situación que ocurrió fundamentalmente durante la edad media. Este fenómeno se presentó en gran medida porque durante esta época a las mujeres que torturaban sus cuerpos a través del hambre, la sed o los azotes, eran consideradas santas. Incluso había quienes comían el pus y las costras de los enfermos. Posteriormente, cuando algunos médicos de los siglos XVII y XVIII revisaron este tipo de fenómenos, los llamaron *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*.

También los exorcismos representaron un motivo por el cual se realizaron ayunos en el marco de la religión católica, ya que éstos se consideraban una forma de penitencia, símbolo de remordimiento por los pecados de quienes ayunaban o de otras personas (Toro, 1996).

Es importante señalar que la mortalidad en la anorexia santa era más alta a la que actualmente se presenta con la AN, la iglesia católica durante varios siglos alentó estas conductas. Bell (1999, citado en Gómez, 2003) señala que las santas medievales se alimentaban, en ocasiones, únicamente con la hostia consagrada.

Gómez (2003) señala que otra razón que orilló a algunas mujeres a someterse a intensos ayunos fue el evitar casamientos que éstas no deseaban. Con la llegada del cristianismo, cuando las mujeres rehuían al matrimonio, se convertían en religiosas entregándose a Dios. Por ejemplo, Santa Teresa, en el Libro de su Vida, menciona que una de las razones más importantes para ingresar al convento fue su temor a casarse.

En consecuencia con lo anterior, se expone la historia de la Santa Wilgefoertis, nombre que proviene del latín *virgo fortis* que significa virgen fuerte que transcurre aproximadamente entre los años 700 y 1000 d. de C. hija de un rey de Portugal a quien

su padre forzaba a casarse con el rey de Silicia. Le rogó a Dios le ayudara a deshacerse de su belleza femenina. Consiguió su cometido, masculinizándose debido a la baja de estrógenos como consecuencia de un intenso ayuno al que se sometió, desapareció su menstruación y le creció la barba. Su pretendiente renunció a contraer matrimonio con ella, y como consecuencia de lo anterior su padre decidió crucificarla (Toro, 1996; Gómez, 2003).

Otro ejemplo similar es el caso de Santa Catharina Benincasa nacida en Siena vivió de 1347 a 1380. Después del fallecimiento de dos hermanas se impuso un rígido ayuno, a los doce años desaparecieron la menstruación y otros caracteres sexuales femeninos como los pechos. Los intereses de sus padres por casarla se contrapusieron con sus deseos de entregarse a Dios. Comenzó a encerrarse en su habitación, azotándose durante una hora y media hasta a sangrar, así como también dejó de consumir carne. A los 16 años únicamente consumía pan, agua y vegetales crudos. Finalmente, consiguió que sus padres la dejaran integrarse a la congregación de las Hermanas de la Penitencia. Catharina mantuvo una vida de ayuno hasta su muerte, tras su fallecimiento comenzó a surgir un gran número de seguidoras en el ámbito católico (Bell, citado en Toro, 1996; Gómez, 2003).

Posteriormente, Skrabanek (1998, citado en Gómez, 2003) indica que se presenta una “secularización de la anorexia”, extendiéndose como una epidemia, independientemente de si las mujeres desearan ingresar a los conventos o no (Toro, 1996). Sin embargo, al paso de los siglos, la percepción de santidad hacia las mujeres ayunadoras por parte de la iglesia cambia. En este sentido, Vandereyken y Deth (1994, citado en Toro, 1996) indican que a partir del papa Benedicto XIV disminuyó el número de canonizaciones a las ayunadoras, con lo cual, se redujeron las restricciones alimenticias y las aspiraciones de algunas mujeres para alcanzar la santidad. Incluso Gómez (2003) menciona que, posteriormente, las mujeres que viven en ayuno ya no son consideradas santas por la iglesia, a las cuales en lugar de esto se les cree “mujeres de nervios débiles”.

Dado lo anterior, varias órdenes religiosas se opusieron a los ayunos extremos debido a que consideraban absurda e inconveniente la debilidad de los ayunadores para prestar ayuda a la comunidad (Vandereyken y Deth, 1994 citado en Toro, 1996).

Ulteriormente, la valoración del ayuno llega a ser en extremo negativa, Toro (1996) indica que durante los siglos XV y XVIII, las mujeres que realizaban ayunos corrían el

riesgo de ser consideradas brujas o poseídas por el demonio. Inclusive, la ligereza de ciertas mujeres, las hacía sospechosas de practicar brujería, ya que se creía que ser delgadas les podría permitir volar con mayor facilidad.

Ejemplo de lo anterior lo señala Gómez (2003) con el caso de Juana de Arco quien vivió en siglo XV presentando una extrema delgadez y una carencia de pecho y menstruación, lo cual generó grandes dudas sobre su sexo. La silueta que presentaba se debía al intenso ayuno que realizaba desde los doce años y su negativa a comer era la forma de convencer a sus padres de que le permitieran salvar a Francia en nombre de Dios. Su apariencia se consideró un motivo más para considerarla hereje o bruja, razón por la cual fue quemada viva.

De la anorexia santa a la AN

Aunque el cuadro que se presentaba en la *anorexia santa* es similar al de la AN es necesario considerar a cada una en su contexto histórico y cultural. Las restricciones en la conducta alimentaria de las mujeres santas eran de índole religioso; sin embargo, se desconoce si estas mujeres padecían distorsiones de la imagen corporal o temores a hacia engordar (Toro,1996).

Actualmente un cambio en el ideal mueve a las jóvenes de hoy a realizar restricciones alimenticias, en tanto que antes se buscaba el ideal de Dios, ahora, el temor a engordar es paralelo al temor al pecado en las personas afectadas por la AN contemporánea. En este sentido coincide con lo anterior la historiadora Brumberg (1988, citado en Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997) quien indica que han existido por lo menos dos períodos en los que el rechazo de la alimentación y el control del apetito han sido notables en las mujeres: en el catolicismo entre los siglos XIII y XVI, y en la era postindustrial. En la primera época, se buscaba la perfección ante los ojos de Dios. En cambio, actualmente se busca la delgadez en términos de un ideal de belleza impuesto por la sociedad (Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997).

Durante muchos siglos, lo que hoy conocemos como anorexia, se le asociaba con la consunción tuberculosa, es hasta el siglo XIX es cuando se le considera una entidad clínica distinta (Gómez, 2003). Las primeras clasificaciones clínicas fueron realizadas

en 1874 por W. Gull, médico de la corte victoriana y el francés Ernest Charles Lasègue, los cuales en estudios independientes describieron un cuadro clínico sistematizado al cual denominaron *anorexia nerviosa* y *anorexia histérica* respectivamente, que consistía en una delgadez extrema, disminución o falta de apetito, sin causa física aparente, presencia de amenorrea, bradicardia, astenia, estreñimiento e hiperactividad psicomotriz (Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997).

Gull, rechazó la expresión *anorexia histérica* porque ésta hacía referencia al término etimológico *hysteros* que significa útero, en tanto que él consideraba, que esta se originaba por trastornos del Sistema Nervioso Central (SNC) (Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1997); y otros de carácter hereditario, por lo que señaló que era más adecuado utilizar el término *nerviosa* (Toro y Villardell, 1987).

De acuerdo con Gómez Péresmitré (2001), “el término *nerviosa* que califica a la anorexia (y bulimia) hace alusión a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo de anorexia que puede tener otros orígenes: por ejemplo, rechazo de la ingesta de alimentos por razones fisiológicas (problemas de malformaciones congénitas de laringe, tráquea, etc.) o comórbidas (efectos secundarios de medicamentos, o de otras enfermedades que afectan el hambre y / o apetito, diabetes, cáncer, etc.)” (p.6).

1.2.2 Cuadro clínico de la anorexia nervosa

Existen diversas clasificaciones diagnósticas, entre ellas tenemos, de acuerdo con los criterios establecidos en el CIE –10 (1993) la anorexia nervosa consiste en:

- *Anorexia nerviosa*

A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.

B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un nivel de peso corporal.

D. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamico –hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas)(p.659).

- *Anorexia nerviosa atípica*

Se recomienda a los investigadores de las formas atípicas de anorexia y bulimia nerviosa que decidan en el número y tipo de criterios a satisfacer por dichos trastornos (pp. 145 - 146).

Los criterios de diagnóstico para la anorexia nerviosa, de acuerdo con el DSMIV-TR (2002) son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso 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 comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej. con la administración de estrógenos.)

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo / purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (p.660).

1.2.3 Curso de la enfermedad

El DSMIV-TR (2002) indica, que generalmente el trastorno se inicia entre los 14 y 18 años de edad, raramente después de los 40 años. De acuerdo con García (2002), los trastornos de la alimentación se desarrollan en la adolescencia en un rango comprendido entre los 12 a los 25 años; sin embargo, cerca del 5% de los pacientes desarrollan el trastorno después de los 25.

El desenlace de las personas que padecen este trastorno es incierto debido a que la recuperación para algunas de ellas se da después de un solo episodio, en tanto que para otras son frecuentes las recaídas con variabilidad en su peso, y otros más sufren de un deterioro crónico durante el transcurso del tiempo.

1.2.4 Síntomas dependientes de la cultura, sexo y edad.

Anteriormente, se consideraba que la anorexia nervosa, se presentaba en mayor medida en países industrializados como: Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica, en los cuales, un cuerpo delgado es sinónimo de atractivo.

Los casos de anorexia que se manifiestan en personas procedentes de una cultura distinta a las anteriores se debe a que éstas suelen trasladarse a sociedades industrializadas en donde el trastorno es más común. Sin embargo, esto puede variar de cultura en cultura debido a que dentro de ellas la esbeltez puede tener un significado distinto.

Esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en ocasiones se inicia en la primera adolescencia que comprende entre los 13 y 18 años de edad (DSMIV-TR, 2002). La anorexia nervosa se presenta en mujeres adultas en un porcentaje de 0.5% (BED, Hoeken, Lucas, & Hoek 1998, citado en Pearson, Goldklang & Striegel – Moore, 2002). En cambio, las adolescentes de sexo femenino, comprenden el grupo de población con el más alto rango de este desorden alimentario, cuyo periodo pico se encuentra entre los 16 y 18 años de edad (Lewinsohn, Striegel – Moore, & Seeley, 2000; Woodside & Garfinkel, 1992 citado en Pearson et al., 2002).

Por otra parte, los TCA en población masculina se presentan en menor medida, esto es en una proporción mujer-hombre de 10 a 1 (Garfinkel et al; 1995; Woodside et al., 2001, citado en Pearson et al., 2002). Sin embargo, en ausencia de suficientes datos epidemiológicos no está claro, si el incremento de estos trastornos que se ha estado produciendo se debe a un aumento en la incidencia o prevalencia, o quizás a que

quienes brindan servicios médicos tienen mayor conciencia de los TCA (Pearson et al., 2002).

Una encuesta realizada en 1997 en el Distrito Federal a estudiantes (N=9755) de nivel medio y superior, arrojó los siguientes resultados, considerados como aproximaciones epidemiológicas: el 31% (mujeres) de la muestra, presentaron de 3 a 4 “indicadores clínicos” referentes a los TCA, entre los cuales se encuentran: “sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas alimentarias de tipo restrictivo y/o purgativo”. En el caso de los hombres, solo el 0.3% presentaron dichas conductas (Unikel et al., 2000 citado en Unikel, 2003).

Gómez Peresmitré, et al.(2006), analizaron los resultados del Examen Médico Automatizado (EMA) que explora áreas relacionadas con salud actual y antecedentes de riesgo para padecimientos físicos y psicológicos. Trabajaron con una población conformada por una N = 44 696 estudiantes, hombres y mujeres de primer ingreso a licenciatura (n = 31,874) y a bachillerato (n = 12, 822). Encontraron principalmente en las mujeres la presencia de indicadores de anorexia nervosa y la relación que tienen con el maltrato físico y emocional. El 33% de los estudiantes seguían una dieta restringida, principalmente las mujeres. El 49 % realizaba ejercicio como conducta compensatoria o práctica para bajar de peso y se desarrollaba este comportamiento conforme aumentaba el peso de los estudiantes.

1.2.5 Patrón familiar

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado. Se ha observado que éstos presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos de tipo compulsivo / purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos ha revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los digocigóticos (DSMIV-TR, 2002, p. 658).

1.2.6 Efectos colaterales y médicos de la AN

García- Camba (2002) retomando a Beaumont y cols. (1993) y a Becker y cols., (1999) establece una clasificación de las alteraciones médicas que se llegan a producir como consecuencias de la anorexia nervosa.

TABLA 9-2. Complicaciones médicas en la anorexia nerviosa

<p>Metabólicas y endocrinas Hipotermia y deshidratación</p> <p>Alteraciones electrolíticas (hipopotasemia, hipomagnesemia, hipocalsemia, hipofosfatemia, déficit de cinc)</p> <p>Hipercolesterolemia e hipercarotinemia Hipoglucemia Aumento de enzimas hepátrastornos de la conducta alimentarias Hiperuricemia Amenorrea, oligomenorrea Retraso en la pubertad Retraso en el crecimiento Osteoporosis Bajas concentraciones de gonadotropinas, estrógenos y testosterona Síndrome de l eutiroide enfermo Elevación del cortisol y prueba de supresión de dexametaxona positiva Elevación de la hormona del crecimiento</p> <p>Cardiovasculares</p> <p>Hipotensión, babicardía, prolongoción del intervalo-QT, arritmia</p>	<p>Renales</p> <p>Azoemia prerrenal Diabetes inspirada parcial Insuficiencia renal aguda y crónica Cálculos renales</p> <p>Musculoesqueléticas</p> <p>Calambres, tetania, debilidad muscular Osteopenia, fracturas por estrés</p>
--	---

<p>Disminución del tamaño cardíaco Atenuación de la respuesta del ejercicio Pérdida de grasa pericardia Síndrome de la arteria mesentérica superior Acrocianosis Prolapso de la válvula mitral</p> <p style="text-align: center;">Neurológicas</p> <p>Seudoatrofia cerebral Anomalías EEG y crisis convulsivas Neuritis periférica Comprensión nerviosa Alteración de la actividad autónoma</p> <p style="text-align: center;">Hematológicas e inmunológicas</p> <p>Anemia: normocrónica-normocítica o ferropéniaca</p> <p>Leucopenia, trombocitopenia Hipocelularia en médula ósea Hipoalbumemia y otras proteínas bajas</p>	<p style="text-align: center;">Gastrointestinales</p> <p>Esofagitis, hematemesis (síndrome de Mallory – Weiss) Alteraciones en las pruebas de función hepática Retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento y obstrucción intestinal Colon irritable, colon catártico Disminución de lipasa, lactasa</p> <p style="text-align: center;">Orofaciales</p> <p>Inflamación de las glándulas salivales Caries y erosión de esmalte dental Queilosis Adenopatias submandibulares</p> <p style="text-align: center;">Cutáneas</p> <p>Sequedad de la piel Sequedad y pérdida de cabello Lanugo Coloración anaranjada por Hiper胡萝卜素emia</p>
---	--

Fuente: García – Camba (2002, p.128)

Los trastornos que se producen como consecuencia de la anorexia nervosa son diversos y algunos en extremo graves.

1.3 BULIMIA NERVOSA

1.3.1 Breve historia de la BN

Edad antigua y media

Toro (1996) indica que etimológicamente la palabra *limos* significa hambre al agregarle el prefijo *bou* significa gran cantidad de o *boul* significa buey, por lo que unidos el término bulimia se traduce como hambre feroz.

Las primeras referencias se encuentran en los griegos quienes empleaban el vómito en determinadas situaciones sociales y religiosas. Por ejemplo, Hipócrates diferenciaba entre *bulimos*, que era una especie del hambre enfermiza de la hambre ordinaria (Toro, 1996).

Para los romanos de las clases medias y altas, los banquetes y el vómito eran toda una institución. Los banquetes podían incluir más de 20 platos, después de obtener la saciedad, se pasaba al vomitorium que era una habitación contigua en donde se vomitaba lo ingerido.

Durante la baja Edad Media, el vómito representaba un acto penitencial que les despojaba de los pecados, así como también permitía dominar los apetitos sexuales descontrolados. Incluso algunos médicos recetaban eméticos, que podían emplearse con frecuencia o para siempre (Toro, 1996).

En el siglo IX en Baviera Friderada de Treuchtlingen experimentaba una sintomatología semejante a la bulímica manifestada por una intensa hambre que la llevaba a extremos en su ingesta alimentaria, por lo que acudió al monasterio de Santa Walpurgis, en donde sucedió un milagro que la hizo recuperar sus fuerzas y disminuir su apetito. Comenzó a presentar repulsión por la comida que la llevaba a vomitar, posteriormente tres meses después dejó de comer por completo (Toro, 1996).

Giannini(1993, citado en Toro 1996) señala que diversos personajes históricos, épocas y grupos sociales realizaron continuamente prácticas que incluían atracones seguidos de vómito. Entre ellos, se encuentran Enrique VIII de Inglaterra y otros alrededor de él como el papa Alejandro Borgia, sus cortesanos, los campesinos flamencos de Bruegels y las multitudes de El Bosco.

De la AN a la BN

Toro (1996) señala que históricamente el acto bulímico ha recibido menos atención que el anoréxico, aunque en ocasiones forme parte de éste o se presente independientemente de él.

Blanchez (1869, citado en Toro, 1996) realizó una revisión histórica del concepto bulimia. Indicó que en la bulimia la principal preocupación es el alimento. Señaló que cuando la bulimia se acompaña de vómito se denominaba *cinorexia*, así como el término *licorexia* se empleaba cuando el tránsito digestivo era excesivamente rápido, y llegaba a ocasionar contracciones intestinales rápidas, y *fringale* cuando en las mujeres los síntomas bulímicos alternaban con los anoréxicos.

Es durante el siglo XIX que la literatura médica, de acuerdo con Dunlison(1939, citado en Toro, 1996) muestra cierto interés en la bulimia ya sea como trastorno o como síntoma. Es en esta época cuando surge la definición de bulimia asociada a buey y a la palabra hambre. Se le observaba en la histeria, en el embarazo, y raras veces en otras condiciones.

Sin embargo, aunque Bruch(1969, citado en Álvarez, 2000) ya se había percatado en su práctica clínica de episodios de sobreingesta, unidos a conductas compensatorias como vómitos, uso de laxantes y enemas, estos los consideró como un estilo de dieta de las pacientes con AN.

Posteriormente, Gull(1974, citado en Toro, 1996) advirtió la asociación entre AN y actos bulímicos.

Ulteriormente, Stein y Laxos (1988, citado en Toro, 1996) hacen una intensa revisión llegando a las siguientes conclusiones:

- a) Durante cientos de años, la bulimia ha sido connotada tanto como síntoma cuanto como síndrome.
- b) Su asociación con el vómito es patente en los escritos históricos.
- c) Está claro que mientras el síntoma central atracarse de comida ha permanecido relativamente constante desde de los inicios del siglo XVIII, los síntomas accesorios y la etiología de la bulimia han cambiado con el tiempo.
- d) Parece que la asociación entre la bulimia y depresión, actualmente aceptada, ha sido un tema recurrente a través de la historia de las descripciones de concepto (p.50).

Es hasta la década de los setenta, cuando se le empieza a considerar a la bulimia como una entidad nosológica diferenciada de la anorexia. Entre los autores se distinguen Russell (1979, citado en Toro, 1996) quien describe un cuadro clínico denominado BN manifestado por lo siguientes criterios: atracones, conductas

compensatorias de los mismos, en el cual hace hincapié en el miedo a engordar de quienes lo presentan, esta descripción que es recogida en el DSMIII en 1987.

Toro (1996) señala que entre otras denominaciones que se le han dado a la BN se encuentran *hiperorexia nerviosa, síndrome del caos dietético, síndrome del control anormal/normal del peso, síndrome de atracones, síndrome del gordo-delgado*. Por su parte, Boskind-Lodahl (1976, citado en Toro 1996) propone el término *bulimarexia*, el cual se aplicaría cuando se superpone la presencia de bulimia y anorexia.

1.3.2 Cuadro clínico de la BN

De acuerdo con Sherman y Thompson (1999), la BN es un TCA, en el cual quienes lo padecen presentan periodos de ingesta alimentaria excesiva (atracones) y posteriormente otros de purga. Por lo general, comen grandes cantidades de alimentos, altos en calorías. Estas conductas suelen mantenerse en secreto, incluso para las personas más cercanas a quienes lo presentan. La purga se lleva a cabo por distintos medios:

- vómito autoinducido
- abuso de laxantes
- diuréticos
- ayuno
- exceso de ejercicio

A través de la purga se busca remediar la sobreingesta de alimentos, evitando el aumento de peso después de haber comido demasiado. La purga puede provocar daños físicos y médicos, además de que propicia el seguir comiendo en exceso porque justifica el exceso de ingesta alimentaria.

Las conductas de purga varían de una persona a otra, algunas las hacen varias veces al día, otras ocasionalmente. De una persona a otra es distinta la apreciación particular de lo que es un exceso en la alimentación, por ejemplo, para algunas sería comer 5,000 calorías de alimentos dulces y para otras consumir algún alimento que no sea bajo en calorías.

Algunas personas con este padecimiento se inducen el vómito, en cambio otras casi nunca lo hacen. Por su parte, otras combinan los métodos de purga de distinta forma, es decir: los vómitos, abuso de laxantes y diuréticos, y ejercicio excesivo. Por lo regular, en la BN se presentan dificultades para controlar la alimentación, los

sentimientos y la vida en general, además de baja tolerancia a la frustración (Sherman y Thompson 1999).

De acuerdo con los criterios establecidos en el CIE –10 (1993) la BN consiste en:

A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimento en periodos grandes de tiempo.

B. Preocupación persistente por la comida, junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

C. El enfermo intenta contrarrestar de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:

1) Vómito auto-provocado.

2) Abuso de laxantes.

3) Periodo de ayuno.

4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

D. Auto percepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

- *Bulimia nerviosa atípica.*

Para el estudio de las formas atípicas de bulimia nerviosa, como aquellas que se acompañan de un peso normal o excesivo, se recomienda a los investigadores que decidan el número y criterios que se deben cumplir (p.146).

Los criterios diagnósticos de la *Bulimia Nerviosa* que se encuentran en el Manual de Diagnóstico Estadístico DSMIV-TR (2002) son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) 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 en las mismas circunstancias.

(2) 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 provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno excesivo y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y las siluetas corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diurético o enema en exceso(pp.665).

1.3.3 Comparación entre bulimia y otros TCA de acuerdo con Sherman y Thompson (1999)

Similitudes entre BN y AN

- Preocupación por las dietas, alimentos, peso y talla.
- Incomodidad cuando se come con otras personas.
- Búsqueda de aprobación.
- Personas con BN pudieron padecer anorexia nerviosa y las que no desearían poder serlo, es decir controlar su alimentación (p.14).

Diferencias entre BN y AN

- Quienes padecen anorexia nerviosa, niegan a los demás y así mismas la existencia un problema con su alimentación, por su parte las personas con BN no aceptan frente a los demás la existencia de un problema, pero reconocen que tienen dificultades con sus conductas alimentarias.

- En la anorexia nerviosa siempre existe falta de peso; sin embargo, en la BN el peso puede ser bajo, normal o incluso puede existir sobrepeso.

- Aunque tanto en la anorexia nervosa como en la BN se presenta una distorsión de la imagen corporal, es decir, que el cuerpo se percibe más grande de lo que es, en la anorexia nervosa ésta es más drástica que en la BN.

- El objetivo en la anorexia nervosa es bajar de peso y en la BN es obtener un peso o figura ideal, generalmente poco realista en ciertos casos (p.14)

Diferencias de la BN y las personas con una alimentación normal

En la BN se presentan respuestas emocionales intensas antes, después y durante la comida a diferencia de la población normal, como exceso de ansiedad, temor culpabilidad o falta de control por la comida. También se come periódicamente en exceso, son frecuentes las purgas, así como los vómitos. Las personas con una alimentación normal pueden vivir sin complicaciones aunque, en ocasiones, se excedan en su ingesta sin sentirse obligadas a corregirlo (p.14).

1. 3.4 Problemas psicológicos en la BN

Entre los problemas psicológicos que se presentan en la BN de acuerdo con Sherman y Thompson (1999) están:

- Alta preocupación por la comida, la mayoría del tiempo sus pensamientos se concentran en la comida, cómo, cuándo comer, y dónde y cuándo vomitar, qué utilizarán para purgarse diuréticos, laxantes, pastillas dietéticas; si se hará ejercicio, o quizás ayunar o hacer dieta. Cuanto más se restringe la comida, el impulso por comer es más fuerte para excederse en la comida.

- Búsqueda del peso y figura ideales: se busca la esbeltez perfecta, esto puede impedir proseguir con la vida, como buscar trabajo, hacer amigos o tener novio.

- Baja autoestima. Se presenta una baja valoración sobre si misma, devaluación de su destrezas, habilidades o aptitudes

- Bajo control de impulsos. Existe una baja sensación de autocontrol, debido a que es difícil esperar por a premios, así como sus impulsos. El exceso alimentario es un ejemplo de la dificultad para controlar.

- Presencia de depresión, enojo y ansiedad. Éstos pueden ser manifiestos u ocultos y pueden combinarse.

- Pensamiento extremista. Existe un pensamiento del todo o nada. Todos los comportamientos y circunstancias o son buenos o son malos, no se conoce un punto intermedio. Es por lo anterior que las personas con BN se consideran o gordas o flacas.

Dificultad para expresar emociones En muchos casos, se debe al temor de perder la aprobación de los demás o el control (pp.19-22).

1.3.5 Síntomas dependientes de la cultura, sexo y edad

El DSMIV- TR (2002) indica que la BN en Estados Unidos se ha encontrado principalmente en individuos de raza blanca aunque no se descarta que se encuentre en otros grupos étnicos. Coincide con esto Smolak & Striegel – Moore (200, citado en Pearson, et al.) indicando que la dependencia de muestras clínicas a llevado a subestimar a los estratos socioeconómicos bajos y a las minorías étnicas, lo cual ha contribuido propiciado el mito de que los TCA son un problema de gente joven, rica y blanca. Sin embargo, las minorías étnicas, no son inmunes al desarrollo de este tipo de trastornos.

Medina–Mora et al. (2003) señalan que en la Encuesta Nacional de Epidemiología (ENEP) hecha por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la BN en México, en el caso de los hombres el 0.6% es decir estos presentaron alguna vez este trastorno en su vida, sin embargo la incidencia estuvo en ceros en los últimos 12 meses y de igual manera para los últimos 30 días en relación con la fecha en que se realizó dicho estudio. En el caso de las mujeres, 1.8 % presentaron el trastorno alguna vez, mientras que 0.8% lo padeció en los últimos 12 meses y el 0.5% en el último mes. Cifras totales indican que el 1.2% de la población mexicana presentó el trastorno alguna vez en su vida, el 0.4 % en los últimos 12 meses, y el 0.3% el último mes.

Se ha asumido que los TCA se originan en la adolescencia, aunque no existe un estudio representativo que se haya realizado con población adolescentes (Pearson, et al.). En México, de acuerdo con Medina–Mora et al. (2003) la edad promedio en la que inicia el padecimiento es alrededor de los 24.89 años.

1.3.6 Curso de la enfermedad

Este trastorno generalmente se inicia en la adolescencia o al principio de la vida adulta (DMIV-TR, 2002). El inicio de la bulimia generalmente se da con la realización de dietas, buscando reducir de peso. En ocasiones, se descubre accidentalmente la purga después de comer en exceso, como vomitar espontáneamente. Algunas se enteran de estos métodos a través de los medios de comunicación, paradójicamente, muchos de ellos buscan informar y prevenir al público sobre el peligro de estos

trastornos. Algunos individuos con BN se han enterado de estos métodos a través de la televisión o revistas. En un principio, las purgas se usan en raras ocasiones. Posteriormente, se recurre a ellas con mucha frecuencia, volviéndose compulsiva esta conducta, con falta de control sobre ella (Sherman y Thompson, 1999).

El curso varía, éste puede ser crónico o intermitente, en ocasiones puede haber remisiones. A largo plazo, en muchos individuos suelen disminuir los síntomas (DSMIV-TR, 2002).

1.3.7 Patrón familiar

“Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho” (DSMIV-TR, 2002, p. 562).

1.3.8 Efectos colaterales y médicos de la BN

Entre los trastornos médicos que se producen en los individuos que padecen BN de acuerdo con Sherman y Thompson (1999) se encuentran:

- Ciclo menstrual irregular. Puede haber variaciones en la frecuencia de la menstruación, e incluso amenorrea aun cuando exista un peso normal.
 - Problemas estomacales e intestinales. Dolor causado por el vómito, espasmos por el uso excesivo de laxantes, estreñimiento y diarrea, expansión del estómago por la sobreingesta de comida.
 - Cutis seco. Debido a la pérdida de agua o deshidratación, así como también al abuso de laxantes o diuréticos.
 - Enfermedades dentales y de las encías, erosión del esmalte dental y aumento de caries. Ocasionadas por los ácidos gástricos que se producen en el estómago y regresan a la boca por medio del vómito.
 - Desequilibrio de los electrolitos. Se da una reducción de potasio, cloruro y sodio los cuales normalmente proporcionan un adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo. Que pueden llevar a irregularidades cardíacas y ocasionar la muerte.
 - Tumefacción e inflamación (edema). Se produce una inflamación ocasionada por las purgas a las cuales le sigue un rebote que consiste en retener agua.
- Molestias en boca y esófago. Causadas por el vómito (pp.22-23).

Crispo, Figueroa y Guelar (1998) indican que otra repercusión de este trastorno es la inflamación de la glándula parótida (debajo de la mandíbula). Las glándulas salivales se inflaman como consecuencia del vómito, es decir, dan una apariencia semejante a las paperas.

1.4. OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.4.1 El Trastorno de conducta Alimentaria No Especificado (TANE)

De acuerdo con el Manual Diagnóstico Estadístico DSMIV-TR (2002), el cuadro clínico para el TANE es:

Se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria. Algunos ejemplos son:

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

1.4.2 Trastornos de la conducta alimentaria y el CIE 10

De acuerdo con el CIE -10 (1993) existen otros TCA entre ellos se encuentran:

A) *Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos*. Las investigaciones que quieren recurrir a esta categoría deben definir sus propios criterios. B) *Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos*. Los investigadores que quieren recurrir a esta

categoría deben definir sus propios criterios. C) *Trastornos de la conducta alimentaria, no especificado* (pp.146-147).

1.5 TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Calvo (2002) señala que por medio de los árboles de decisión se han evaluado diversas opciones terapéuticas valorando costos, probabilidad de éxito, determinando para que tipo de pacientes pueden ser empleados y cual debe usarse si otro falla. En este sentido, el tratamiento cognoscitivo conductual ha reportado gran eficacia, produciendo resultados positivos en la mayoría de los pacientes, aunque en casos más graves y resistentes, es necesaria una intervención de mayor duración o complementarla con otro tipo de psicoterapia.

A través de la terapia cognitivo-conductual se busca producir modificaciones en las conductas, creencias, actitudes y emociones que se encuentran distorsionadas.

Este tratamiento se divide en tres fases:

1. *Cuidados y protección*. Principalmente se protege la vida de la paciente, se incrementa la autoconciencia y se le promueven ciertos recursos. Se trata de establecer la colaboración de la paciente, a través del involucramiento que el terapeuta promueve en algunas decisiones sobre el tratamiento.

2ª. *Tratamiento*. Se corresponsabiliza a la paciente sobre su cuidado y se afianzan las habilidades de afrontamiento de la paciente. Se les puede mantener en tratamiento ambulatorio con atención psicoterapéutica.

3ª. *Prevención de recaídas*. Se busca mantener los resultados a lo largo del tiempo con el objetivo de evitar recaídas, evitando resurgir conductas anómalas o las que se mantienen abordarlas con un trabajo más profundo.

1.5.1 Tratamiento para AN

De acuerdo con Fernández (2001), durante el tratamiento es importante evaluar la situación particular de cada paciente. Dentro de éste se realiza un análisis conductual recabando información sobre el problema. Si el grado de desnutrición es alto, se debe enfatizar un tratamiento en el cual se promueva el aumento de peso.

También se le debe prestar atención al grado de motivación del paciente, así como a la frecuencia, intensidad y duración del trastorno alimentario (atracones, restricciones alimentarias, etc.), esclareciéndolo lo más posible las conductas de este tipo, así como las exacerbaciones de estas, circunstancia y temporalidad en la que se produjeron.

Posteriormente, a la recuperación-estabilización del peso, se inicia el restablecimiento psicológico. Para lo cual se han empleado diversos enfoques terapéuticos, tales como:

- Psicoterapia psicoanalítica breve. Es una psicoterapia breve, de tiempo limitado, semiestructurada, que no aborda temas como hábitos alimenticios y peso, en donde se focalizan aspectos como: el significado del síntoma consciente e inconsciente, la influencia del síntoma en las relaciones interpersonales del paciente, y como este también influye sobre la relación con el terapeuta.

- Terapia familiar. Es un tratamiento semiestructurado y de tiempo limitado, los objetivos que se persiguen son: esclarecer el problema, observar la sintomatología y determinar como ésta se relaciona con la funcionalidad, establecer como el ambiente familiar ha influido en la génesis del trastorno y a su vez como éste influye en el primero.

- Tratamiento psicoeducativo- conductal. Es un tratamiento estructurado y de tiempo limitado que consiste en regularizar los hábitos alimenticios. Para ello, se enfoca en controlar el peso y la frecuencia de la alimentación. Empleando elementos psicoeducativos, dentro de los cuales se encuentran la enseñanza en torno a la alimentación, el peso y las consecuencia de la desnutrición, así como el uso de técnicas conductuales tales como la autoobservación, el autocontrol y la exposición para prevenir respuestas (pp. 343-344).

- Tratamiento cognoscitivo-conductual. Fernández Aranda (2002) retomando a Fernández Aranda y Turon 1998) propone la siguiente estructura para un tratamiento individual Cognoscitivo conductual

Fase previa:

- orientación diagnóstica
- análisis funcional
- terapia motivacional
- orientación terapéutica

Fase I: psicoeducativa nutricionales

- objetivación de hábitos alimentarios y conducta de purga

Fase II; conductual

Fase III: cognoscitivo- Conductual

Fase IV: Factores de riesgo y prevención de recaídas.

En este modelo, la influencia social tiene un gran peso debido a que esta crea ideales de belleza y delgadez que llevan errores cognitivos que buscan la perfección en la imagen. Se emplean tanto técnicas cognitivas como conductuales para cambiar conductas y cogniciones erróneas en cuanto a la imagen, peso y autoestima.

1.5.2 Tratamiento para bulimia nervosa

Sherman y Thompson (1999) hacen la siguiente propuesta para el tratamiento de la bulimia. Ellos consideran que el procedimiento para tratar la bulimia debe buscar modificar los siguientes aspectos:

Psicoterapia

La psicoterapia debe intervenir sobre distintos aspectos conductuales, cognoscitivos y emocionales del trastorno:

❖ *Dentro del campo Conductual:*

- Reducción de los atracones y las purgas.
- Reducción de otras conductas compulsivas relacionadas con el peso, la forma de comer, entre ellas están el conteo de calorías, la realización de dietas, ejercicio excesivo y el pesarse continuamente.
- Reaprendizaje de conductas alimentarias:
 - * Planeación de comidas.
 - * Información para mantener una alimentación normal.
 - * Anulación de mito o malentendidos sobre la alimentación.

❖ *En el campo cognoscitivo*

- Reducción del menosprecio, insatisfacción y distorsión del cuerpo. Promueve que la paciente transfiera la importancia que le da a lo anterior por otros aspectos importantes de su vida, como la salud, las relaciones, la escuela y el empleo.
- Disminución de la actitud crítica hacia el propio cuerpo de la persona afectada.
- Entrenamiento en la toma de decisiones, en razón a que frecuentemente a las personas con esta patología les es difícil tomar decisiones por el miedo a desagradar a los demás.

❖ *La parte afectiva o emocional*

Es la más complicada de cambiar e importante. Entre los objetivos que se planean modificar se encuentran:

- Expresión de las emociones.
- Trabajo con la familia.
- Incremento de la autoestima, es decir, mejorar el cómo se siente consigo misma la paciente.

Tratamiento Médico

Se recomienda realizarle un examen médico al paciente con bulimia. Debido a que pueden existir alteraciones, aunque a simple vista no se observen. Además, es frecuente que los pacientes con este trastorno oculten sus padecimientos físicos a los médicos por vergüenza o bien por que se sienten incómodos de exponer su cuerpo.

❖ *Tratamiento farmacológico*

Muchos individuos afectados por este padecimiento no necesitan medicación. Sin embargo, en ocasiones los medicamentos son necesarios para tratar algunos aspectos psicológicos de este trastorno como la depresión, sobre todo cuando existe una historia familiar de depresión, o cuando la depresión ha sido una constante en el paciente a pesar de haber sido tratado con psicoterapia.

De acuerdo con Calvo (2002) es importante generar confianza en la paciente con BN. Algunas pacientes nunca han hablado de su problemática, por lo que está contraindicada una posición terapéutica inquisitoria. Se debe insistir en que el cambio debe ser gradual, de lo contrario, la paciente se decepcionará y abandonará el tratamiento. Todas las pacientes requieren información sobre la regulación del peso, el efecto del rebote en las dietas, respecto a la ineficacia del uso de laxantes, vómitos y diuréticos para producir cambios de peso estables, así como reestructuración cognoscitiva sobre algunas de sus creencias en torno a la perfección y a la confusión de una parte por el todo.

2. FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1 FACTORES DE RIESGO

Los trastornos de la conducta alimentaria son de difícil manejo, debido a que representan un problema que afecta diversos aspectos. Por una parte, ponen en peligro la vida de quienes los padecen, debido a la desnutrición y a las complicaciones derivadas de ésta, además de estar relacionadas con perturbaciones psicológicas y familiares. Entre las perturbaciones psicológicas se encuentran los trastornos de personalidad, la alteración de la imagen corporal, ansiedad, depresión, poca tolerancia a la frustración, etc. (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999).

Un factor de riesgo, es aquel que incide negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma” (Gómez Peresmitré, 2001, pp.20-21).

2.1.1 Clasificaciones de factores de riesgo

Existen diversas clasificaciones que se han hecho sobre los factores de riesgo. Autores como Patton, Jonson-Sabine, Word, Mann y Wakeling (1990, citado en Gómez Peresmitré, 1998a) señalan que existen factores predictores de los trastornos de la conducta alimentaria como: una conducta dietante y actitudes anormales hacia el comer.

Por su parte, Striegel-Moore, Silberstein y Rodin como Garfinkel, Garner y Goldbloom (1986, citados en Gómez Peresmitré, 1998a) dividen en tres categorías los factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, que toman en cuenta el inicio y la cronicidad: “factores socioculturales (en los que la delgadez es altamente valuada); factores individuales (desordenes psicopatológicos, desórdenes de personalidad, obesidad, diabetes) y factores familiares (estructura familiar estricta, sobreprotectora, psicopatología familiar)” (p.278).

Borel (2002) señala que el riesgo de padecer un trastornos de la conducta alimentaria es multifactorial, para lo cual retoma el modelo de Garner (1995). Este se subdivide en individual, familiar y cultural, tal y como se describe enseguida:

Entre los factores perpetuación se encuentran:

Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
<ul style="list-style-type: none">-Efectos del hambre.-Vómito autoinducido.-Problemas gastrointestinales.-Disfunción hipotalámica.-Perturbaciones cognitivas.-Perturbaciones preceptuales.-Dificultades interpersonales.-Factores de predisposición sin resolver.-Aumento secundario.-Presiones socioculturales.-Distorsión de la imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none">-Inestabilidad emocional.-Dificultades interpersonales.-Durante la comida: regulación de la tensión, expresión de la agresividad e impulsos eróticos, estrechamiento cognitivo y su disfunción, actos fuera de desafío, pérdida del control del pánico, miedo a ser descubierto.-Comportamiento de purgamiento: regulación de la tensión, inactividad durante la comida, expresión de la agresividad e impulsos eróticos, tratarse de controlar. Legitimación del atracón, penitencia-expiación de culpa, lograr mantener el control del peso.-Distorsión del hambre y saciedad.-Autodesprecio, culpa, vergüenza y ansiedad.-Distorsión de la imagen corporal y perturbaciones cognitivas.-Decaimiento y depresión-Enfermedades psíquicas-Factores de predisposición sin resolver.-Presiones socioculturales.

Fuente: Borel (2002, pp.134-135)

Los factores de riesgo que cita Turón (2003) retomando a Vandereycken y Noordenbos (1998) son:

Factores de riesgo

Vulnerabilidad constitucional:

Perfeccionismo

Menarquia temprana
Obesidad infantil

Carencias personales:

Autoestima baja
Expectativas altas
Socialización perturbada
Conciencia interoceptiva escasa
Trastornos afectivos
Trastornos personalidad
Problemas físicos

Factores familiares:

Educación inapropiada
Psicopatología padres
Traumas físicos y psíquicos
Preocupación de los padres por dieta y peso
Sobrepeso en padres

Influencia socioculturales:

La delgadez como belleza
La belleza clave del éxito
Importancia del peso y la silueta
Creencias particulares sobre el peso, figura y dieta
Insatisfacción con la propia imagen

Fuente: Turón (2003, p.453)

Diversos factores de riesgo han sido valorados en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo Mancilla, et al. (1999) realizaron un estudio en donde compararon dos grupos: uno sin trastorno (grupo control) y otro que presentaba trastornos alimentarios, una parte presentaba bulimia nerviosa y otra anorexia nerviosa. Se evaluaron factores como: *insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar, baja autoestima a causa de la imagen corporal, presión social, miedo a madurar, motivación para adelgazar, desconfianza interpersonal, ineficacia y perfeccionismo*. Entre sus hallazgos encontraron que:

- Factores como *insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar, baja autoestima a causa de la imagen corporal, insatisfacción corporal y presión social*, estaban relacionados con los trastornos alimentarios. Sin embargo, el factor *miedo a madurar* no presentó esta misma correlación. Es decir, la dependencia que se esperaba que las chicas presentaran hacia sus padres no resultó significativa, como, por ejemplo, el deseo de sentirse cuidadas y de parecer niñas frente a los demás, característica que se les había atribuido a personas con anorexia nerviosa (Kaplan & Sadock 1994, citado en Mancilla, et al. 1999).
- En la variable *Motivación para adelgazar*, el grupo con trastornos de la conducta alimentaria mostró mayor interés en esta, y a su vez fue mayor en el grupo de anorexia nerviosa que en el de bulimia

- Respecto a la *ineficacia y el perfeccionismo*, se encontró un mayor índice de éstos en el grupo con trastornos de la conducta alimentaria. En el caso del perfeccionismo, se acentuó más entre el grupo con anorexia que en el de bulimia, en cambio, el factor ineficacia predominó más en el grupo con bulimia (Mancilla, et al. 1999).
- En cuanto al miedo por establecer relaciones interpersonales íntimas (Garner, Olmsted y Polivy 1983 citado en Mancilla, et al. 1999), es decir, en cuanto al factor denominado *desconfianza interpersonal*, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con trastorno. Esto debido a que en la actualidad las exigencias de la vida, restringen la oportunidad de establecer relaciones interpersonales firmes.

Para fines del presente trabajo se empleará la clasificación que propone Gómez Peresmitré (2001) para quien los factores de riesgo pueden ser agrupados en función de sus relaciones, en cuatro grupos:

1) *Factores de riesgo asociados con imagen corporal*: alteración (sobrestimación /subestimación); preocupación corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa, peso deseado y atractividad ligada a la delgadez, figura real, ideal e imaginaria, satisfacción/insatisfacción.

- La alteración de la imagen corporal, consiste en la subestimación o sobrestimación del tamaño del cuerpo, sin llegar a perder contacto con la realidad. Es decir, en la alteración se presenta en un grado mucho menor al que se produce en la anorexia nervosa, ya que quienes padecen este trastorno, a pesar de presentar un estado de extrema delgadez, se perciben pasados de peso, por lo que continúan realizando restricciones alimentarias.

- Preocupación por el peso. Toro (1996) indica que tanto el deseo de una figura delgada, la insatisfacción con la imagen corporal y la alteración de esta misma pueden representar un factor de riesgo cuando se asocian con la preocupación por el peso. Por su parte, Gómez Peresmitré (1998a), realizó un estudio con preadolescentes, donde encontró que estos manifiestan demasiada preocupación por su peso, siendo este un factor de riesgo asociado con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.

- La actitud hacia la obesidad. Gómez Peresmitré (2001) menciona que las actitudes negativas hacia la obesidad representan factores de riesgo que incrementan las posibilidades de trastornos de la conducta alimentaria. En un estudio se les pedía a los

niños que determinaran que adjetivos correspondían a frases como “una niña gorda es...” a lo cual un 63% tanto de niños como de niñas las asocio con adjetivos negativos como asquerosa, prieta y tonta. Sin embargo, el 23% de los niños y el 19% de la niñas señalaron características más neutrales como “un niño gordo es...”: más grande, come más..., come alimentos con grasa. En cuanto a los adjetivos positivos como simpático, divertido y feliz fueron los menos empleados para calificar estas mismas frases.

2) Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: seguimiento de dieta restrictiva, atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de las comidas principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos que se consideran “engordadores”, es decir, de alto contenido calórico, así como el consumo de productos bajos en calorías llamados *light*.

Los factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria implican un mayor riesgo en comparación con los relacionados con imagen corporal, ya que éstos representan un problema de salud (Gómez Peresmitré, 2001).

3) Factores de riesgo relacionados con el cuerpo biológico: estos se refieren a los relacionados con el “peso corporal, talla, estatura, madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea” (Gómez Peresmitré, 2001, p.21).

4) Factores de riesgo relacionados con prácticas compensatorias “ejercicio excesivo (10 horas o más la semana), y uso de alguno de los siguientes productos con el propósito del control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua y fibra”(Gómez Peresmitré, 2001, p.22).

De acuerdo con Mancilla y colaboradores (1999), es importante resaltar que aún cuando los factores de riesgo tienen una estrecha relación con la aparición de un trastorno de la conducta alimentaria, no todas las personas que los presenten desarrollarán alguno. Además, es necesaria cierta estructura psicológica, así como baja autoestima, valoración excesiva de los modelos esbeltos, para que los factores de riesgo sean determinantes en la génesis de un trastorno de la conducta alimentaria.

2.2 LA ADOLESCENCIA COMO UN FACTOR DE RIESGO

Durante la etapa de la adolescencia se producen eventos que son difíciles de manejar, tales como la primera menstruación, cambios de escuela, modificación de la relación con los padres y de los vínculos con los compañeros, así como la presencia de dificultades familiares. Entre ellas se encuentran: inadecuados vínculos entre los miembros, padres obesos, familias que constantemente realizan dietas, adjetivos desvalorizantes entre los miembros de la familia. Además de las presiones socioculturales como ideales de belleza y delgadez, los que por lo regular se empatan con la felicidad y el éxito (Borel, 2002) convierten a este periodo en un factor de riesgo para la aparición de un trastorno de la conducta alimentario. Entre las influencias socioculturales se encuentran:

(1) el papel de los medios de comunicación, que continuamente los bombardean con mensajes que promueven estándares de belleza determinados,

(2) que para los adolescentes la opinión del grupo social al que pertenecen es de gran importancia, donde por lo regular se promueven ciertos prototipos de belleza (Izquierdo, 2003).

Cabe señalar que durante las dos últimas décadas se ha reportado un gran incremento en los trastornos de la conducta alimentaria entre los adolescentes (Pillen Taylor, Telch, Taylor, Maron y Robinsón 1986; Welch, Nidifer, Zager y Lyerla, 1992, citados en Mancilla, et al, 1999).

2.3 IMAGEN CORPORAL

2.3.1 Definición de imagen corporal

El concepto de imagen corporal tiene diversas denominaciones, entre ellas se encuentran: modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, esquema corporal o del cuerpo, imagen postural, límites del cuerpo, concepto corporal, experiencia del cuerpo, autoconciencia, identidad del yo (Raich 2000, citado en Cuquerella, Rojo y Sanguesa 2002; Izquierdo, 2003).

Para Cash y Pruzinsky (1990 citado en Gómez Peresmitré, 2001) la imagen corporal es la actitud que se tiene hacia la apariencia propia. Lo cual coincide con Izquierdo (2003) quien la define como “la visión que cada quien tiene de su apariencia física (positiva o negativa, perfecta o imperfecta), es decir, la visión que cada cual tiene de su presencia personal susceptible de ser físicamente percibida y valorada por las demás personas” (p.145).

Raich (2000) define la imagen corporal como "un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos" (p.25).

La imagen del cuerpo se le denomina a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias (Bruchon- Schweizer, 1992; Izquierdo, 2003).

2.3.2 Características de la imagen corporal

La adquisición de una imagen del cuerpo se da de manera progresiva y por medio de múltiples experiencias, entre ellas se encuentran las visuales, fisiológicas, cinestésicas, cognoscitivas, afectivas y sociales (Bruchon-Schweizer 1992; Izquierdo, 2003).

En adición a lo anterior, el cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza y de rol, es decir, por una imagen corporal ideal, por lo que imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa de lo que se tiene con lo que se esperaría (Bruchon Schweizer 1992; Izquierdo, 2003; Toro 1996).

Cabe mencionar que la imagen corporal implica más que una simple percepción visual del cuerpo. Al mismo tiempo que el cuerpo es objeto de percepción, es parte del sujeto perceptor, por lo que la percepción que se tiene de éste se encuentra íntimamente relacionado con los conflictos y estados de ánimo del ser humano (Cuquerella, et al, 2002). Entre las experiencias que configuran la imagen corporal se encuentran "la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención (Gómez Peresmitré, 1998b).

De acuerdo con Bruchon-Schweizer (1992) existen dos tipos de percepciones del cuerpo:

1) *La imagen espacial* que se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo, en las últimas se estiman la distancias, proporciones y orientaciones del cuerpo o de sus partes.

2) *La imagen afectiva* en la que se consideran las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo, así como el contraste de ellas con ciertas

normas. Es decir, pueden implicar satisfacción corporal, y el atractivo del cual se considera poseedor un individuo independientemente de que otras personas lo consideren así.

Los modelos actuales abordan la imagen corporal desde tres perspectivas que son:

- ❖ *Componente emocional*, el cual se refiere a los sentimientos emociones y actitudes que se tienen hacia el cuerpo.
- ❖ *Componente perceptivo*, consiste en la exactitud con la que el sujeto percibe sus dimensiones
- ❖ *Componente conductual*, que surge como resultado del componente emocional y perceptivo, resulta de lo dos componentes anteriores (Cash y Brown, 1987; Garfinkel y Garner, 1997; Rosen 1996; Rushford y Ostermeyer, 1997; Slade, 1994; citados en Cuquerella, et al, 2002).

2.3.3 Métodos que evalúan la imagen corporal

Métodos que miden el componente perceptivo

a) Evaluación global de la imagen corporal: Dentro de este rubro se encuentran aquellos que evalúan de manera global la percepción del cuerpo, ejemplos de ellos son los que se presentan a continuación:

- *Técnica de distorsión de imágenes*: Se le presenta al sujeto una imagen de sí mismo con la misma altura, a la cual se le puede hacer más o menos ancha. Las técnicas pueden variar, por ejemplo, se pueden emplear imágenes de video, que el sujeto modifica haciéndolas más endomórfica, mesomórfica o ectomórfica. Se le solicita al evaluado que indique que imagen es más adecuada a su realidad y a su imagen ideal (Cuquerella, et al, 2002).

- *Siluetas*: Es la técnica más empleada para evaluar la imagen corporal debido a su sencillez de aplicación, así como a su menor impacto emocional en comparación con la distorsión de imágenes (Raich, 2000). Consiste en presentar varias figuras estandarizadas que varían en anchura, pero no en altura. Se le pide al sujeto que identifique cual es la que mas se parece a su estado actual y cuál es la figura ideal que desearía tener (Cuquerella, et al, 2002).

b) Evaluación de partes concretas del cuerpo. Al sujeto se le pide que evalúe diferentes partes del cuerpo, sobre todo aquellas que son con mayor frecuencia

preocupantes como la cintura, abdomen, caderas, nalgas y pechos (Cuquerella, et al, 2002).

Métodos que evalúan el componente afectivo

Raich (2000) establece la siguiente clasificación de instrumentos en la tabla que se presenta continuación en la que se evalúa el componente afectivo:

Área a evaluar	Método de evaluación
Afectiva	<p>BPSS – <i>Body Parts Satisfaction Scale</i> (Cash, 1990), Escala de Satisfacción de Áreas Corporales.</p> <p>DTS – <i>The Distressing Situations Test</i> (Cash, 1990). Inventario Situacional de Ansiedad ante la Imagen Corporal.</p> <p>Subescala del EDI de Insatisfacción Corporal (<i>Eating Disorders Inventory</i>, Garner, Polivy y Olmstead, 1983).</p> <p>Entrevista BDDE (<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> de Rosen, Reiter y Orosan, 1995).</p> <p><i>Esacle Yale-Brown</i> modificada para el Trastorno Disomórfico (Phillips, 1996).</p> <p><i>BSQ-Body Shape Questoinnaire</i> (Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor, 1987).</p> <p>CIMEC- <i>Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal</i> de Toro (Salamero y Martínez, 1994).</p> <p>MBSRQ – <i>Multidimensional Body Shape Relation Questionnaire</i> (Cash, 1990).</p> <p>Esclas de <<siluetas>> o de figuras.</p> <p>BCS – <i>Body Cathexis Scale</i> (Secord y Jourard, 1953).</p> <p>BAQ – <i>Ben – Tovim Walker Attitudes Questionnaire</i>.</p> <p>OSIQ – <i>Offer Self – Image Questionnaire</i> (Offer, Ostrov y Howard, 1982).</p> <p><i>Body Esteem Scale</i> (Mendelson & White, 1982).</p>

Fuente: Raich(2000, pp.99 – 100).

❖ Escala de siluetas

Consiste en dar a elegir a los sujetos entre figuras muy delgadas y muy gruesas (método de siluetas) cuál es la que les gustaría poseer y cuál es la que tienen, y la diferencia se ha interpretado como insatisfacción con la imagen corporal, y cuando no existen, es decir, son iguales a cero indican que existe satisfacción (Gómez Peresmitré, 1993,1999,2001; Gómez Peresmitré 1998a; Gómez Peresmitré, et al, 2001; Raich 2000 citado en Cuquerella, et al, 2002). El deseo de poseer un cuerpo más delgado se interpreta como que existe una insatisfacción positiva, y la intención de tener cuerpo más grueso que hay insatisfacción negativa (Gómez Peresmitré,1998a; Gómez Peresmitré, 2001).

Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Pineda, y Tafoya (2000) evaluaron psicométricamente el método de la siluetas en dos diferentes modalidades: una computarizada y otra en papel y lápiz, encontrando resultados aceptables para estas dos formas de aplicación. En el método computarizado existe una mayor flexibilidad de la variación en el ancho de la silueta, el sujeto evaluado crea directamente la imagen que desea tener y la que cree tener, esta modalidad permite al sujeto tener una mayor independencia respecto al aplicador, además de evaluar más exhaustivamente variables como satisfacción, alteración figura ideal, figura actual, autopercepción del peso corporal, Índice de Masa Corporal, peso y talla, de partes corporales como la cara, busto, cintura, estómago, glúteos, etc. Por otra parte, en la forma de lápiz y papel, el sujeto elige entre una serie de siluetas cuál es la que desearía poseer y cuál se le parece en el momento de la evaluación y si no encuentra una a su gusto puede dibujar una. Presenta la ventaja de ser de aplicación colectiva, sencilla y de menor costo.

Métodos que evalúan el componente conductual

Raich (2000) establece la siguiente clasificación de instrumentos que evalúan el componente conductual:

Área a evaluar	Método de evaluación
Conducta	Cuestionario BIAQ – <i>Body Image Avoidance Questionnaire</i> (Rosen, Salzberg, Salzberg, Srebnik, y Went, 1990). Entrevista BDDE (<i>Body Dysmorphic Disorder. Examination</i> , de Rosen, Reiter y Orosan, 1995). <i>Escala Yale – Brown</i> modificada para el Trastorno Disomórfico (Philips, 1996). Autoobservación y registro.

Fuente: Raich (2000, p. 100)

2.3.4 Imagen corporal en el adolescente

Durante la adolescencia es de gran importancia la imagen corporal. En este periodo se producen ciertos cambios como: la conciencia de sí mismos se intensifica ocasionada por los radicales cambios físicos que experimentan los adolescentes en su cuerpo, también se observa un incremento en la capacidad de introspección, aunado a la importancia que le da su grupo de compañeros a los rasgos físicos, así como la promoción de ciertas normas de belleza en el medio cultural (Izquierdo, 2003).

La idea que tenían de sí mismos se modifica, así como la percepción de su imagen corporal (Delval, 1994). Dupont (1976) al respecto indica que “los cambios internos propician que la imagen corporal se transforme con celeridad, a lo cual contribuye de manera importante el impacto de sensaciones corporales internas que se viven como experiencias perturbadoras” (p.256). El nuevo cuerpo que experimentan se les presenta como algo extraño, llevándolos a realizar continuas evaluaciones de su imagen corporal, comparándola con la de sus compañeros (Izquierdo, 2003). Frecuentemente, los cambios en los adolescentes no se presentan al mismo tiempo, por ejemplo, para algunos es inquietante no crecer a la misma velocidad que sus coetáneos, albergando el miedo a quedarse pequeños. Por lo general, el adolescente realiza evaluaciones en extremo polares de sí mismos, pueden percibirse excepcionales o sentirse demasiado inferiores con respecto a sus compañeros (Delval, 1994).

También es muy importante la opinión que los demás tienen de cada adolescente, entre ellas se encuentran el cómo lo ven, por lo que frecuentemente puede sentirse el centro de las miradas. El autoconcepto se va formando en torno a sus propias aspiraciones, y a lo que los demás le devuelven de su imagen. Aunque esa imagen reflejada es muy importante, en ocasiones puede presentar deformaciones tremendas (Delval, 1994). Además, es importante señalar que los adolescentes forman sus aspiraciones, en parte, por lo que ellos consideran una imagen corporal ideal producto de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas reales o imaginarias. En este sentido, es muy importante el papel que los medios de comunicación masiva desempeñan sobre la construcción de este ideal, debido a que en éstos se exponen cuerpos “perfectos”, poco realistas, descalificando características físicas distintas a las que allí se presentan (Izquierdo, 2003).

Entre las condiciones que más influyen en la imagen que tienen de sí mismos los adolescentes (Izquierdo, 2003) se encuentran: el crecimiento físico, el aspecto físico, el atractivo sexual, los nombres y apodos, las relaciones familiares, y los amigos.

Cabe mencionar que incluso una de las principales dificultades para adaptarse social y psicológicamente, es el excesivo interés por su apariencia corporal. Las desadaptaciones se llegan a producir cuando los adolescentes se perciben fuera de las normas del grupo al cual pertenecen, ya sea por la estatura o por su configuración corporal, que por lo general producen baja autoestima (Izquierdo, 2003).

2.4 FIGURA IDEAL

Se produjo un significativo decremento de las medidas corporales en los modelos de los años 60's a los 90's (Spycel, Gray y Ahrens, 2004). Seifert (2005) señala que la tendencia de medidas cada vez más delgadas en los modelos se ha ido incrementando gradualmente, a partir de los años 50's.

Actualmente, en la sociedad occidental se ha generado un culto a la belleza, que promueve la búsqueda de un cuerpo ideal que funcione a la perfección, sin marcas, olvidándose de la naturaleza finita del cuerpo (Lang, 1998). El cuerpo ideal simboliza autocontrol, disciplina, trabajo duro y éxito. En cambio, aquellos que no lo tienen se les considera, perezosos, carentes de fuerza de voluntad, irresponsables, e inmorales (Brownell, 1991, citado en Trottier, Polivy & Herman, 2005).

Es importante mencionar que la introyección del deseo de una figura ideal tan delgada que pudiera calificarse como anoréxica, propiciada por el contexto sociocultural, es otro

importante factor de riesgo, que incrementa la probabilidad de aparición de trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Peresmitré, 2001; Gómez Peresmitré, et al, 2001). Cabe señalar que las medidas y las expectativas corporales de las mujeres que participaban en concursos de belleza y en revistas como *Playboy* disminuyeron paulatinamente. Paralelamente, aumentaron el número de anuncios acerca de dietas restringidas (Garner y Garfienkel, 1980; Wiseman, Gray, Mosimann y Ahres, 1992 citado en Vázquez, Álvarez, Mancilla, Raich, 1998), y el número de trastornos alimentarios (Seifert, 2005). Por otra parte, se ha encontrado que en las mujeres a medida que aumenta su edad, desean ser más delgadas. En un estudio se encontró que el 50 % de las niñas de 6 a 9 años deseaban ser más esbeltas, mientras el 77% de las adolescentes de 13-19 años presentaban este mismo anhelo (Gómez Peresmitré, 2001; Gómez Peresmitré, et al, 2001).

2.5 CUERPO REAL- CUERPO PERCIBIDO

De acuerdo con Gómez Peresmitré (2001) *el cuerpo real* implica el peso, la talla, la forma del cuerpo, el tamaño, el índice de masa corporal que un individuo a través de medidas objetivas presenta. En cambio, *el cuerpo percibido* está relacionado con la autopercepción del peso, tamaño y forma corporal, autoevaluación de atributos personales, percepción de los otros, peso deseado y peso actual. Es decir, está relacionado con lo que un individuo advierte subjetivamente de sí mismo.

Es importante la percepción que cada persona tiene de su cuerpo (Tucker, 1982, citado en Bruchon-Schweizer 1992) ya que se ha encontrado, al menos en población masculina, que el mejor indicador de la satisfacción corporal es el cuerpo que percibe cada sujeto y no el cuerpo real que posee. Coinciden con lo anterior, Berscheid, Walster y Bohrnstedt (1993, citado en Bruchon Schweizer, 1992) quienes señalaron que los sujetos que se consideran más atractivos son los que sienten más satisfechos con su cuerpo, independientemente de que la evaluación hecha por otros no corresponda con su percepción. Es decir, predice con mayor seguridad el sentirse bien consigo mismo que el ser realmente bello. Asimismo, Mitchell y Orrt (1976 citado en Bruchon Schweizer, 1992) señalaron que la belleza estimada por el propio individuo es un componente principal de la autoestima, más que el atractivo físico que estime un observador externo.

Por su parte Gómez Peresmitré (1998b) confirmó en una muestra de 162 mujeres adolescentes que es más importante para que se produzca satisfacción corporal la

autopercepción que tiene una persona sobre su cuerpo que la realidad objetiva sobre este último.

2.6 SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La satisfacción corporal consiste en la evaluación global del propio cuerpo con respecto a ciertas normas o ideales de belleza, después de esta apreciación se puede experimentar placer o sufrimiento, así como amor u otros sentimientos hacia el propio cuerpo (Bruchon- Schweizer, 1992).

Por medio de la distancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal se puede predecir el grado de insatisfacción corporal de un sujeto, la cual puede influir sobre diversos conceptos de sí mismo, así como propiciar la presencia de ciertos trastornos emocionales (Bruchon- Schweizer, 1992).

Cabe mencionar que la insatisfacción con la imagen corporal puede actuar como un factor de inadaptación social debido a que repercute sobre la autoestima, el aislamiento social, limitando intereses, conduce a efectuar dietas restrictivas, ejercicio excesivo, o realizar conductas compensatorias como diuréticos, laxantes, vómito autoinducido (Gómez Peresmitré, 2001).

Gómez Peresmitré (2001) encontró al evaluar la insatisfacción producida por el deseo de ser más delgada, en una muestra de mujeres adolescentes que el porcentaje de insatisfacción entre niñas de 6-9 años fue de un 41%; entre los 10-12 años fue del 41%, y el 50% para el rango entre los 13-19 años. En cambio, el porcentaje de insatisfacción debido al deseo de ser más gruesa fue el siguiente para las niñas de 6-9 años de 20%, entre los 10-12 años el 22% y para los 13-19 años el 24%. En la muestra de sexo masculino los resultados fueron los siguientes: a) La insatisfacción ocasionada por el deseo de ser más delgado, entre la edad comprendida entre los 6 a 9 años fue de 39%, entre los 10-12 años de 28% y entre los 13-19 años fue de 28%. b) La insatisfacción producida por el deseo de ser más grueso se distribuyó en el siguiente orden: entre los 6-9 años era del 23%, entre los 10-12 años el porcentaje fue de 35% y para el rango de edad de 13-19 años fue de 40%. Se han hallado resultados similares en otras investigaciones con niñas y adolescentes mujeres en México (Gómez Peresmitré, 1999, Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Cabe señalar que una imagen corporal negativa se relaciona con problemas asociados con trastornos de la conducta alimentaria, baja autoestima, ansiedad social, depresión e inhibición sexual (Cash, 1990,1996; Cash & Deagle, 1997; Cash & Grant,

1996; Thompson, 1999 citado en Levin & Cash, 2000). Coincide con lo anterior Gómez Peresmitré (1998b) quien indica que la satisfacción corporal tiene un papel mediador, es decir cuando se controla esta variable se pierde la relación entre cuerpo percibido y trastornos de la alimentación.

2.6.1 Autoestima

La autoestima de las mujeres está en gran medida influenciada por su apariencia física (Rolls, Fedoroff y Guthrie, 1991; Rosen 1990; Striegel- Moore, 1993 citado en Vázquez, et al, 1998). A las mujeres les afecta mucho más que los varones los estándares de belleza, debido a que los hombres conciben su cuerpo como una herramienta para el medio ambiente: en cambio, las mujeres aprenden que su cuerpo está hecho para atraer a los demás (Stephens, Hill & Hanson, 1994, citado en Groesz, Levine, & Murnen, 2002).

La socialización de las mujeres se produce en torno a verse a si mismas como objetos que deben ser vistos y evaluados, por lo que existen mayores posibilidades de experimentar vergüenza y ansiedad cuando no se tiene la apariencia perfecta (Frerickson & Roberts, 1997 citado en Groesz, et al, 2002). Coinciden en lo anterior Mintz y Betz (1998, citado en Gómez Peresmitré, 2001) quienes señalaron que las mujeres que presentan desordenes más severos, son mucho más susceptibles de poseer una imagen corporal negativa de si mismas, así como de aceptar con mayor facilidad ciertas creencias estereotipadas socioculturalmente que propicien la delgadez.

Cabe señalar que generalmente los individuos son poco concientes de su atractivo físico (belleza subjetiva), en comparación con lo que otros perciben de ellos, lo cual se acentúa mucho más en las mujeres (Murstein, 1972, citado en Bruchon-Schweizer, 1992).

2.7 LA INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

2.7.1 Publicidad

De acuerdo con O'Guinn, Allen y Senenik (1994) "La publicidad es un esfuerzo pagado, transmitido por medios masivos de información con objeto de persuadir" (p.6). Es decir, la información que se trasmite a través de ésta es pagada por una empresa con el objetivo de ser difundida a través de los medios de comunicación, buscando llegar al mayor número de personas posibles, persuadiéndolas para que adquieran productos o servicios.

Cabe señalar que la publicidad ha creado nuevas necesidades para las cuales también ha creado satisfactores, que las personas demandan sea cual sea su precio. La publicidad es una educadora que “introduce costumbres, alimenta hábitos, desarrolla el lenguaje, impone modas, promueve deportes, genera nuevas necesidades que inciden en los desarrollos cultural, industrial, económica y social” (Beltrán y Cruces, 2003, p.22). El ser humano considera e impulsa a la publicidad como una necesidad socialmente vital, que modela la ideología de los pueblos y de los individuos.

El publicista, por medio del conocimiento del hombre, de sus costumbres y sus tradiciones, orienta sus mensajes a un público que realmente le interese (Beltrán y Cruces, 2003), además es importante considerar variables como la inteligencia, la autoestima y la cantidad de conocimientos que tiene la audiencia para la planificación de estrategias persuasivas (Briñol, De la Corte y Becerra, 2001).

2.7.2 Medios de comunicación

Los medios de comunicación (O’Guinn, et al, 1994) son herramientas, por medio de cuales se difunden mensajes que llegan a un número muy grande de personas; son un fenómeno sociológico que crea y desarrolla frecuentemente instrumentos de socialización; son generadores de nuevas ideas y ejercen una poderosa influencia en las conductas del binomio consumidor-producto (Beltrán y Cruces, 2003).

Actualmente, el ser humano se expone continuamente a los medios, en las mañanas puede leer el periódico, en el día puede escuchar el radio ya sea en el automóvil, en su trabajo o en su casa, además por las noches ve la televisión (Beltrán y Cruces, 2003).

Castellblanque (2001) clasifica a los medios de comunicación en: medios de comunicación *convencionales* y *no convencionales*. Los primeros incluyen a la prensa, la radio, la televisión, el cine y el medio exterior; los segundos comprenden el *marketing* directo, la publicidad en punto de venta, el patrocinio, el *sponsoring*, las ferias y las exposiciones, los regalos y los objetos publicitarios, las promociones de ventas, las relaciones públicas e Internet.

2.7.3 Publicidad televisiva

Debido a las nuevas tecnologías, la televisión posee una gran influencia, sobre todo por el poder que ejercen las imágenes sobre las personas (Figueroa, 1999). Fuenzalida (2004) indica que la televisión es un medio que trasmite programas muy diversos tales como noticieros, documentales, telenovelas, series, eventos deportivos, comerciales,

programas humorísticos. Esta diversidad que se presenta en la televisión permite establecer diversas relaciones con el televidente.

La televisión ha retomado ciertas manifestaciones culturales que resultan atractivas como las que se emplean en el teatro, el cine, la moderna narrativa y la novela policial, recurriendo a la técnica dramática, así como también a la música y el sonido, quienes tienen una función emotiva, así como el interés que despiertan la redundancia de ciertas series donde la trama gira en torno a las habilidades puestas en pugna, la astucia, la competencia, la maldad, la ansiedad, el rechazo, etc. (Fuenzalida, 2004).

Castellblanque (2001) señala que los distintos estilos que se utilizan en la publicidad televisiva son: *spot* que es una película corta con una duración de 10 a 90 segundos, *publireportaje* el cual tiene una duración de minuto, minuto y medio y tres minutos, *infomercial* que consiste en una película en la cual se describe un producto, tiene una duración de media hora, *patrocinio* en esta modalidad un anunciante patrocina a un programa determinado, *sobreimpresión (supers)* se utilizan textos breves o símbolos, insertados en la parte inferior en algunos programas.

De acuerdo con Velilla (1970) la publicidad en televisión llega en forma de comerciales, en donde el televidente se sumerge en la atmósfera emocional que proporciona el comercial, experimentando por medio de la fantasía y de la alucinación los productos que este anuncia. Con la alucinación se conjugan una variedad de procesos de percepción y de asimilación, además de agregarle la participación emocional del televidente, así como su experiencia personal a la marca del producto y sus posibles beneficios, que lo hace sentir una satisfacción casi real del mismo, dejándolo con una gran necesidad de obtenerlo.

Frecuentemente, la información del comercial se retiene como impresión general, sin recordar exactamente lo que lo hace agradable o desagradable. Lo cierto es que existe una interacción entre el televidente y el anuncio, en donde el segundo trata de llamar la atención del primero. Es decir, el televidente reconoce y sabe de que tratan los comerciales, lo cual se consigue debido a que las escenas están ordenadas de tal manera que se produzca el estado de ánimo que desea. El mensaje tiende a adaptarse al estado anímico del telespectador, dicho estado puede estar presente antes, siendo un producto del programa anterior o estar latente en el televidente. Cabe resaltar que los publicistas toman en cuenta las experiencias del público al cual se dirigen, por lo que utilizan símbolos universales, es decir, sin una interpretación particular para cada persona; aunque esto en realidad en ocasiones puede ser incierto, por lo cual los publicistas

frecuentemente insertan el comercial en un programa determinado para que éste cree una atmósfera, y por lo tanto, este presente en las personas el estado anímico adecuado, para dar paso al mensaje que se desea transmitir (Velilla, 1970).

Las personas se meten tanto en la trama del comercial o programa, que llegan al grado de identificarse con los personajes; cuando no es así, simplemente pasan inadvertidos provocando indiferencia. Para que se produzca la conducta de compra es necesario que el espectador se identifique y participe emocionalmente en la trama (Velilla, 1970).

Lo anterior conduce a que, en ocasiones, se adquieran artículos innecesarios como lo señala Velilla (1970), pero que sólo se compran por el gusto de hacerlo. Sin embargo, hay quienes adquieren productos por el gusto de usarlos o exhibirlos, como es el caso de la ropa, un ejemplo de esto es el caso de las señoras que viven por medio del comercial “el abrigo” que les hará superar a sus amigas, o del niño que anhela una bicicleta y que al verla en el comercial experimenta la sensación de manejarla, incluso se imagina sorteando obstáculos en una carrera imaginaria.

Cabe señalar que en la mayoría de los países las personas pasan en promedio 6 horas al día frente al televisor, de las cuales 72 minutos son comerciales, obteniendo 500 minutos por semana, minutos que al mes son 2,100 y al año 26,000 minutos de publicidad. Si esta publicidad fuera transmitida por día de manera consecutiva, estaríamos hablando que en 18 días de 24 horas cada uno, aparecería un comercial tras otro. Lo anterior pasa inadvertido para los televidentes, sin percatarse de que se está expuesto a más de 60,000 comerciales que tratan de llamar la atención, los cuales se encuentran en una competencia continua, en la cual uno de cada veinte moviliza a la compra (Velilla, 1970).

Por su parte en México los niños pasan más tiempo viendo televisión que en la escuela, cifras del INEGI (2000, citado en Villamil, 2002) indican que en promedio ven televisión aproximadamente dos mil horas al año, mientras que asisten a la escuela sólo 700 horas.

2.7.4 Los mensajes de los medios de comunicación como un factor de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Estereotipo delgado

“Las modas son generadas por industriales que buscan diversificar sus productos y sus mercados y naturalmente se apoyan en la publicidad llevada al cine y a la televisión

para lanzar modas, imponer costumbres, difundirlas y sostenerlas” (Beltrán y Cruces 2003, p.23). Ferrés (1994) señala que los medios de comunicación, van transformando a las personas, debido a que la tecnología provoca cambios psicológicos que se originan por las necesidades que los medios crean; modificando sus gustos, preferencias y la manera en que se percibe el entorno.

La imagen es una manifestación de un estereotipo, y algunas de estas imágenes son desviadas a la parte inconsciente. Resulta indispensable destacar, que la parte conciente del pensamiento, diferencia y realiza juicios, por tal razón el publicista diseña los anuncios con la finalidad de que queden registrados en el inconsciente de las personas, en donde no serán valorados o diferenciados hasta que estas tengan que realizar una compra (Wilson, 1988).

Los medios de comunicación tales como los impresos, la radio y televisión, son un canal de información que también contribuyen al consumismo, por medio de series de televisión que imponen modelos de belleza e imágenes corporales delegadas (Ferrer, 1996; Toro y Villardell, 1987), en este sentido “el atractivo físico es uno de los señuelos que más veces emplean los publicistas para agradar su audiencia” (Briñol, De la Corte, y Becerra, 2001, pp. 60).

En los medios de comunicación se promueve estándares de belleza física, convirtiendo al cuerpo en un objeto al que hay que cuidar perfeccionar y explorar; creando un culto a determinados estereotipos, a los cuales aspiran muchos individuos. El modelo atlético y juvenil constituye el ideal de muchas generaciones. La publicidad fomenta la realización de dietas restringidas, aerobics, cirugías estéticas, alimentos *light*, para alcanzar el sueño de la eterna juventud (Izquierdo, 2003), así como también la venta de productos cosméticos. En los medios de comunicación construyen esperanzas y altos estándares que promueven el ideal delgado y la pérdida de peso (Killbourne, 1999; Levine & Smolak, 1996; Pollay, 1986 citado en Groesz, et al, 2002; Monro, & Huon, 2005).

En esta sociedad, donde la economía es de libre mercado, el culto al cuerpo ha constituido una nueva mercancía (Izquierdo, 2003). En resumen, la mercadotecnia introduce frecuentemente modas, por ejemplo, al crear la imagen de ciertos artistas, creando un arreglo y atuendo particular que influye sobre los espectadores de todas las clases sociales, al grado que la modificación del cuerpo se ha convertido en una industria (Beltrán y Cruces, 2003).

Las modelos que se presentan tanto en pasarelas, revistas, televisión y carteles, se convierten en el modelo estético corporal. Sin embargo, la esbeltez de las modelos en

muchas ocasiones cruza la línea de lo patológico: se calcula que del 20 al 50% de ellas presentan trastornos alimentarios y hacen dietas. Por ejemplo, la *top-model* Claudia Schiffer se impone regímenes de 458 calorías para mantenerse delgada. En concursos como "Mis América" y la revista Playboy, las participantes cada vez tienen un cuerpo más tubular y delgado, contraponiéndose a la silueta natural de la mujer americana. Todo lo anterior ha influido de manera dramática entre las mujeres, o quienes poseen una autoestima baja y que depositan en su silueta y su cuerpo su valía (Toro, 1996). Muchas jóvenes buscan ser lo más delgadas posibles, este cambio tan radical mas que por necesidad, ha ocurrido como resultado de la publicidad (Beltrán y Cruces, 2003).

Trastornos de la conducta alimentaria y la influencia medios de comunicación

Con la globalización, los valores transculturales se han diseminado a través de la comunicación social, en donde se hace presión para mantener una silueta delgada. Por ejemplo, en México una importante tienda departamental, presentó un mensaje publicitario en la que una mujer indica que prefiere "decir su edad que su talla" (Gómez Perezmitré, 2001).

Shaw (1995, citado en Carrillo 2003) concluyó que existía cierta relación entre los medios de comunicación y los trastornos de la conducta alimentaria, a consecuencia de que las mujeres que aparecen en revistas de moda son muy delgadas. Cuando se le muestra al individuo ciertos modelos estéticos, éste se compara con ellos, produciéndole insatisfacción con su propio cuerpo para posteriormente, buscando remediar esto a través de dietas, cirugías, etc. (Rovaletti, 1998).

Se ha encontrado que las mujeres que prestan mayor atención a su apariencia física son más susceptibles a los mensajes en los que se destaca la apariencia y el atractivo físico (Lavin & Cash, 2000). Coinciden con esto Wilcox & Laird (2000) quienes señalan que los mensajes en donde aparecen modelos delgados producen baja autoestima e insatisfacción con el peso.

A pesar de que la imágenes que presentan figuras idealizadas en los medios de comunicación afectan a la imagen corporal de las mujeres jóvenes, existen diferencias individuales sobre la vulnerabilidad hacia éstas (Monro, & Huon, 2005). Cattarin, Thompson, Thomas y Williams (2000 citado en Monro, et al, 2005) y Pinhas, Toner, Garfinkel y Stuckless (1999 citado en Monro, et al, 2005) determinaron que después de exponer a un grupo de mujeres estudiantes a imágenes que idealizaban el cuerpo delgado se produjo insatisfacción corporal y un afecto negativo en comparación con un

grupo control. Por su parte, Groesz, et al, (2002) reportan en una investigación hecha por éstos que después de ver imágenes en los medios sobre siluetas ideales tuvieron un efecto negativo sobre su imagen corporal, lo cual produce insatisfacción.

En consecuencia con lo anterior, Cantor (1997 citado en Joshi, Herman, & Polivy, 2004) señala que leer revistas de moda se encuentra asociado con la insatisfacción corporal y el apego a la delgadez. Harrison y Carton (1997 citado en Groesz, al., 2002) encontraron que tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos alimenticios las mujeres quienes leen más revistas con especial orientación al cuidado del cuerpo y a la moda. Sin embargo, no reportaron esta misma relación con la exposición a la televisión. Por su parte, Stice, Schupack-Neuberg, Shaw & Stein (1994 citados en Groesz, et al, 2002) reportaron que los sujetos que se habían expuesto a revistas y televisión durante el mes anterior, habían aumentado su nivel de insatisfacción y la sintomatología en trastornos de la conducta alimentaria. Coincide con lo anterior un estudio reportado por Tiggemann & Slater (2003) en donde encontraron que los videos musicales que enfatizan el ideal delgado en las mujeres incrementan la comparación entre éstas y esos modelos, así como la insatisfacción corporal; es decir, se demostró que los contenidos de la televisión tienen el potencial de producir efectos negativos sobre la imagen corporal en las mujeres.

Varios estudios han asumido que todas las mujeres responden de la misma forma a las imágenes de cuerpos delgados (Joshi, et al, 2004.); sin embargo, los resultados de diversos estudios sobre los efectos de exponer a las personas a imágenes de cuerpos muy delgados son contradictorios (Groesz, et al, 2002). Muestra de ello es lo que indican autores como Warren, Strauss Taska y Sullivan (2005), quienes señalan que los comerciales que promueven el ideal delgado no produjeron modificaciones en la alimentación en un grupo que presentaba una conducta alimentaria altamente restrictiva, pero si en mujeres que mantenían una baja restricción alimentaria. Incluso, la autoimagen y la autoestima social se vio favorecida después de exponerse a imágenes de cuerpos delgados en comedores restrictivos, en comparación con el grupo control, en tanto que los comedores no restrictivos no afectaron su autoimagen y su autoestima social después de exponerse a este tipo de mensajes, aunque si su apariencia autoestimada después de observar estos mismos anuncios.

Otra forma en que las imágenes de los medios pueden influir sobre las personas para que éstas realicen dietas y se presenten trastornos de la conducta alimentaria, es cuando éstos inflan las expectativas sobre la realización de dietas, debido a que en las revistas,

anuncios y televisión se muestran mujeres ultradelgadas que son agradables y exitosas, por lo que las espectadoras asocian el tener una silueta delgada con llevar a tener una vida globalmente satisfactoria (Malkin, Wornian & Chrisler 1999 citado en Trottier, Polivy & Herman 2005); además de que existen programas sobre dietas que prometen una pérdida rápida, fácil y dramática de peso, que les permitirá a los espectadores cambiar su vida por completo (Polivy & Herman 2002, citado en Trottier, et al, 2005). Trottier, et al., (2005) encontraron que quienes restringen su alimentación tienen mayores expectativas sobre los beneficios y la efectividad de hacer dietas, en esta investigación realizada con mujeres estudiantes universitarias, tras la observación de anuncios que promovían expectativas poco realistas sobre estar a dieta, disminuyeron su ingesta, por lo que infirieron que estos influyen sobre la decisión de cambiar su autoimagen. Por otra parte, Polivy, et al (2002, citado en Trottier, Polivy, et al, 2005) proponen que tras el fracaso de realizar dietas para adelgazar con expectativas poco realistas, se incrementa la posibilidad de continuar haciéndolas.

3 PREVENCIÓN

3.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

3.1.1 Concepto de salud y enfermedad

El concepto de salud ha cambiado a través de la historia, transformándose dinámicamente de acuerdo con la época y en gran medida determinado por las condiciones de vida y por las ideas que estén en boga, que generalmente están profundamente relacionadas con la productividad (San Martín, 1992). López y Frías (2002) mencionan que se han generado diversas concepciones de enfermedad, dentro las que se manejaban hipótesis demoníacas, míticas, humorales, microbianas, definiendo salud como su antítesis, por lo que se puede resumir que el significado de salud es diferente de persona a persona y de grupo a grupo.

La salud no se puede definir en términos absolutos, ni tampoco suponer que es el estado completo de ausencia de enfermedad. Además, es necesario mencionar que la salud abarca diversos ámbitos; entre ellos se encuentran: la salud mental, el bienestar social y aspectos objetivos que permiten un adecuado funcionamiento (San Martín, 1992).

La salud es parte de un proceso multidimensional que se ve influida por la cultura. Además, las enfermedades no pueden eliminarse, aunque se pueden reducir en número y gravedad. Por otra parte, hoy en día, a diferencia del pasado, se pueden prevenir (Rodríguez, 1999).

La *enfermedad* se puede definir como “un desequilibrio bioecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo, y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto. Este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y/o de la anatomía del individuo” (San Martín, 1992, p.9).

3.1.2 Continuo salud- enfermedad

De acuerdo con San Martín (1992) la salud se presenta en grados relativos, es decir, que ésta puede incluir ciertos grados variables de anormalidad, e incluso, grados de enfermedad que pasen desapercibidos, sin que exista una frontera nítida entre la salud y la enfermedad, por lo que se puede pasar en forma brusca o lenta de la “normalidad” a la “anormalidad”. En biología, se le denomina normalidad a las variaciones que giran alrededor de un promedio, respecto a una población que vive en cierto ambiente. Es decir, existe un continuo de salud-enfermedad, y en esta línea se mueve el ser humano a lo largo de su vida, en donde los cambios son frecuentes, con un final insoslayable que es la muerte (Martínez, 2003).

Incluso, cabe mencionar que una persona puede funcionar, y esto no implica necesariamente la ausencia de afecciones, puesto que en muchos estados precoces de enfermedad no se producen síntomas, ni tampoco disminuyen las capacidades funcionales no obstante ya estén presentes (Martínez, 2003). Aunado a lo anterior, llega a ocurrir que los exámenes que se realizan a personas en apariencia sanas, en un alto porcentaje revelan signos de patología. En cambio, los que se aplican a personas a las cuales se le considera enfermas en ocasiones indican la ausencia de enfermedad (San Martín, 1992).

3.1.3 Salud mental

De acuerdo con Gómez (1996) la salud mental se evalúa de acuerdo con el índice de funcionalidad, por lo que se toma en consideración los siguientes aspectos: a) la capacidad que tiene el sujeto para adecuarse a las relaciones sociales e institucionales; b) los índices de bienestar, entre los cuales se encuentran los estados afectivos, como por ejemplo depresión, ira y ansiedad, así como la satisfacción con el trabajo y la vida, la autoestima, y otras necesidades; c) las que conciernen al dominio de sí mismo, como el desarrollo adecuado de la personalidad, la capacidad de adaptación determinada por los recursos personales y la capacidad para alcanzar objetivos; y d) síntomas médicos y psicosomáticos.

Aunque es difícil encontrar instrumentos que midan la salud mental, entre los indicadores de un estado positivo de ésta se encuentran las siguientes características: estado de ánimo positivo, ausencia de neurosis, satisfacción con la vida, deseos por vivir y actividades sociales. Es indispensable tomar en cuenta que las alteraciones psicopatológicas son producto de factores ambientales, sociales y culturales, en función de su presencia, ausencia o cambio determinan el concepto que se tenga de salud y, por lo tanto, el de patología. Por lo que las manifestaciones clínicas de éstas últimas son de gran amplitud y variabilidad (Gómez, 1996).

3.2 ESTILOS DE VIDA

El estilo de vida consiste en un conjunto de acciones individuales y comportamientos colectivos que consisten en la nutrición, la conducta sexual, las relaciones familiares y los hábitos de consumo de drogas y de actividades de ocio. El estilo de vida determina en

gran medida el estado de salud, junto con ciertas condiciones medioambientales como la calidad del agua, los alimentos, las condiciones de vivienda, y la seguridad e higiene en el marco laboral(Martínez, 2003).

Cada estilo de vida, por sí mismo, puede generar riesgos para presentar determinadas afecciones. Rodríguez (1999) señala que se puede promover la salud tomando en cuenta ciertos riesgos que se presentan en determinadas épocas de la vida, como los siguientes:

1. riesgos inherentes al ocio: la obesidad puede ser generada a partir de la falta de actividad;
2. riesgos inherentes a lo ocupacional: diversas actividades que generan estrés y angustia;
3. riesgos inherentes al modelo de consumo: continuamente se promueve el consumo excesivo de ciertos alimentos o estereotipos comportamentales.

Entre estos últimos, están los intereses empresariales que, a partir de la publicidad, han instalado en el imaginario social la necesidad de mantenerse a dieta para conservarse jóvenes y atractivos. Los trastornos del comportamiento alimentario, además de ser trastornos metabólicos, también son producto de relaciones sociales conflictivas (Rodríguez, 1999, pp.3-4).

El estilo de vida actual ha propiciado hábitos como el comer fuera de casa, debido a las prisas que impone la vida actual, sustituyendo las comidas familiares por alimentos con alto contenido de azúcares y grasas. Continuamente, los adolescentes comen alimentos con un alto contenido calórico entre horas, mientras ven la televisión o realizan otras actividades, aumentando los índices de obesidad, o de bulimia y anorexia, con el fin de evitar los incrementos de peso (Mardogmingo, 2001).

3.3 NIVELES DE PREVENCIÓN

3.3.1 Prevención

La prevención consiste en identificar factores de riesgo, predecir circunstancias no deseables y el manejo de factores que los eviten, posterguen o a los aminoren. Para esto, se crearon tres niveles de prevención que van de lo primario a lo terciario (Caplan, 1964; Bloom, 1985; Zax & Spector, 1974; Rickel y Allen 1987 citados en García, 1993).

Una de las características de los niveles de prevención (López, 2000) es que se aplican tanto a los padecimientos transmisibles y no transmisibles, así como a la prevención de accidentes, quemaduras y alcoholismo.

3.3.2 Prevención primaria

Álvarez (2002) señala que la prevención primaria está dirigida a quienes se encuentran en apariencia sanos. Por su parte, San Martín (1992) indica que la prevención primaria busca impedir la aparición de la enfermedad, para ello se emplean procedimientos como: acciones preventivas en el medio social, eliminación de la desigualdad social, psicoterapia que fomenta la higiene mental, educación general y en particular la de la salud y, por último, la modificación de ciertos hábitos.

3.3.3 Prevención secundaria

La prevención secundaria se dirige generalmente al enfermo, teniendo como objetivos evitar que las enfermedades progresen, así como impedir un deterioro mayor (Álvarez, 2002). López (2000) también señala como objetivos de ésta la prevención de las complicaciones y secuelas, así como evitar la incapacidad prolongada.

3.3.4 Prevención terciaria

La prevención terciaria: busca evitar recaídas, complicaciones, o incapacidades derivadas de la enfermedad o accidentes. Es decir, se emplean todos los procedimientos que eviten las incapacidades crónicas, reduciendo al mínimo la invalidez funcional (San Martín, 1992). Coincide con esto Álvarez (2002) cuando menciona que se busca rehabilitar al enfermo tanto en lo físico, como en lo mental y lo social para que este pueda adaptarse a su situación y puede ser útil a la sociedad y a si mismo. Para esto, se hace uso de tratamientos eficaces como las terapias físicas, ocupacionales y psicológicas.

3.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD (PS)

En la carta de Ottawa hecha por la OMS (1986), se define la promoción de la salud como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer al máximo control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (p.10). Por lo que las acciones encaminadas a promover la salud deben dirigirse a elaborar una política pública

sana, crear medios que favorezcan la salud, reforzar la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud.

De acuerdo con Levi (1979, citado en Gómez, 1996) y Restrepo y Málaga (2001), las acciones de los servicios de promoción de la salud buscan fomentar la salud de la población, prevenir enfermedades y accidentes, Para lo cual se consideran dos rubros: aquellos que inciden sobre el medio ambiente y los que influyen sobre el sujeto individual. Entre las acciones que inciden sobre el individuo se encuentran la educación para la salud y los programas preventivos.

3.4.1 El papel de toda la comunidad en la PS

Para mejorar la salud de la población es necesario mejorar la condiciones de vida en general, éstas comprenden aspectos como la vivienda, alimentación, escuela, zonas verdes, etc. (Martínez, 2003). Coincide con esto San Martín (1987, citado en López, 2000) quien indica que también es importante la promoción de estilos de vida más saludables, así como mejorar los servicios sanitarios par la atención integral.

Otro aspecto que es de tomarse muy en cuenta, es el tener conocimiento sobre los riesgos que están presentes en el ambiente en el que vive una población, y las conductas de ésta en relación con la salud (San Martín, 1992).

Cabe mencionar que cualquier intervención clínico-terapéutica es importante que sea acompañada de acciones sociales y de rehabilitación que mejoren las funciones afectadas, de lo contrario, se disminuirán los beneficios que se buscan (Martínez, 2003).

3.4.2 Promotores de la salud

Para que la promoción de la salud pueda darse de forma efectiva, es necesaria la colaboración de todos los ciudadanos. Este nuevo paradigma de salud implica la interacción de factores personales, económicos, sociales y del medio para poder generarla (López, 2000).

El papel de los profesionales:

De acuerdo con Álvarez (2002) son varios los profesionales que se dedican a realizar acciones preventivas por ejemplo: las enfermeras con las inmunizaciones, el médico cuando prescribe medicamentos para evitar enfermedades, el educador social al proponer programas educativos de prevención en diversos temas. Los profesionales no pueden influir en todos los aspectos que implican la salud; sin embargo, éstos si pueden contribuir

en educar para mejorar ciertos aspectos, así como para que la población tome un papel activo que le permita elevar su nivel de vida.

3.5 EDUCACIÓN PARA LA SALUD (ES).

La educación para la salud es una estrategia a través de la cual se puede empezar a construir la “salud para todos”. De acuerdo con López (2000), buscando “favorecer el conocimiento crítico del medio; potenciar entre los ciudadanos la toma de conciencia de la dimensión colectiva de la salud e impulsarles y capacitarles para poder adoptar una postura activa en la transformación del entorno y en la creación de contextos más saludables” (p.343).

Además, el propio sistema sanitario necesita liberarse de la excesiva dependencia que tiene la población hacia él, lo que representa ahorros económicos. Aunque en el discurso manifiesto se reconoce la importancia de la educación para la salud, en realidad es tomada en cuenta muy poco, prueba de ello es el bajo presupuesto que se le asigna, así como el poco tiempo que invierten los profesionales en ella. Estas dificultades se deben en parte a: que los resultados son eficaces a largo plazo; la escasa formación de lo profesionales en este ámbito; al escepticismo que tienen hacia ella quienes tienen puestos claves para promoverla quienes la consideran como una pérdida de intereses tanto económicos como profesionales (López, 2000).

Sin embargo la OMS, ha estado respaldando las acciones que favorecen la educación para la salud, por lo que se espera que se produzca un crecimiento tanto práctico como científico (López, 2000).

3.5.1 La educación para la salud como proceso educativo

La educación para la salud, es una experiencia de aprendizaje, por lo que incide en el proceso enseñanza-aprendizaje, es decir influye en el nivel cognoscitivo, el actitudinal o afectivo y en el psicomotor (López, 2000). Es importante resaltar que educar permite “favorecer la autoestima y la autodeterminación, desarrollar el pensamiento crítico, potenciar las habilidades de comunicación, favorecer las conductas asertivas, etc. Son elementos imprescindibles para la educación para la salud, que deben ser adquiridos a lo largo de todo el proceso de socialización y desarrollo” (López, 2000, p. 343).

Como lo señala Álvarez (2002), la educación para la salud es una forma básica de promoción de la salud. Puesto que se trata de un proceso educativo, que se compone de

tres aspectos: a) el informativo, en el que se proporciona información sobre determinado tema, b) el motivacional, en el cual se interesa a la población sobre las ventajas de realizar determinadas acciones, y como pueden prevenir una grave enfermedad que puede producir invalidez, así como difundir que el diagnóstico temprano de cierta enfermedad evita complicaciones más profundas; y c) educación propiamente dicha, se da cuando realmente se efectúa un cambio de conducta, por ejemplo cuando como resultado de los dos pasos anteriores una madre decide llevar a su hijo a vacunar (Álvarez, 2002).

3.5.2 Tipos de intervenciones en la ES

De acuerdo con Álvarez (2002), la educación para la salud se puede dar de dos formas a través de:

1. *La Educación individual*: se da a través de la entrevista personal.
2. *La Educación colectiva*: que consiste en cuatro pasos.

a) *Análisis del problema*. Consiste en realizar un diagnóstico en el cual se busca conocer la situación particular de una comunidad en cuanto a salud, determinado los intereses y necesidades de la población,

b) *sensibilización*. En ésta se proporciona someramente cierta información, que busca interesar al público para aprovechar las ventajas de cierto servicio,

c) *la publicidad y la propaganda*. Son muy importantes para la educación colectiva, para ello se emplea la radio, la televisión, la prensa, folletos y carteles,

d) *la motivación y la educación*. Si el cambio de actitud de una sola persona es un proceso difícil, esto se acentúa mucho más cuando esto mismo se busca en un grupo, por lo que es muy importante que con mucha meticulosidad se realice la planeación, programación y desarrollo de un programa de prevención.

3.5.3 Agentes que participan en la educación para la salud

De acuerdo con López (2000) la educación para la salud permite dotar al individuo de conocimientos y herramientas que le dan elementos para cuidar de si mismo y de los que están a su alrededor. Para lograr esto es importante actuar en tres niveles:

a) Nivel institucional: Por medio de acciones que permitan sensibilizar a las instituciones gubernamentales y administrativas, respecto a los beneficios que proporciona adoptar políticas saludables en ámbitos como el: trabajo, economía, industria, cultura,

comunicación social, etc., b) Nivel ambiental: A través de la generación de entornos favorables para la salud. Reforzando la acción comunitaria para que la población activamente construya y defienda su medio, lo cual aumenta la potencia de propiciar modelos saludables y estilos de vida que promuevan la salud, c) Nivel personal: Se busca que la persona por sí misma pueda autocuidarse así como propiciar que valla adoptando estilos de vida más saludables.

Tanto la familia, la escuela , el medio ambiente y en particular los medios de comunicación tienen una fuerte participación en la educación para la salud, debido a que éstos proporcionan tanto educación formal como informal (López, 2000).

El papel de la familia:

La familia es uno de los principales agentes en la ecuación para la salud, debido a que es el primer núcleo de socialización y cuidado, entre las tareas que desempeña se encuentran la alimentación, el aseo, seguridad y el afecto, que pueden ser proporcionados de manera consciente o inconsciente (López, 2000).

El papel de la escuela:

Actualmente, dentro del ámbito educativo se están haciendo esfuerzos para introducir la educación para la salud, a través de programas escolares. García (1993) indica que la escuela es un componente social que permite el desarrollo y el bienestar de niños y adolescentes, entre las estrategias que recomienda se encuentran el fortalecer al sujeto en riesgo, de tal forma que se prevengan, pospongan o disminuyan los efectos del riesgo.

En resumen, la educación para la salud:

es un proceso de educación permanente que inicia con la familia y la escuela, encuentra su continuidad tanto en ámbitos educativos especiales (servicios sanitarios, centros de trabajo, grupos de autoayuda, asociaciones ciudadanas, etc.) como en los contextos educativos informales (ambiente, medios e comunicación, etc.). Por su parte, los profesionales de la salud participan en la sensibilización de la población respecto a los temas que repercuten profundamente sobre ella (p.345).

3.6 PREVENCIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La prevención es una gran inversión, debido a que representa un ahorro en cuanto al sufrimiento, y la desorganización que produce un trastorno psiquiátrico en el medio social.

Borel (2002) indica que los programas de prevención de TCA se han desarrollado para los diferentes niveles de prevención. Los cuales han estado orientados a modificar: a) las conductas alimentarias; b) creencias y pensamientos que distorsionan la percepción del cuerpo y la comida; y c) diferentes factores que promueven los TCA, sin orientarse únicamente en los temas relacionados con la alimentación.

Niveles de prevención en TCA

Niveles de prevención	Incide en:	Factores	Medidas
Primaria	Incidencia	Predisponentes	Asesoramiento e información
Secundaria	Incapacidad	Precipitantes y perpetuantes	Diagnóstico y tratamiento
Terciaria	Recuperación	Perpetuantes	Rehabilitación

Fuente: Borel, (2002, p.139.)

3.6.1 Prevención primaria en TCA

Borel (2002) señala que la prevención primaria en los trastornos de la conducta alimentaria consiste en informar y asesorar a la comunidad respecto a lo que es la AN y la BN, así como acerca de las complicaciones asociadas y sus pronósticos.

De acuerdo con Turón (2003) el objetivo de la prevención primaria dentro de los TCA es:

la reducción de la incidencia, y se apoya en un exhaustivo conocimiento del proceso, la información y divulgación de estos trastornos entre la población y la intervención sobre la población de riesgo, mediante diferentes programas: nutricionales, hábitos sanos, conocimientos de la fisiología, mejora de la autoestima, del conocimiento y valoración de sí mismos, etc. (p. 450).

Las intervenciones preventivas se pueden orientar a la población en general o a grupos específicos que se consideran en riesgo como: las bailarinas, atletas, personas que hacen dietas o que están muy preocupadas por su figura. Aunque en la prevención se busca eliminar los factores predisponentes y desencadenantes, en el caso de los TCA es diferente, puesto que en éstos no se busca erradicar ciertas conductas como en el caso del tabaquismo, en esta cuestión se busca modificar ciertas conductas para normalizarlas, por lo que las recomendaciones que se hacen son más relativas que en otros casos,

puesto que aquí no se le puede decir a los individuos “mantén un peso normal o no te dejes influenciar por la publicidad” (Turón, 2003).

Dado que el propósito de la prevención es disminuir o frenar ciertas disfunciones, o potenciales precursores de afecciones como los son los factores de riesgo (Bergsma, 2002) y debido a los altos costos que representa el tratamiento de los TCA, los programas de prevención primaria y secundaria están recibiendo atención (Pearson, et al., 2002). Aunque los resultados en esta materia frecuentemente son controversiales, hay quienes consideran que es una parte muy importante de la promoción de la salud (Huon, 1996 citado en Favaro, Zanetti, Huon & Santonastaso, 2005).

Cabe destacar que también se ha hecho frecuentemente el señalamiento y la recomendación sobre minimizar los efectos iatrogénicos de los programas de prevención (Pearson, et al. 2002). En este sentido Turón (2003) indica que dentro de los programas de prevención se presentan varios problemas que es necesario tomar en cuenta: 1) riesgo de inducción y sugestión, al igual que se había observado en los programas de prevención sobre drogas es posible que estos programas pudieran sugerir conductas de riesgo a adolescentes que no habían pensado en ello: ayuno, vómitos, laxantes, etc., que dada la tendencia de los adolescentes a experimentar, más que informar se pudiera inducir; 2) parece que los programas protegen durante un corto tiempo; 3) los programas de prevención son más eficaces cuando son aplicados a sujetos jóvenes en edades infantiles; 4) se observa que hay pocos trabajos sobre la acción de la familia, y es fundamental actuar sobre ella, no sólo hay que evitar que los padres sean propiciadores de la patología, hay que conseguir que también sean agentes de prevención de estos trastornos en sus hijos (p.456).

Por otra parte, se ha encontrado que los programas que trabajan con población de alto riesgo de padecer estos trastornos, tienen mayor éxito en disminuir los factores de riesgo para TCA (Franko 1998; Kaminski & McNamara, 1996 citado en Stice, Trost & Chase, 2002); ésto quizás se deba a que existe un mayor motivación en esta población (Stice, Trost et al., 2002). Aunque Offord (2000 citado en Abascal, Bruning, Winzelberg, Dev & Taylor 2003) considera que es mucho más difícil cambiar las conductas de la población en riesgo cuando están en contacto con individuos que presentan el mismo comportamiento.

Antecedentes de prevención de TCA.

Pearson, et al., (2002) señalan que pocos estudios de este tipo han reportado resultados efectivos sobre la conducta, en algunos se observan cambios positivos del pretest al postest. Sin embargo, estos efectos en ocasiones desaparecen a través del tiempo. También una investigación hecha por Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth & Fairburn (2001) reporta reducciones en las conductas de restricción alimentaria y en las actitudes que manifiestan preocupación sobre la forma y el peso corporal; sin embargo, estos cambios no se mantuvieron a los seis meses de seguimiento. Una de las explicaciones que se plantean es que algunas chicas contestan de acuerdo con lo que se espera socialmente de ellas tras la intervención, por lo que puede ser una de las razones del porque no se mantienen los resultados a través del tiempo, aunque autores como Tilgner, Wertheim & Pastón (2004) indicaron que el estudio realizado por ellos se encontró libre de este factor. Pearson et al., (2002) considera que es importante entender porqué ciertos jóvenes se benefician de los programas de prevención en TCA y, en cambio, en otros se mantienen o incrementan los factores de riesgo.

Los contenidos que se abordan dentro de los diferentes programas de prevención de TCA son diversos. Por ejemplo, se han realizado estudios donde se han tocado temas como promover el conocimiento sobre la forma en que las presiones sociales influyen sobre los individuos para obtener un cuerpo muy delgado, cambio del estándar de belleza, fomento de la autoestima y la competencia personal, reducción de la insatisfacción corporal, desaliento del empleo intencional de productos farmacéuticos o métodos para reducir el peso corporal, entre otros (Phelps, et al., 2000). Coinciden con esto Williamson, Gleaves y Stewart (2005) quienes consideran que los programas de prevención que busquen evitar la aparición de la AN deben hacer énfasis sobre los mitos que existen alrededor de la delgadez extrema. Sin embargo, otros autores consideran que únicamente proporcionar información sobre el dañino potencial que tiene la restricción calórica, la alimentación saludable, el análisis de la construcción cultural que se ha hecho del cuerpo perfecto, realmente no modifica las creencias y actitudes implicadas en el desarrollo de TCA (Garner 1985; Carter, Stewart, Dunn, & Fairburn, 1997; Mann, 1997 citados en O'Dea & Abraham, 2000).

Por su parte, Smolak (1999, citado en Turon, 2003) indica que los programas que se encargan de la prevención primaria hacia población en riesgo se enfocan en los siguientes aspectos: 1) proporcionar información respecto a la fisiología y la biología, que originan la diversidad de pesos y tallas, además de la predisposición genética que influye

en estos aspectos; 2) los cambios que se originan en la pubertad, así como la discriminación entre grasa corporal, sobrepeso y obesidad; 3) las características de los TCA y los riesgos de éstos; 4) difundir el rechazo hacia las dietas restrictivas y no saludables, así como fomentar las dietas sanas; 5) informar sobre las repercusiones y peligros que ocasiona la reducción de peso y talla a edades tempranas; 6) aumentar la resistencia hacia la presión que ejercen los medios a través del conocimiento de los valores culturales; 7) desarrollar la percepción positiva de sí mismo y de su cuerpo; 8) incrementar la autoestima y 9) disminuir la insatisfacción con la imagen corporal, disminuyendo la adhesión a los estereotipos de belleza que están de moda.

Otros han realizado estudios que se han basado en el concepto de *disonancia cognitiva* (DC), el cual consiste en: al tener determinada creencia por - ejemplo la idea A - y contraponerse con la idea B, la relación entre estas dos cogniciones es de disonancia cognoscitiva. Cabe mencionar que más de dos cogniciones pueden estar en contraposición, produciendo una mayor experiencia de tensión (Wicklund y Brehm, 1974). Entre mayor es la disonancia que exista entre cogniciones, mayor será la presión para reducirla (Festinger, 1957 citado en Harman-Jones & Mills, 1999), además probablemente se produce una mayor DC cuando la propia conducta de una persona es vista como incompetente, inmoral o irracional (Alonso, 1968,1992, citado en Harman-Jones, et al., 1999). Cimentado en la idea de que cuando se produce un cambio en las creencias actitudes o conductas, se busca restaurar la consistencia. Para ello se diseñó un programa que buscaba formar una actitud crítica hacia el ideal delgado, por medio de ejercicios verbales, escritos y conductuales, que disminuyeran la adhesión de mujeres jóvenes al ideal de belleza, y con ello disminuir reducir síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, la realización de dietas y los afectos negativos (Stice, Trost et al., 2002). El programaba basado en DC produjo reducciones significativas en la internalización del ideal delgado, por lo que ya no luchaban por alcanzar éste, y con ello se redujeron los síntomas bulímicos. Sin embargo, no hubo decrementos significativos en insatisfacción corporal, y aunque hubo reducciones en la realización de dietas, estos resultados no fueron significativos. Los resultados positivos se mantuvieron a través de 6 meses de seguimiento. Las sesiones se desarrollaron de la siguiente forma:

1ª. Sesión. Se les invitó a las participantes a crear un programa que pudiera ayudar a las mujeres a lograr la aceptación corporal, por medio de formas que evitaran internalizar el ideal delgado. A través de un grupo de discusión, se abordaron temas como el origen de éste, como se perpetúa, la forma en que influyen los mensajes que lo promueven

sobre la familia y los compañeros, así como la reflexión sobre quienes se benefician de la creación del ideal delgado. Posteriormente, escribieron en una página los costos que conlleva el perseguir este ideal.

2ª. Sesión. Se discutió quién se beneficia en la sociedad de perseguir el ideal delgado. Se hizo una representación donde el grupo trataba de disuadir a ciertos líderes que promovían este ideal. Posteriormente, se les pidió a las participantes realizaran un ejercicio de aceptación corporal frente al espejo, donde al verse frente a este recordaran cosas positivas de sí mismas, tanto físicas, como conductuales, emocionales y sociales, sin acordarse de cosas negativas.

3ª Sesión. Se discutió sobre las dificultades que tuvieran las participantes para resistirse al ideal delgado y como podrían superarse; de nuevo hicieron una representación sobre éste y también se exploraron diversas formas en las que las participantes podían promover el ideal delgado sin ser conscientes de ello. Se les preguntó sobre qué recomendaciones les harían a mujeres para que aceptaran su cuerpo y evitaran perseguir el ideal. Después se les motivó para que, si ellas detectaban haberse enganchado en perseguir este ideal, realizaran cambios conductuales, como ponerse *short* si sentían insatisfacción con su cuerpo. Posteriormente se les hizo una evaluación (Stice, Trost & Chase, 2002).

3.6. 2 Prevención secundaria en los TCA

Borel (2002) menciona que la prevención secundaria de TCA consiste en asesorar tanto a médicos generales, como a especialistas. Los tratamientos realizados a las personas que presentan TCA han cambiado a través del tiempo, inicialmente se enfocaban sobre la pérdida de peso, sin atender los problemas psicológicos y psiquiátricos concomitantes. Anteriormente, este tipo de trastornos se trataban de forma aislada por diferentes especialistas, por lo que se presentaban errores diagnósticos y retrasos en el establecimiento de tratamientos pertinentes, por lo que se producían frecuentemente recaídas y altos índices de discapacidad. Actualmente, se forman equipos multidisciplinarios (médicos, nutricionales, psiquiátricos) que permiten realizar diagnósticos precoces y diferenciales. Además, de acuerdo con Turón (2003), en este tipo de tratamientos se debe reducir el tiempo entre la aparición y el tratamiento del trastorno, así como prevenir recaídas y tratar la comorbilidad.

3.6.3 Prevención terciaria en los TCA

Turón (2003) señala que con frecuencia los pacientes que padecen TCA sufren recaídas, lo cual les genera sentimientos de fracaso, impidiéndoles llevar una vida relativamente normal, además de que esto ha promovido que un gran número de casos haya cronicidad. Dentro de este nivel de prevención se han establecido medidas que permiten sobrellevar los síntomas y las complicaciones más graves. Por ejemplo, se puede pactar con las pacientes ciertas medidas mínimas que les eviten colocarse en riesgo, es decir, se acuerdan determinadas conductas a realizarse y otras que no.

Por su parte, Borel (2002) indica que la prevención terciaria consiste en la formación de equipos multidisciplinarios en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, que contemplan la combinación de aspectos psicológicos, clínicos, nutricionales y familiares. El trabajo en conjunto de psiquiatras, psicólogos, terapeutas familiares, ginecólogos, odontólogos, nutriólogos, e investigadores ha permitido: a) proporcionar información sobre conductas alimentarias, factores de riesgo y perpetuadores; b) la incorporación de este tipo de pacientes a diversos tratamientos terapéuticos de forma coordinada; c) disminuir el abandono del tratamiento; d) prevenir recaídas; e) reducir los porcentajes de internamiento, así como enviar a las pacientes menos graves a consulta ambulatoria; f) planear con la familia estrategias que permitan ayudar a las pacientes con el control de impulsos, manejo del tiempo libre y a determinar que factores pueden incidir en este trastorno; d) ayudar a los pacientes a expresar sus experiencias en un medio grupal.

3.6.4 La escuela y los programas de prevención de TCA

La mayoría de los programas de prevención primaria en los trastornos de la conducta alimentaria han empleado los salones y el horario de clases para realizar las intervenciones (Franko & Orosan-Weine, 1998; Levine & Piran, 2001 citado en Pearson, et al., 2002). El currículo de las escuelas en ocasiones es inflexible, lo cual impide que se puedan cubrir todos los temas que se proponen abordar. En ocasiones, se han involucrado a los maestros en programas de prevención para TCA; para ello, se les ha entrenado en temas sobre la salud en el adolescente, cuadro clínico de estos trastornos, factores de riesgo y en reflexiones sobre el tema de prevención, tanto por psicólogos

como por psiquiatras. También se les ha asesorado en el manejo de grupos, que les permita aprovechar los conocimientos con los que ya cuentan los estudiantes. Ésta resulta una sugerencia importante, es decir, los maestros pueden ser capacitados para impartir programas de prevención de TCA, y al involucrarlos, se puede hacer más eficiente la prevención, así como desarrollar en los administradores de la escuela una visión positiva de ésta. Además, los maestros son quienes tienen contacto directo con los estudiantes, lo cual les permite reconocer el problema cuando ya existe (Favaro, et al., 2005).

Además, después de impartir un programa de prevención sobre TCA, puede ser necesario darle seguimiento a la intervención dentro de las escuelas, o implementar otros temas para que pueda ser más efectiva (Porter, Morrell & Moriarty, 1986; Pastón, 1993; Moreno & Thelkan, 1993; citados en O'Dea & Abraham, 2000).

La mayoría de los estudios trabajan con población en riesgo de presentar un TCA, sin embargo, autores como Abascal, Bruning, Winzelberg, Dev y Taylor (2003) consideran que es conveniente crear programas de prevención sencillos, efectivos y a bajo costo, que se puedan integrar al currículo de las escuelas, que a su vez produzcan mejorías en los individuos en riesgo y no causen efectos iatrogénicos a los que no se encuentran en riesgo.

3.7 ENFOQUE PSICOEDUCATIVO

En el sistema educativo tradicional, el maestro y el alumno tiene papeles bien definidos: el maestro diseña, ordena y simplifica los temas para una clase, exponiéndolos frente a sus alumnos, también evalúa el aprendizaje por medio de exámenes y trabajos, en tanto que el alumno realiza las actividades que le asigna su profesor, imita determinados modelos, es decir, tiene un papel pasivo (Palacios, 1984). Por otra parte, el modelo psicoeducativo le proporciona al alumno ciertas ventajas, como el hecho de recibir información seleccionada y evaluada por un experto, en un mínimo de tiempo (Florez, 2000).

En el campo de los programas de prevención de TCA, se han empleado diversas estrategias para su impartición, entre ellas se encuentran con mayor abundancia los enfoques psicoeducativo, y aquellos en los que se fomenta la reflexión sobre el ideal delgado y los mensajes de los medios. Por ejemplo, el enfoque psicoeducativo se ha empleado para crear programas de prevención sobre depresión, en los cuales se

promueve la relajación, el pensamiento positivo, las actividades placenteras, las habilidades sociales (Dowrick, Dunn, Ayuso-Mateos, Dalgard, Page, Lehtinen, Casey, Wilkinson, Vázquez-Barquero & Wilkinson, 2000).

Stice y Ragan (2002) trabajaron con un enfoque psicoeducativo, en el cual abordaron temas como: explicación sobre lo que son los TCA, su etiología, la influencia sociocultural que tienen los medios y los roles sociales sobre la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, factores de riesgo, prevención y tratamiento de TCA. Para ello, propusieron un programa de mayor duración en comparación con otros. Éste consistía en 1.5 hrs. cada sesión, por 15 semanas, durante un semestre. Además, también a las participantes se les llevó a realizar un análisis crítico del ideal delgado para las mujeres, y el costo que implica llevarlo a cabo. También se abordó cómo las imágenes de los medios de comunicación influyen sobre el ideal delgado, y los efectos negativos que producen sobre la imagen corporal. La evaluación de este programa reporta que se disminuyó la posibilidad de aparición de TCA y sobrepeso, así como de factores de riesgo. Se redujo significativamente la internalización del ideal delgado, la insatisfacción corporal, y el realizar continuamente dietas, así como los síntomas de trastornos alimentarios. Teóricamente, esperaban que a través de la disminución del apego al ideal delgado, las participantes mejoraran su satisfacción corporal, debido a que ya no aspirarían a una figura irreal, aumentando su satisfacción y, por lo tanto se redujera la realización de dietas y mejoraran su afecto. Sin embargo, Moskowitz (1989, citado en Stice, Trost, et al., 2002) reporta que el material que se proporciona en los programas psicoeducativos no es suficiente para alterar conductas que implican llevar a cabo acciones más saludables, además de que este tipo de intervenciones proporciona información sobre las consecuencias de los TCA, más que enfatizar acciones que reduzcan los factores de riesgo.

Por su parte, Favaro, et al. (2005) realizaron un estudio en Italia, compararon un grupo control contra otro basado en psicoeducación, reportaron que quienes asistieron a este último desarrollaron en menor medida trastornos alimentarios en comparación con un grupo control que no asistió, lo cual indicó los programas que pueden tener resultados positivos, sin tener repercusiones iatrogénicas. Las sesiones se distribuyeron la siguiente forma:

1ª. Sesión. Relación entre los adolescentes y su familia, así como entre sus compañeros, con ellos mismo y con su cuerpo.

2ª. Sesión. Temas relacionados con el cuerpo durante la adolescencia, el desarrollo, se discutían conceptos como figura ideal, aceptación corporal, insatisfacción corporal, denigración corporal.

3ª. Sesión. Se promovía el desarrollo de habilidades que disminuyeran el énfasis que hacen los medios sobre el ideal delgado, así como la restricción calórica. Enfocándose en las presiones para ser delgado, diferentes métodos para perder peso, las ventajas y las repercusiones de realizar dietas, los efectos del desarrollo normal y como el realizar continuamente dietas fracasa, y cual es su relación con los TCA.

4ª. Sesión. Criterios diagnósticos de los TCA, factores que predisponen, precipitan y perpetúan estas patologías y su tratamiento.

5ª. Sesión. Se les invitó a las participantes a sugerir formas de prevenir los TCA, a través de diversas estrategias y métodos grupales.

6ª. Sesión. Se enfocó sobre la influencia que tienen los medios sobre las creencias sobre la belleza, la delgadez, el mantenerse en forma, la salud y el ser socialmente agradables. Las chicas distinguían entre lo que podría ser un mito y que podía ser realidad, de las imágenes y mensajes en los medios de comunicación.

Fuente: Favaro (2005, p. 75)

Hernández, López y Partida (2004) aplicaron un programa de prevención primaria uno basado en psicoeducación, con una muestra de 22 adolescentes mujeres, utilizaron el cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998a). En cuanto a la variable figura ideal en la comparación antes y después del tratamiento no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, aunque se produjo una tendencia a elegir figuras mas gruesas. En la variable satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal tampoco hubo diferencias significativas, sin embargo las medias indicaron que las adolescentes disminuyeron su grado de insatisfacción. En cambio en la variable dieta restrictiva se produjeron diferencias estadísticamente significativas, es decir redujeron el seguimiento de dieta restrictiva.

García y Téllez (2004) emplearon un programa de psicoeducación para la prevención de TCA, con una muestra formada por 16 adolescentes mujeres, emplearon el cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998a). Evaluaron la variable figura ideal antes y después del tratamiento, no encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo las adolescentes eligieron figuras menos

delgadas que antes de la intervención. Al valorar los cambios que se produjeron en la variable satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal, se produjeron diferencias significativas antes y después del tratamiento, sin embargo después de tres meses de seguimiento no se mantuvieron estos cambios, sin que el tamaño de la muestra influyera sobre los resultados. La variable seguimiento de dieta tampoco presentó cambios estadísticamente significativos, sin embargo se presentó una ligera disminución en esta variable.

Por su parte, O'Dea & Abraham (2000) han realizado estudios que se han enfocado en mejorar la autoestima, produciendo mejorías en la satisfacción corporal, autoconcepto, disminuyendo la importancia de la aceptación social, apariencia física y las habilidades atléticas, estos cambios se mantuvieron después de un año de seguimiento. Dado lo anterior, recomiendan que los programas de prevención de TCA que busquen mejorar la imagen corporal y la conducta alimentaria, deben enfocarse en mejorar la autoestima, evitando dar instrucciones directas sobre dietas y TCA, debido a que pueden potencializar el hacer dietas y tener una alimentación poco saludable. En este sentido, coinciden autores como Steck, Abrahams & Phelps (2004) quienes proponen que la prevención debe recontextualizarse, para lo cual, en los programas de prevención, se puede fomentar la búsqueda en sí mismos de la parte positiva de las experiencias de los participantes. Es decir, promover factores protectores que prevengan los TCA. Para ello se puede realizar una evaluación de sus propias vidas, así como desarrollar cualidades personales como el optimismo, la felicidad, la perseverancia, una alta autoestima y el aprendizaje de técnicas que disminuyan el estrés. Sin embargo, otros programas de prevención reportan mejorías en la autoestima, aunque éstas han sido significativamente marginales, además de que fueron más efectivos cuando se enfocaron en mujeres adultas, en comparación con los que se aplicaron en chicas con riesgo (Baranowski & Hetherington, 2001).

También se han desarrollado programas de prevención de TCA empleando la tecnología multimedia, los cuales han sido efectivos. Para ello se han utilizado técnicas similares a las de autoayuda, como libros y con mujeres que se encuentran en riesgo de desarrollar TCA o que tienen pocos síntomas de estos trastornos (Winzelberg, Taylor, Sharpe, Eldredge, Dev & Constantinou, 1998).

3.8 FORMACION DE AUDIENCIAS CRÍTICAS (FAC) HACIA LA PUBLICIDAD TELEVISIVA.

3.8.1 Educación en los medios

Es imposible escapar de la influencia que los medios tienen sobre las conductas saludables y no saludables. Debido a que cuando se ven imágenes, el proceso de pensamiento es más rápido, utilizándose la parte del sistema límbico, en comparación al leer un libro, que es un proceso más lento y necesita pasar por el neocórtex (Bergsma, 2002).

Cooper (1993) indica que, en un mundo bombardeado de información, es importante contar con estrategias que permitan realizar análisis de lo que presentan los medios de comunicación, por lo que la educación para los medios ha permitido desarrollar habilidades críticas que permiten evaluarlos. El pensamiento crítico es una buena estrategia dentro de la educación para los medios, es decir, a través de éste se pueden hacer elecciones a favor de mantener conductas saludables. Para ello se necesita hacer uso del neocortex, en donde se pueden reflexionar cuidadosamente los mensajes emitidos por las imágenes (Bergsma, 2002). Por otra parte, también el receptor le da un significado a los mensajes por medio de la interacción entre éste y su emisor. En este sentido, el receptor sociocultural y su contexto tienen un papel activo en el proceso de comunicación. Es decir, ocurre un proceso de recepción dialéctico, constructivo y más que una simple manipulación sobre el emisor (Fuenzalida, 1989).

Es importante resaltar el papel que juega el contexto histórico-cultural en el que un receptor se encuentre, para que sea mayor la influencia de los medios masivos de comunicación, como la televisión, que tiene sobre éste. Por ejemplo, para quienes tienen altos ingresos, la televisión sólo es una alternativa más de entretenimiento. En cambio, para quienes apenas pueden subsistir, la televisión representa una forma de ver otros horizontes y una forma de enfrentar una vida con pocas alternativas. Además, cabe señalar que los mensajes que presentan los medios pueden afectar a sectores de la población con menor capacidad crítica. La televisión es el medio que con mayor facilidad puede influir en la población debido a su capacidad de intrusión en la vida, logrando diseminar de inmediato cualquier modelo a través de multitudes, que frecuentemente muestran una actitud acrítica sobre lo que les presenta (Toro, 1996). Muestra de ello es un estudio con mujeres realizado en Chile, en *Mujer TV*, por el CENECA (Bustos, 1998) donde se partió del supuesto de que éstas podían pasar de receptoras pasivas a un papel más activo, desarrollando una capacidad crítica frente a la televisión. Se contrastaba lo

que la televisión les presentaba con las percepciones, vivencias y necesidades de estas mujeres. Se encontró una relación estrecha entre ellas y la televisión, ya que ésta les proporciona compañía en su soledad, independientemente de que no la vean, influenciándolas en sus fantasías, anhelos, frustraciones, rabia, dolor, cumpliendo una importante función en medio de la sensación de vacío y carencias de la vida. Aunque cabe señalar que la interpretación y el significado que se le da a las imágenes y mensajes transmitidos en los medios, es distinta en los diversos públicos ya sean niños, adolescentes, ejecutivos, madres, ancianos, trabajadores, etc. (Bustos, 1998).

Algunos profesores ayudan a distinguir entre hechos y opiniones, a analizar noticias y la forma en que son tratadas en diferentes tipos de prensa, la forma en que los diferentes corporativos y la política influyen para que ciertos tipos de noticias puedan destacar en diferentes medios, también realizan visitas a estaciones de televisión. Otros, promueven en sus estudiantes el escribir sus propios artículos, con la intención de demostrarles el poder de “escribir” (Cooper, 2003).

Por su parte, Ferguson (1998) menciona la existencia de diversas líneas que han abordado la educación para los medios, entre ellas se encuentran:

a) Una en la que el profesor se considera como una especie de protector que cuida a los niños y jóvenes de los medios. Los periódicos, comics, cine, televisión y radio inducen a los niños a copiar lo que proponen, considerando la influencia de los medios como negativa. En una especie de pedagogía policial que, aunque en ocasiones es efectiva, no se puede considerar educativa.

b) La audiencia es una víctima que nada puede hacer frente a lo que los medios les presentan. Se basa en que los individuos son impotentes frente a las ideologías, considerando al profesor como el único inmune a estas. El profesor es quien determina qué es adecuado y qué no de lo que presentan los medios.

c) Una tercera estrategia consiste en que los estudiantes y las audiencias son más conscientes de lo que les presentan los medios, y de lo que sucede en el mundo. Los profesores tienen confianza en que sus alumnos recogerán las teorías y las ideas de los medios pudiéndolos tratar, incluso, irónicamente.

d) Otro abordaje consiste en utilizar ciertas claves para identificar quién hizo un mensaje, para quien se dirige, a que género pertenece, cómo se estructuró, etc. Éste tiene algunos acercamientos hacia lo educacional; sin embargo, aunque desarrolla habilidades críticas, promueve el consumo. Considera que los medios pueden presentar

cualquier cosa, es decir que los usuarios pueden reclamar y contribuir a que exista una mayor diversidad de programas.

e) Autonomía crítica en niños y estudiantes (pp. 3-4).

Por su parte, México presentó en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijín, China, en septiembre de 1995, la propuesta de sensibilizar a empresarios y a quienes participan en los medios de comunicación en la eliminación de imágenes estereotipadas, y promover una visión realista de los hombres y mujeres, que permita reflejar la diversidad que existe entre ellos. Otras propuestas fueron determinar la forma en que la audiencia recibe lo que presentan los medios, así como fomentar la formación de audiencias críticas, orientadas a los estereotipos de género presentados en los medios (Bustos, 1998).

3.8.2 Adolescencia y educación para los medios

Turón (2003) considera que a los adolescentes les es difícil tener una capacidad crítica hacia lo que los medios les presentan. Esta situación se agrava cuando los padres tampoco les proporcionan elementos para ello, debido a que en muchas ocasiones estos también participan en la preocupación por el peso y la figura. Los adolescentes potencializan y difunden los mensajes que los seducen, haciéndolos vulnerables a la presión de los mensajes de los medios de comunicación. No establecen la crítica correspondiente, no analizan los límites entre la verdad y la mentira.

Por lo que la educación para los medios (Bergsma, 2002) les permite a los adolescentes desarrollar habilidades que les ayuden a navegar en éstos, y filtrar los mensajes que reciben. Cabe mencionar que no todos los niños son afectados de la misma manera por los mensajes de los medios, es decir, tienen distintas experiencias con estos. El conocimiento de los medios de comunicación, y el desarrollo de habilidades en torno a éstos, le puede ayudar a la juventud a realizar elecciones saludables. Además, la educación para los medios y el pensamiento crítico para la vida son habilidades esenciales que requieren bastante práctica y enseñanza.

3.8.3 Desarrollo de una actitud crítica en los programas de prevención de TCA

Se han hecho algunos programas enfocados en la recepción crítica de los medios de comunicación, en donde se promueve en los participantes la reflexión y la capacidad crítica hacia la publicidad, así como de los mensajes e imágenes que presentan. Una de

las preocupaciones más importantes en estos programas es educar a la población para ser un receptor crítico, se dirigen principalmente a contrarrestar la influencia de la televisión sobre estos últimos, tanto en su forma de pensar, en sus hábitos de consumo, como en su educación. Consideran que la programación comercial produce representaciones erróneas de la realidad, actitudes de violencia y estereotipos diferentes a los que realmente tienen las personas, los grupos, las instituciones y las relaciones sociales. Por lo que se ha buscado proteger sobre todo a los niños y jóvenes” (Charles y Orozco, 1990, pp.20-21). Los niños son más vulnerables a los medios de comunicación debido a su poca experiencia vital, su mayor creencia en los adultos, y su poco entrenamiento crítico (Corominas, 1999). La educación o alfabetización para los medios buscan que las personas por medio del dominio de los medios sean capaces de “entender las posibilidades y límites que distintas técnicas brindan al proceso de comunicación, para que puedan analizar diversos mensajes y eventualmente producir los propios” (Charles y Orozco, 1990, pp.20-21.). Por lo que se recomienda que para desarrollar un sentido crítico se deben incorporar aspectos racionales, creativos, emotivos y estéticos que permitan que según el momento evolutivo de los individuos les permitan reflexionar sobre los medios de comunicación, como la creación de personajes e historias, por ejemplo descontextualizar un programa de televisión al llevarlo a clase donde los niños propongan nuevos cambios(Corominas, 1999).

Orozco (1990) realizó un taller de lectura crítica donde se realizan diversos ejercicios como análisis de una serie de televisión y de diversos anuncios de publicidad sobre perfumes y otros artículos, buscaba que los participantes aprendieran a realizar una lectura crítica sobre los diversos mensajes que se presentan en los medios. Los comentarios al final del taller fueron: “aseguraban tener ahora una nueva actitud ante los medios masivos, destacando los aspectos de la desmitificación a través del desmontaje por dentro de los mismos y el reto de contribuir en una alternativa de comunicación popular” (Orozco, 1990 p. 205). Sin embargo no se realizó la evaluación por medio de resultados estadísticos, debido a que el seguimiento hubiese sido muy difícil de llevar a cabo, por otro lado existen noticias de la reproducción de este tipo de talleres de lectura crítica.

En México poco se ha hecho por moderar los efectos nocivos de la televisión sobre la audiencia y aprovechar las bondades de este medio. Se han planteado en nuestro país varias opciones como dinámicas de grupo, talleres, métodos de enseñanza, recursos como los anteriores propiciarían “la participación activa de los usuarios de la televisión en

el proceso de comunicación y generarían conciencia y habilidad para el manejo de los medios de comunicación y principalmente para ofrecer opciones para la recepción” (Charles y Orozco, 1990, p. 163). Por medio de la sociedad civil se creó una organización llamada Televidentes Alerta A.C. donde se planean y realizan talleres, seminarios y conferencias sobre procesos de recepción (Rojas, 1990).

Por su parte Wade, Davidson, & O’Dea (2002) realizaron una intervención de prevención primaria de los TCA, basado en la educación para los medios, que estuvo formada por cinco sesiones:

1. La primera sesión consistía en cómo los medios impactan sobre la imagen corporal, y las consecuencias de una imagen corporal negativa.
2. La segunda acerca de las historias que cuentan los anuncios y cómo se pueden alterar para fabricar historias y la forma en que se pueden evaluar los mensajes de los medios.
3. La tercera en cómo convertirse en un receptor crítico hacia los medios, usando estrategias activistas como enviar cartas o e-mails a las compañías sobre sus anuncios.
4. La sesión cuatro y cinco abordaron la pregunta ¿son los anuncios dañinos?. Por medio de posters, juegos o debates.

Sin embargo no se reportan cambios significativos en la insatisfacción corporal, en la preocupación por la silueta, y la variable dieta restrictiva. Aunque cuando se compara esta intervención con un grupo control que no recibió ninguna estrategia de prevención se encontraron diferencias estadísticas significativas en cuanto a la variable preocupación por el peso. El estilo de enseñanza, del profesor fue colaborativo y los estudiantes percibieron la clase más confortable (p.374).

Dentro de la psicología, es imposible aplicar vacunas que inmunicen a grandes grupos de la población contra ciertas patologías y, además, a bajo costo. Sin embargo, la materia con que se cuenta es con las personas, y el grupo social en el cual están inmersas, así como el potencial para modificar su conducta, y la posibilidad de desarrollar programas de prevención con una metodología científica, que permita producir procesos de cambio (García, 1993).

Teóricamente, las intervenciones preventivas interfieren con procesos mentales patológicos, es decir, las variables que tienen como objetivo la prevención pueden

incrementarse para interrumpir a los precursores de la enfermedad (Levi, 1974 citado en Gómez, 1996).

4. ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia se deriva del latín *adoleceré*, que quiere decir crecer o desarrollarse, es una etapa de la vida en la cual el individuo deja de ser niño, aunque tampoco es un joven. La adolescencia se considera como una fase de transición, que comienza alrededor de los once o doce años y finaliza relativamente a los dieciocho y diecinueve, su duración dependerá de las diferencias individuales, que se acompañan de cambios a nivel biológico, psicológico así como social (Guelar y Crispo, 2000; Izquierdo, 2003; Múuss, 1957 citado en Ochoa, 1999; Rodríguez, 2003; Vargas y González, 1995).

4.1 CAMBIOS FÍSICOS

Delval (1994) indica que al inicio de la adolescencia, se produce un crecimiento acelerado, en cuanto a estatura y peso, así como en la forma del cuerpo, dichas modificaciones físicas indican la llegada de la pubertad, marcando a su vez, el inicio de la adolescencia.

4.1.1 La influencia hormonal en el crecimiento

Las glándulas endocrinas, generan sustancias químicas llamadas hormonas que son las encargadas de controlar los cambios que ocurren durante la niñez y la adolescencia. Las hormonas segregadas por la glándula pituitaria estimulan a otras glándulas que se relacionan con el crecimiento y éstas, a su vez, ejercen su influencia sobre los ovarios y los testículos, así como en la corteza suprarrenal y la tiroides. Las hormonas sexuales liberadas por influencia de la pituitaria son conocidas como: estrógenos y andrógenos, aunque las primeras son consideradas hormonas femeninas y las segundas hormonas masculinas, las dos se localizan tanto en el hombre como en la mujer, la diferencia hormonal dependerá de la cantidad de éstas en el organismo. En el hombre los andrógenos son los causantes de los músculos, el vello facial y corporal; en el caso de la mujer los estrógenos ayudan a la regulación de la menstruación y apoyan en el desarrollo del pecho, útero y vagina (Berk, 1999).

4.1.2 El “estirón”

Durante la adolescencia la estructura ósea se caracteriza por su fragilidad, debido a que el esqueleto se mineraliza de manera acelerada, provocando el incremento de la estatura denominado “estirón”, este da inicio alrededor de los once años en chicas y a los

trece en chicos, con una duración aproximada de tres a cinco años. Por lo regular, durante esta fase, cada año el adolescente aumenta de 10 a 12 cm de estatura. Sin embargo, este proceso se manifiesta de manera distinta aún tratándose de adolescentes de la misma edad, es decir, para algunos puede presentarse de manera más lenta que en otros (Rodríguez, 2003).

4.1.3 Caracteres sexuales primarios y secundarios

Los *Caracteres sexuales primarios*, se refieren a los cambios que se producen en los ovarios, el útero y la vagina en el caso de la mujer; respecto al hombre, estos caracteres comprenden: al pené, el escroto y los testículos. Dichas características primarias, alcanzan su maduración en la pubertad produciéndose cambios de origen fisiológico y los órganos reproductores pueden cumplir con sus funciones (Papalia, Wendkos y Duskin, 2004).

El caso de las chicas el crecimiento de los *senos*, inicia entre los 8 y los 13 años, alcanzando sus formas adultas entre los 13 y los 18 años; *el estirón* se presenta entre los 9 ½ y los 15 años, alcanzando una estatura adulta entre los 13 y los 17 años; el *vello púbico* aparece entre los 8 ½ y los 15 años; la *menarca* se da entre los 10 y los 17 años, el promedio es 12 ½ - 13 años (Rodríguez, 2003).

En los varones: el crecimiento de los testículos inician entre los 9/10 y los 13 ½ años, alcanzando una maduración completa entre los 13 ½ y los 17 años; en el caso del pené, inicia entre los 13 ½ y los 14 ½ años, su desarrollo completo se da entre los 13 ½ y los 17 años; el vello púbico aparece entre los 10 y los 15 años, la realización del modelo adulto se da entre los 14 y los 18 años; el estirón se presenta entre los 10 ½ y los 16 años, la talla adulta se alcanza entre los 13 ½ y los 17 ½ años (Rodríguez, 2003).

El desarrollo de las niñas en comparación con los varones inicia antes y termina de igual manera. Estos cambios tienen repercusión en su medio ambiente, ya que el crecimiento, implica un cambio en la forma propia del cuerpo, en su función y en lo que socialmente representa, el cual se lleva a cabo dentro de los límites establecidos por la genética y la especie (Horrocks, 1984; Rodríguez, 2003).

4.2 MADURACIÓN COGNOSCITIVA EN EL ADOLESCENTE

4.2.1 Piaget

De acuerdo con Flavell (1985, citado en Pozo, 1994) la teoría piagetena busca dar a conocer como se transforma el conocimiento. En este mismo contexto Papalia, Wendkos

y Duskin, (2004) indican que en el desarrollo cognoscitivo están interrelacionados tres procesos, estos son: 1) la organización, que se refiere a la creación de estructuras cognoscitivas denominadas esquemas, los cuales “son patrones organizados de conducta que una persona utiliza para pensar acerca de una situación y actuar en ella” (p.39), la complejidad de un esquema estará determinada por la cantidad de información que una persona reciba; 2) adaptación, este proceso describe el manejo que se le da a la información nueva, en el interviene la asimilación, que es cuando se integra la nueva información a una “estructura cognoscitiva existente”; y cuando esta estructura cambia como consecuencia de la asimilación, se dice que se produce una acomodación de la nueva información a su manera de pensar; 3) el equilibrio, es el último de los tres procesos cognoscitivos, que actúa como un mediador entre la asimilación y la acomodación, para producir un balance. Pozo (1994) destaca la importancia de la acomodación como un complemento de la asimilación, cuyo resultado es la adaptación al mundo real.

Etapas cognoscitivas

El desarrollo cognoscitivo, se manifiesta por medio de las siguientes etapas: 1) *sensoriomotora*, cuyo inicio es desde el nacimiento hasta los 2 años de edad, en esta, las actividades que lleva a cabo el niño se rigen a través de las sensaciones en interacción con su ambiente; 2) *etapa preoperacional*, la cual se distingue por que en el niño de los 2 a los 7 años se manifiesta la imaginación a través del juego; 3) en el período de las *operaciones concretas*, el pensamiento de los niños de 7 a 11 años se caracteriza por el aquí y el ahora, pero aun no es capaz de realizar hipótesis; 4) finalmente la fase de las *operaciones formales*, permite que el niño de 11 años hasta ser adulto sea capaz de pensar de manera abstracta de manera que toma en cuenta un sin fin de variables (Papalia, Wendkos y Duskin, 2004).

4.2.1.1 Pensamiento formal

La etapa de las operaciones formales, se inicia entre los 11 y 15 años de edad. (Maier, 1976). En este periodo cognoscitivo, los adolescentes responden a una problemática, formulando una serie de hipótesis elaboradas con sus experiencias o con la información con la que cuentan en ese momento, dichas hipótesis pueden ser verdaderas o falsas, sin embargo, pueden combinar todos los factores determinando el efecto de éstos en el momento de llegar a una conclusión (Deval, 1994).

“Razonamiento hipotético – deductivo”

Un *razonamiento hipotético*, analiza variables que aún no han sucedido pero que no están exentas de presentarse. El *razonamiento deductivo* va de lo general a lo particular, no importando que las premisas involucradas sean verdaderas o falsas (Wadsworth, 1991). Finalmente el razonamiento *hipotético – deductivo* se enfocará en la conclusión obtenida de una suposición y no de la experiencia (Brainerd, 1978 (citado en Wadsworth, 1991)).

Piaget (1964) considera que el adolescente es capaz de elaborar teorías abstractas, expresándolas por medio de la escritura o comentándolas, mostrando interés hacia las problemáticas de tipo político o filosófico, cuya finalidad es la transformación del mundo. Aunado a esto, Piaget y Inhelder en 1969, mencionan que el adolescente, tiene la capacidad de agrupar una serie de objetos, así como ideas, lo cual le permite generar nuevos conocimientos.

Abstracción reflexiva

La abstracción reflexiva es el proceso que parte de la información de que dispone el adolescente, y que logra reflexionar, para así generar nuevos conocimientos. Un ejemplo de esto son las *analogías*, ya que éstas requieren de la construcción de un nuevo conocimiento, como de la comparación de las propiedades de los objetos que componen la analogía (Wadsworth, 1991).

Una vez concluido el periodo de las operaciones formales, el adolescente comienza a pensar como lo hace un adulto, es decir, tiene la capacidad para poder hacerlo, debido a que cuenta con los “procesos lógicos” que utilizan las personas mayores en el momento de razonar, siendo capaz de reflexionar acerca del pasado, tanto como del presente y del futuro, analizando sus propios sentimientos, todo esto de manera independiente (Wadsworth, 1991).

4.2.2 Vygotski y la teoría sociocultural

A diferencia de Piaget, la teoría sociocultural de Vygotsky aborda la interacción del ser humano con el ambiente en el que se desenvuelve, contribuyendo a su desarrollo cognoscitivo, ya que este ambiente le proporciona habilidades que incorporará a su estilo de vida. (Vygotsky, 1978, citado en Papalia et al., 2004).

Pozo (1994) menciona que “el hombre no se limita a responder a los estímulos, sino que actúa sobre ellos transformándolos” (p.194), haciendo uso de *instrumentos o mediadores* que actúan entre el estímulo y la respuesta. Vygotsky (1978, citado en Pozo, 1994) considera dos tipos de instrumentos: 1) la herramienta, de la cual se hace uso para actuar sobre el estímulo modificándolo materialmente, por ejemplo, el martillo que actúa sobre el clavo y de esta forma lo modifica de manera directa; 2) “instrumentos que producen una actividad adaptativa distinta”, es decir, la cultura esta constituida por signos, “que median nuestras acciones”. El lenguaje resulta un claro ejemplo de signos utilizados con mayor frecuencia y que actúa sobre la realidad.

La diferencia entre el signo y la herramienta

La diferencia entre el signo y la herramienta es que el primero, modifica a la persona que hace uso del signo, y esto le permite la interacción con su medio ambiente. Los signos se encuentran en la cultura, de donde son tomados por el hombre para interiorizarlos, es decir, los signos son tomados del exterior para ser llevados al interior del individuo (Pozo, 1994).

Como lo indica Vygotsky (1978, citado en Pozo, 1994), la trayectoria del aprendizaje inicia en el entorno social de la persona, para finalmente llegar a ser intrapsicológica, ejemplo de lo anterior el “*movimiento de asir en acto de señalar*, al principio el bebé intenta coger un objeto estirando su mano hacia él, pero no lo alcanza. Su madre que lo ve interpreta sus deseos y le acerca el objeto. De esta forma, mediante su acción, el niño ha provocado la intervención de una acción mediadora que facilita el objeto. Poco a poco, esa mediación se va interiorizando y el niño, al estirarse hacia el objeto, no dirigirá en realidad su acción a éste sino a su madre. Ya no intentara recoger directamente al objeto, sino que lo señalará para que su madre se lo acerque” (p.197), dicha acción adquiere un significado.

”Zona de desarrollo potencial”

Vygotsky denomina *desarrollo afectivo* a lo que una persona es capaz de hacer por si solo, haciendo uso de los mediadores ya asimilados por la persona, sin embargo todo aquello que el sujeto puede hacer con ayuda de instrumentos o personas externas, Vygotsky le llama *desarrollo potencial*, y la diferencia entre lo que la persona sabe y lo que no, es considerado como *zona de desarrollo potencial*. Vygotsky menciona que el

facilitar de manera externa mediadores para su asimilación, resulta de gran relevancia en el campo educativo (Pozo, 1994).

4.2.3 La inmadurez en el pensamiento adolescente

Elkind, 1984 (citado en Papalia et al. 2004) identifica las siguientes actitudes y comportamientos en la manera de pensar de los adolescentes: 1) *detectan fallas en figuras de autoridad*, expresan de manera verbal su inconformidad ante los adultos, a los cuales en el pasado idealizaron, poniendo en evidencia sus defectos; 2) *tienden a discutir*, manifiestan sus diversos puntos de vista en una conversación; 3) *se muestran indecisos*, ante la toma de decisiones más simples, por ejemplo salir, o no de casa para reunirse con los amigos; 4) *hipocresía aparente*, es decir, los adolescentes pueden tener ideales como la paz o estar en contra de la contaminación, sin embargo, sus conductas muestran lo contrario; 5) *autoconciencia*, “supone que los demás están pensando lo mismo que él” (p.649); 6) *se piensan invulnerables*, es decir, que lo que les sucede a otros es casi imposible que a ellos les pase, esta tendencia extrema es denominada *mito personal*, sin embargo, este rasgo no se generaliza para todos los chicos, ya que puede llegar a ser característico de situaciones sociales muy específicas.

4.3 CAMBIOS PSICOSOCIALES

Los cambios psicológicos que acontecen durante la adolescencia son una consecuencia de transformaciones tanto físicas como fisiológicas, el chico se da cuenta de que ya no es un niño, pero que tampoco es un adulto y suele confundirse, entrando en una crisis que representa una oportunidad que implica un nuevo estilo de vida, que se da por medio de una serie de transformaciones, que provocan una desestabilización, que lleva a los chicos a refugiarse en si mismos (ensimismarse), anticipándose al fracaso con frecuencia, desconfiando de sus propios recursos para enfrentarse a la realidad, manifestando faltan de control en sus emociones, discuten por el gusto de hacerlo, exageran en cuanto lo que les sucede, y en ocasiones, suelen manifestarse creativos y vigorosos. La realidad es que su comportamiento resulta impredecible. Sin embargo, la comprensión y el apoyo por parte de su familia, así como de su entorno, serán indispensables por compleja que sea esta etapa (Guelar y Crispo, 2000; Izquierdo, 2003; Vargas y González, 1995).

4.3.1 El adolescente y las relaciones familiares.

La familia es un sistema en donde se moldean las conductas, es la estructura en donde un niño puede encontrar el sentido de pertenencia, constituye un papel muy importante en la vida del adolescente, ya que en la medida en que la familia se torne comprensiva ante los cambios del chico, su transición a la vida adulta puede ser más pasajera (Macías – Valdez, 2000; Mandelbaum, 1969; Moulton et al. 1966 citado en Horrocks, 1984)

4.3.2 Ambientes familiares

Macías – Valdez (2000) realiza una distinción entre los diversos ambientes dentro de las familias: 1) *ambiente hostil* predomina la violencia, en donde las agresiones están a la orden del día, formándose bandos que en ocasiones son constituidos: por el padre y una de las hijas, o bien la madre y alguno de los hijos. La parte contraria de la situación anterior la conforman los sentimientos de culpa y los reproches. Es indispensable recordar que la violencia no solamente es física pudiendo manifestarse de manera indirecta. De cualquier manera, esto puede facilitar la adhesión del adolescente a bandas de delincuencia, o a presentar algún tipo de adicción; 2) *ambiente descuidado*, se ha producido debido a que hoy en día no solamente el padre es el que sale a trabajar, sino también la madre, lo cual podría provocar la falta de atención hacia los hijos, y éstos a su vez experimentar sentimientos de soledad, facilitando la influencia de la publicidad en ellos, además de orillarlos a buscar refugio en otras personas; 3) en el *ambiente autoritario*, se imponen reglas y pautas de conducta, por alguno de los padres, causando un choque con las verdaderas necesidades del adolescente, el cual, querrá revelarse en la menor oportunidad que se le presente; 4) *ambiente disfuncional*, es decir, el funcionamiento de la familia es poco eficiente y sus miembros tienen poca interacción, lo cual empeora cuando lo anterior va acompañado por factores como: alcoholismo, agresividad, etc; lo que provoca que la crisis de identidad del adolescente se torne más difícil; 5) *ambiente armónico y equilibrado*, es el que se da generalmente cuando en la familia las tensiones son controladas con posibilidad de solución, y en el hogar se sabe afrontar las dificultades, por lo que el adolescente tendrá mayor oportunidad de encontrar apoyo moral, comprendiendo que los padres tienen límites en cuanto a la satisfacción de sus necesidades; 6) *ambiente desintegrado*, este factor puede atribuirse a la falta de entendimiento entre los padres, surgiendo constelaciones familiares *sui géneris*, causando

en los hijos poca adaptación en el hogar, provocando en él adolescente el sentimiento de que su familia existió pero que finalmente se ha separado.

4.3.3 Relaciones con los padres

Izquierdo (2003) indica que con el paso del tiempo el mundo sufre una serie de transformaciones y resulta frecuente que los hijos sepan cosas que los padres desconocen simplemente porque no existían, lo cual no significa que se les deba dar la razón en todo. La apertura mental y la flexibilidad por parte de los padres, contribuyen a la adaptación de nuevas formas de vida facilitando la comunicación con los hijos, ya que durante esta etapa de desarrollo comienza a surgir una gran brecha de diferencias.

Ausencia de los padres

Un hogar que cuenta con los dos padres constituye un gran apoyo tanto en la niñez como en la adolescencia. Se sabe que los chicos entre 12 a 17 años que viven con sus padres ya sean adoptivos o biológicos, tienen menos riesgos de caer en las adicciones (Jonson, Hoffman y Gerstein 1996, citado en Papalia et al., 2004). Sin embargo, el divorcio puede ser benéfico, ya que puede actuar como un reductor de conflictos (Baber y Eccles 1992, citado en Papalia et al., 2004).

Guelar y Crispo (2000) consideran que cuando los padres se ausentan, son *los abuelos* los que en ocasiones toman su lugar, generando vínculos muy estrechos con los chicos, esto facilita el diálogo en presencia de las dificultades y, por lo general, los abuelos suelen mostrarse más comprensivos y menos ansiosos, lo cual proporciona confianza en sus nietos. Algunos de los adolescentes suelen ser emprendedores pero sensibles ante la autoridad, percibiendo las ordenes como limitaciones a su potencial, critican a los adultos y resaltan sus defectos, tienen una gran necesidad de integrarse a un grupo y la mayoría de las veces adoptan sus modas (Izquierdo, 2003).

Roces entre padres e hijos

Suelen ser inevitables los roces entre padres e hijos debido a la necesidad de independencia por parte de los segundos. Lo anterior no se presenta en todos los casos, ejemplo de esto son los adolescentes de nacionalidad estadounidense de origen mexicano, quienes durante la pubertad buscan el acercamiento con sus progenitores (Molina y Chassin 1996, citado en Papalia et al., 2004).

Lamborn et al. (1991, citado en Papalia et al. 2004) consideran que la democracia entre padres e hijos, les permite a los primeros poder escuchar y negociar con sus adolescentes. Izquierdo (2003) propone que una manera de orientar a los adolescentes es el tener una mente abierta ante los cambios que experimentan, tomando en cuenta las equivocaciones que puedan cometer, sacando provecho de éstas; comprender el contexto social en el que se desarrolla así como respetar su vida privada; aprovechar la oportunidad de escuchar sus opiniones ya que éstas pueden llegar a resultar muy valiosas.

Barber 1994 (citado en Papalia et al., 2004) destaca los factores que pueden ser causa de conflictos en la familia, estos son: las cuestiones escolares, trabajos domésticos, relaciones con la familia y los amigos. Sin embargo, este tipo de situaciones conflictivas, suelen estabilizarse durante la mitad de la adolescencia (Fulgini y Eccles, 1993; Molina y Chassin, 1996; Steinberg, 1988 citados en Papalia et al., 2004).

4.3.4 Los hermanos

Guelar y Crispo (2000)(no esta la referencias consideran que “cuando hay hermanos, generalmente las relaciones no son muy fluidas. Hay muchas peleas o mucha indiferencia. A veces se establece lo que solemos llamar *relaciones radicales* en las familias, donde el centro está en los padres o en uno de los progenitores, y los demás parecen comunicarse a través de ese centro, sin una conexión entre ellos” (p. 83). La diferencia de edades entre hermanos puede ser la causa de su distanciamiento, sin embargo cuando las edades son aproximadas, pueden llegar a compartir actividades deportivas, escolares o sociales (Guelar y Crispo 2000). Por su parte Learson et al., (1996, citado en Papalia et al. 2004) menciona que los adolescentes pasan poco tiempo con sus hermanos, ya que prefieren estar con sus amigos, por lo cual Buhrmester y Furman (1990, citado en Papalia et al., 2004) observa que dicho distanciamiento se acentúa cuando el adolescente cursa la secundaria, ya que se pone en evidencia que las relaciones entre hermanos cada vez suelen ser más lejanas.

4.3.5 El adolescente y la educación

“De algún modo, la secundaria es una representación en escala reducida de la realidad comunitaria” (p.115), en ella existen reglamentos y autoridades que acatar, lo que representa en ocasiones un gran reto para los alumnos, ya que es cuando se requiere un nivel de responsabilidad mayor, principalmente por que el número de materias aumenta y no siempre son del agrado de los estudiantes, además la escuela es un lugar en donde los alumnos suelen reunirse de manera supervisada y proporciona la posibilidad de adquirir nuevas habilidades o reforzar las ya existentes. (Macías – Valdez, 2000; Papalia et al. 2004).

4.3.5 Deserción y bajo rendimiento escolar

Cuando la crisis que se vive durante la adolescencia, es severa, puede provocar una deserción escolar, y el alumno perder uno o dos años de estudio. Los chicos que renuncian al colegio, se clasifican en: *a) desertor involuntario*, el cual abandona los estudios a causa de una incapacidad física o por cuestiones familiares; *b) desertor retrasado*, caracterizado por aquel alumno que posee una capacidad intelectual baja que le provoca un bajo rendimiento o deserción; y por último *c) desertor capaz*, que como su nombre lo indica posee la capacidad para culminar sus estudios, sin embargo, es de los alumnos que deciden abandonar el colegio, solo por el gusto de hacerlo. (Macías – Valdez, 2000; Voss et al. 1966 citado en Papalia y Wendkolds, 1978).

Por lo anterior, resulta indispensable que tanto padres como educadores estén alerta, y tomen algunas medidas ante la deserción escolar, buscando algunas actividades compensatorias. Por otra parte, un bajo aprovechamiento educativo trae como consecuencia la reprobación de materias, por lo cual, resulta indispensable mencionar que el rendimiento escolar está ligado a factores como: el sistema de estudios, el nivel académico, la forma de enseñar, y la integración del alumno a dicho sistema educativo (Macías – Valdez, 2000; Voss et al. 1966 citado en Papalia y Wendkolds, 1978).

El adolescente y los medios de comunicación.

“En la medida que aumenta la edad, aumenta también el nivel de conocimiento general, así como el conocimiento concreto y la experiencia que sustenta cada actitud. En consecuencia, las actitudes de las personas se vuelven progresivamente más resistentes” (Briñol, De la Corte, y Becerra, 2001, p.135).

Los adolescentes tienen deseos de pertenecer al grupo en el cual se mueven frecuentemente, pierden su individualidad, a tal grado que por su parecido entre sí, parecen clones, ya sea por su forma de vestir o de peinarse. En este sentido, la influencia que ejercen los medios de comunicación sobre los adolescentes los lleva a competir con sus compañeros y amigos, en cuanto a sus gustos, vestimenta y pasatiempos (Perinat, Corral, Crespo, Doménech, Font- Mayulas, et al. 2003).

Además, los medios de comunicación, al ser portavoces y creadores de estereotipos (Carrillo, 2003), principalmente referentes a la estética, tienen una fuerte influencia sobre los adolescentes. En un estudio realizado por Groesz, et al. (2002) se encontró que las chicas menores de 19 años son más vulnerables a apegarse a los estereotipos que demandan cuerpos delgados. Durante la infancia y el inicio de la adolescencia, se inicia la comparación entre el propio cuerpo y el de los demás, y las chicas que no cumplen con el ideal de belleza, sufren con su propio cuerpo (Levine y Smolak, 1998; Smolak y Levine, 1996 citado en Groesz, et al. 2002). Aunque cabe señalar que la posibilidad de moldear el cuerpo y controlar el peso adhiriéndose a este modelo, depende de factores genéticos (Polivi y Herman, 1999; citado en Groesz, et al. 2002). También cabe señalar que los adolescentes son grandes consumidores, en parte gracias al presupuesto familiar, ya que en ocasiones trabajan de manera eventual para adquirir: ropa de marca, celulares, y diversiones en general (Perinat, et al. 2003).

4.4 SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Macías – Valdez (2000) considera a la sexualidad desde dos puntos de vista: 1) *psicológico*: se refiere a las conductas, cuya finalidad es la satisfacción sexual. 2) sexualidad desde el enfoque *social*, que son el conjunto de reglas que limitan la manifestación de la misma ante una sociedad.

4.4.1 Dimensiones de la sexualidad

Izquierdo (2003) reconoce tres dimensiones en la sexualidad:

1) *Área afectiva*. Esta hace alusión a la capacidad de amar, alcanzando un cierto grado de madurez; 2) *Área sexual* se refiere a las características físicas de la persona; y por último, la tercera dimensión es la más vulnerable, la que conduce a la reproducción; 3) *Área genital* el ejercicio de la sexualidad tiene como finalidad la reproducción. Sin embargo, durante la etapa adolescente tiene que enfrentar muchas cuestiones de tipo social, pero sobre todo, enfrentar las responsabilidades que trae consigo el ejercerla,

como puede ser un embarazo no deseado, un aborto, o infecciones de transmisión sexual (Macías-Valdez, 2000).

Así por ejemplo, de acuerdo con Sánchez y Hernández (1995, citado en Macías – Valdez, 2000) en una encuesta llevada a cabo en 3432 adolescentes escolares entre 15 y 18 años de la ciudad de México, se encontraron los siguientes datos, en una muestra fue de 49.7% mujeres y 50.3% hombres que cursaban el bachillerato:

- La edad de la primera eyaculación en los hombres se situó entre los 10-12 años, en 92.8% de los casos; la edad del primer orgasmo en las mujeres se situó entre los 11 – 12 años en 87.5% pero sólo respondieron a esta pregunta 14% de los hombres y 27% de las mujeres.
- El 36% de los hombres y 47% de las mujeres respondieron haber tenido relaciones por lo menos una vez. La mayoría de éstos las tuvieron entre los 15 y los 16 años.
- La atracción por otras personas del mismo sexo- “casi siempre” -, se situó en alrededor de 5% para hombres y 6% para mujeres y el total- incluyendo algunas veces” fue alrededor de 9% en ambos sexos.
- El 80% de los hombres y 30% de las mujeres reconocieron haberse masturbado, lo cual sitúa la frecuencia de la masturbación en dos a tres veces mayor en el hombre que la mujer.
- La angustia asociada a la efectividad sexual se presentó en 44% de las mujeres y en 30% de los hombres (p. 120).

4.4.2 Conocimiento de los jóvenes sobre temas sexuales

Coger (1980) considera que la difusión de temas sexuales puede contribuir a la prevención de enfermedades venéreas, así como ayudar a despejar dudas acerca de la masturbación y métodos anticonceptivos. Abama et al., (1997, citado en Papalia et al., 2004) indica que en especial los condones ayudan en la prevención de enfermedades que se transmiten por la vía sexual.

4.5 ALIMENTACIÓN EN EL ADOLESCENTE

4.5.1 Alimentación

Morón (2003) señala que la alimentación es una conducta realizada de manera voluntaria, por medio de la cual se selecciona que alimentos ingerir para el mantenimiento del organismo, la cual se ve influenciada por factores económicos y publicitarios.

Alimentos

De acuerdo con Morón (2003), “se consideran alimentos todas aquellas sustancias o productos de cualquier naturaleza, sólidos o líquidos, naturales o transformados, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación, sean susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados para la normal nutrición humana o furtivos”(p. 45).

Gracias a la tecnología, hoy en día se pueden ofrecer una gran variedad de nuevos alimentos a los consumidores. Sanz (1999, citado en Soto, 2002). Los alimentos nutraceuticos (entre los que se encuentran los denominados light o ligeros y adicionados de nutrimentos); alimentos análogos o sustitutos (carnes artificiales); alimentos transgénicos (se basan en la ingeniería genética); por último se encuentran los alimentos precocidos y congelados. Estas clases de comestibles tienen una función preventiva, ante enfermedades y así salvaguardar la salud. Por lo anterior, es necesario que por medio de las etiquetas de éstos, se informe a las personas que es lo que están ingiriendo (Sanz, 1999; Mirer, 1993, citado en Soto, 2002).

Nutrición

Morón (2003) define el término nutrición como el proceso interno de tipo fisiológico, en el cual intervienen factores como la digestión, absorción, transporte, almacenamiento y eliminación, todo esto se lleva a cabo haciendo uso de las sustancias contenidas en los alimentos.

Estas sustancias son denominadas como nutrimentos y representan la fuente de energía que utiliza el organismo, apoyándolo en la creación y reconstrucción de tejidos, para su buen funcionamiento (Guelar y Crispo, 2000).

Por su parte Bourges, (1999, citado en Salas, 2003) destaca que cualquiera que sea el alimento, sus nutrimentos deberán cumplir con tres funciones:

1) *Actuar como combustible*.- es decir, proporcionan energía para el organismo, la cual se obtiene en mayor cantidad de productos como: los cereales, el pan, la tortilla, el amaranto y los atoles. La energía recibida de este tipo de alimentos, contribuye a

mantener la temperatura del cuerpo, así como a facilitar la transmisión de mensajes por medio del sistema nervioso.

2) *Tener una función estructural.*- los nutrimentos recibidos en forma de alimentos ayudan a la formación de tejidos (músculos, nervios, óseo, y sanguíneo). Por ejemplo, la cicatrización de heridas es una forma de la reconstrucción del tejido.

Durante la adolescencia, se requieren mayores cantidades de nutrimentos para facilitar el desarrollo corporal. Entre los principales nutrimentos destacan: el agua, los aminoácidos, los ácidos grasos, el calcio y el fósforo.

3) *Contribuir al control del metabolismo.*- los nutrimentos son absorbidos por el intestino sufriendo una serie de transformaciones para ser adheridos a cada una de las células, esto último es gracias a las *vitaminas*, las cuales son pequeñas cantidades de sustancias de tipo orgánico que están contenidas en los alimentos.

Minerales importantes en los adolescentes

Los minerales, son sustancias de origen inorgánico. Los de mayor importancia durante la adolescencia son: el hierro, el calcio y el zinc. El hierro es fundamental para la transportación del oxígeno a los tejidos del cuerpo, además de que es un componente de la hemoglobina, los alimentos que lo contienen son los cereales, las verduras, el pescado y los mariscos, también se encuentra en la yema de huevo; al dar inicio la adolescencia, tanto varones como mujeres, requieren 18 mg diarios de este mineral, sin embargo, en el caso del sexo masculino después de los 18 años, solo necesitan 10 mg, en tanto que las mujeres de esta edad continúan requiriendo 18 mg como consecuencia de la pérdida de hierro durante la menstruación. El *calcio*, el *fosfato* y la *Vitamina D*, contribuyen a la formación de huesos de calidad. El fosfato junto con el calcio ayudan a la construcción de los huesos, por otro lado la vitamina D facilita la absorción de éstos dos minerales, en los huesos (Castells y Silber; 1998 Salas 2003).

Entre los alimentos que contienen calcio se encuentran: las tortillas, la leche, el pescado, la sardina, los charales y el berro. Hasta la edad de 18 años se requieren 1,200 mg lamentablemente la alimentación de los adolescentes posee cantidades menores a esta, por lo cual se recomienda que consuman productos lácteos, como la leche, la cual contiene 349 mg de calcio (Castells y Silber, 1998).

El zinc se localiza en los alimentos de origen animal, como son el pescado, las carnes, las aves y también en los frijoles. Este mineral es necesario durante la pubertad, debido a que en esta etapa se da el conocido “estirón”. El sexo femenino requiere de 12 mg de zinc, mientras que en los varones necesitan 15 mg. (Castells y Silber, 1998; King, 1996, citado en Ballabriga y Carrascosa, 1998).

La pirámide nutricional

Ballabriga y Carrascosa (1998) indican, que la pirámide nutricional facilita el aprendizaje de las recomendaciones alimenticias. Guelar y Crispo (2000) indican que los alimentos se clasifican en cinco grupos, el primero de ellos está conformado por los *hidratos de carbono* (cereales, pastas); el segundo lo integran las *frutas y verduras*; el tercero corresponde a los *lácteos*; el cuarto está conformado por *carnes rojas, carnes blancas y huevo*; y el último está integrado por *sustancias grasas*. Se recomienda que del grupo uno y dos de la pirámide se consuma en un porcentaje del 55 y el 60%; en el grupo tres y cuatro se ingiera entre un 15 a 20%; finalmente, un 25 a 30% del grupo graso. De acuerdo con Block y cols. 1985 (citado en Ballabriga y Carrascosa, 1998) en Estados Unidos solamente el 33% de las personas, consumen alimentos pertenecientes a los cinco grupos.

Una mala nutrición contribuye a provocar alteraciones en el desarrollo, resulta fundamental que en la adolescencia se ingieran alimentos como la leche, el queso o el yogurt, debido a que son ricos en calcio el cual es indispensable para que los huesos sean de calidad. Durante la menstruación es importante considerar en la dieta el consumo de carne, ya que contribuye a la producción de estrógenos y a la fijación de calcio en los huesos (Guelar y Crispo, 2000).

Castro, Llanes y Margain (2003) agregan que una manera de prevenir la anemia, el estreñimiento, úlceras estomacales, así como al mantenimiento de una piel en buenas condiciones, es ingiriendo principalmente: acelgas, zanahorias, papas, chícharos, camotes y ejotes.

Por su parte, Ballabriga y Carrascosa (1998) recomiendan la disminución de grasas saturadas, así como ingerir mayores cantidades de fibra, calcio y hierro, acompañado de un moderado consumo de sal. Steinmetz y Potter (1996, citado en Ballabriga y Carrascosa, 1998) recomiendan los vegetales (zanahoria y el tomate), y frutas ya que esta clase de alimentos pueden proteger de enfermedades como el cáncer.

Metabolismo basal (MB)

Boothby y Sandiford (1929 citado en Martín, 2002) definen por vez primera el término *metabolismo basal*, considerándolo como la energía que requiere una persona para el mantenimiento de sus funciones fisiológicas, en un estado de reposo, sin considerar el sueño y con un ayuno de doce horas.

Martín (2002) manifiesta que el metabolismo basal, además de ser la energía necesaria para el mantenimiento de las funciones corporales, contribuye a la reparación, como consecuencia del deterioro orgánico. Castro, Llanes y Margain (2003) indican que es importante saber cuantas calorías son recomendables consumir, de lo contrario se corre el riesgo de ingerir una cantidad calórica inferior, no siendo esta proporcional con el desgaste energético del cuerpo, provocando una disminución en el peso. Por otra parte, cuando se gasta menos energía y es mayor el consumo de calorías sucede el efecto contrario.

Alimentos ligeros denominados “Light”

Cheftel (1995, citado en Soto 2002) indica que los productos *light* o *ligeros* forman parte de los *nuevos alimentos*. El término *light*, (Soto, 2002) quiere decir que el producto se encuentra reducido en un 50% en sus ingredientes, tomando como referencia al alimento original. Westerhoefer (1995, citado en Soto 2002) menciona que éstos, contienen menos grasas así como menor cantidad de carbohidratos, que por lo regular son fácilmente identificables gracias a su etiquetado. Sin embargo, Álvarez (2004) opina que el término *light* adquiere un significado diferente dependiendo del tipo de alimento, es decir, si se trata de leche, significa que esta es baja en grasa o no tiene nada de grasa, otro ejemplo es el de los refrescos ya que cuando son considerados *light* es porque son bajos en azúcar, en el caso de las gelatinas y galletas el endulzante es fructuosa y no azúcar. En la actualidad, existe una gran variedad de productos considerados como *light* (la leche, el queso, la crema, la carne, los aderezos, mayonesas, pan, galletas, dulces, chocolates, gelatinas etc.).

4.5.2. Requerimientos energéticos en el adolescente

Como observa Martín (2002) la energía es considerada como la capacidad que posee un organismo para la realización de una labor. El equilibrio de energía se da solamente si el consumo de ésta (en forma de alimentos), es igual al que se gasta, y para

lograrlo se tienen dos opciones: la primera es el aumento o disminución de actividad física o bien el aumento o disminución del consumo de alimentos. Cuando el ingreso energético, es mayor del que se gasta, se acumulará en forma de grasa, en caso contrario el organismo utilizará sus reservas. Como el autor indica, la unidad de medida determinante del valor calórico tanto de alimentos así como del gasto metabólico del cuerpo, es la *caloría* (cal), debido a que es una unidad muy pequeña, suele utilizarse el término *kilocaloría* (Kcal) cuyo equivalente es a 1000 calorías.

De acuerdo con Castells y Silber (1998) es importante tener en cuenta las diferencias individuales entre adolescentes de la misma edad, ya que no siempre requieren las mismas cantidades de calorías, esto dependerá de las actividades físicas que realicen, así como de su género. De acuerdo con las estadísticas, los adolescentes varones de 11 a 14 años, requieren de 2,500 calorías, mientras que los comprendidos entre los 15 y 18 años necesitan alrededor de 3,000 calorías diarias. El requerimiento calórico en el caso de las chicas se sitúa alrededor de las 2,200, cifra que en algunos casos disminuye a la edad de 15 y 18 años.

Durante la pubertad los adolescentes pueden llegar a necesitar más calorías que un adulto de igual peso y estatura, esta necesidad calórica se manifiesta por medio del apetito, que es una consecuencia del crecimiento, el cual resulta contraproducente si se come más de lo debido, en tal caso la mejor opción es acudir con un especialista (Castells y Silber, 1998; Castro, Llanes, y Margain, 2003).

4.5.3 Hábitos alimentarios en el adolescente

Los hábitos alimentarios están basados en actitudes familiares y culturales que se imitan y transmiten, siendo factores determinantes en la salud del adolescente (Vargas y Gonzales, 1995; Zamarrón, 2003).

Desayuno

Guelar y Crispo (2000) señalan que la importancia de ingerir alimentos durante la mañana, es porque en el transcurso del día, se requiere de energía para el correcto funcionamiento del organismo. Por su parte Ballabriga y Carrascosa (1998) mencionan que “el desayuno permite facilitar energía que contribuye a la regulación de los cambios metabólicos y hormonales que se producen en el curso del periodo que comprende desde

la última toma de alimento del día anterior hasta la mañana siguiente” (p. 341). Es decir, como lo señalan Castro, Llanes y Margain (2003) cada célula de nuestro cuerpo, así como todos sus órganos, continua trabajando durante las noches. La ausencia del desayuno se manifiesta por medio de cansancio que además, como lo mencionan Ballabriga y Carrascosa (1998), disminuyen los niveles de insulina y de glucosa. La prolongación del ayuno puede provocar: cetosis, anemia, daño hepático, piedras en los riñones, así como desperdicio de minerales (Álvarez, 2004).

Comida rápida “Fast food”

Morón (2003) indica que “la comida *fast - food* es la respuesta culinaria y social donde la presentación, el servicio rápido y las propiedades gustativas tienen más valor que las nutricionales” (p. 37). Al parecer, un servicio rápido, está por arriba de las propiedades nutritivas. La inclinación a este tipo de alimentos se debe a que los estilos de vida han cambiado, un ejemplo, son las mujeres que trabajan fuera del hogar a cambio de un mayor ingreso, por lo que les es más difícil preparar su propia comida (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

En una encuesta realizada en adolescentes el 79% reveló su preferencia hacia las comidas rápidas, sin embargo el 32% mostró su inconformidad por el contenido de grasa en éstas (Chauliac y de Beco 1996, citado en Ballabriga y Carrascosa, 1998).

Snacks

Ballabriga y Carrascosa (1998) denominan *Snacks* a los comestibles, ya sean sólidos o líquidos, que por lo regular son ricos en grasa y azúcar, cuya característica principal es que se ingieren entre comidas formando parte de un estilo de vida. Algunos ejemplos son: los bocadillos, pastelería, frutas, helados y batidos.

Proporcionan un alto valor energético, por lo cual Evans y Cronin (1986, citado en Ballabriga y Carrascosa, 1998) consideran que pueden resultar benéficos para el adolescente ya que en esta etapa se requieren mayores cantidades de energía para su desarrollo. Sin embargo, Ballabriga y Carrascosa (1998) señalan que esto depende de los nutrimentos que conforman al *snack*. Se sabe que se consume un poco más del 40% de este tipo de alimentos, entre ellos destacan las bebidas de dieta, frutas y lácteos.

Datos proporcionados por Cavadini (1996, citado en Ballabriga y Carrascosa, 1998) muestran que alrededor de un 60% de la población adolescente de ambos sexos

acostumbran comer snacks tres veces al día, mientras que el 62% lo hace por las mañanas y el 64% los consumen por la tarde.

La hora de la comida resulta de mucha importancia, ya que ésta representa la oportunidad de la convivencia en donde se decide que alimentos consumir y en donde, los adolescentes externan sus preferencias. Cabe mencionar que el apoyo familiar facilita la introducción de nuevos hábitos alimentarios (Castells y Silber, 1998).

Cultura light

El cuidado del peso corporal es un factor que contribuye al mantenimiento de la salud; sin embargo, se corre el riesgo de tener una excesiva valoración por la figura ideal, dejando de lado el placer de comer y con ello promoviendo la cultura light, la cual se ha mantenido en parte por las presiones sociales, ejemplos de esto son aquellas adolescentes que toman un refresco light porque sus amigas lo hacen o él oficinista que consume cerveza light por moda, incluyendo el pensar que todo el entorno es “light”, como la vida, el trabajo, y hasta el amor (Álvarez, 2004).

4.5.4 Dieta crónica y restringida

Dieta crónica

Es la exclusión de ciertos alimentos de la dieta; cuando se reciben estímulos negativos el organismo mediante sus señales químicas cambia el modelo de comportamiento alimentario, controlando el apetito y la saciedad, y al mismo tiempo modifica la forma de percibir los alimentos. Se puede llevar más de un año con restricciones dietéticas, en donde se rechaza la comida con mayor valor calórico y se reduce la comida de sabor dulce o que contenga grasas. En comparación con lo anterior, en condiciones normales son pocas las variaciones a la conducta alimentaria, ya que el propósito principal es asegurar la salud (Zamarrón, 2003).

Dieta restringida

A la dieta restringida también se le denomina, *dieta desequilibrada* y es aquella que promete una reducción rápida del peso corporal, básicamente restringiendo algunos de los alimentos, y que por lo general no son diseñadas por un profesional de nutrición (Morón, 2003; Zamarrón, 2003).

Álvarez (2004) ha observado que niñas de 6 a 8 años se someten a dieta, y considera que es en las revistas, donde aparecen una gran variedad de éstas. Es importante recordar también que durante la adolescencia, de acuerdo con lo que mencionan Castells y Silber (1998) se manifiesta cierta confusión respecto al peso corporal, y al final de esta etapa, tiende a incrementarse la acumulación de grasa, en algunas partes del cuerpo, en el caso de las chicas esta se distribuye en los pechos, abdomen, caderas y por último en las nalgas, siendo esta fase influenciada por factores de origen genético. De acuerdo con Guelar y Crispo (2000) mencionan que en el caso del varón el incremento corporal se da en la espalda y hombros.

Álvarez (2004) considera que la obsesión por el peso ideal se ve reforzada por la presión que ejerce la sociedad, de manera que existe una discriminación hacia las personas con sobrepeso. En la actualidad, existen una gran variedad de anuncios, clínicas, libros que se enfocan en la reducción corporal.

4.5.5 Consecuencias de una alimentación deficiente en el adolescente

Vargas y González (1995) exponen las consecuencias de una alimentación deficiente durante la adolescencia: disminución o detención del crecimiento, predisposición a enfermedades, pocas defensas en su organismo, problemas hormonales así como deficiencia en la agudeza visual, retraso en cambios de origen biológico, dificultades hormonales, ausencia de concentración y bajo rendimiento escolar. Por su parte, Castells y Silber (1998) consideran que una dieta adecuada puede disminuir ciertos factores de riesgo para algunas de las enfermedades, como pueden ser: cardíacas (por excesivo consumo de grasas saturadas), osteoporosis (ausencia de calcio en los huesos), hipertensión arterial (elevado consumo de calorías y sal), estreñimiento (ausencia de fibra), caries dentales (debido a glúcidos, azúcares y ausencia de flúor).

Salas (2003) refiere que la ausencia de algunos minerales como el *calcio* puede ser causa de raquitismo, osteoporosis y osteomalacia, esta última se caracteriza por el reblandecimiento del tejido óseo. Por otra parte, la disminución de *hierro* facilita la aparición de anemia especialmente en mujeres, esta enfermedad consiste en falta de oxígeno en los tejidos, causando fatiga, falta de concentración, luciendo un aspecto pálido por falta de hemoglobina. La deficiencia de minerales como el sodio provoca el bocio y la carencia de sodio provoca debilidad, perturbaciones nerviosas y calambres.

Guelar y Crispo (2000) enlistan las siguientes consecuencias de la desnutrición:

- Pulso lento, hipotensión.
- Mareos, desmayos, cefaleas.
- Dolores abdominales, acidez.
- Retardo en el vaciamiento del intestino, constipación.
- Cambios en el ritmo cardíaco (bradicardia, taquicardia).
- Trastornos en la regularidad menstrual o falta de menstruación en personas con peso muy bajo o en aquellas mujeres que ayunan exageradamente.
- Alteraciones de la función hormonal.
- Disminución de la temperatura corporal (intolerancia a bajas temperaturas, frío), adormecimiento (pies, manos).
- Caída del cabello y desarrollo de lanugo (vello fino como el de los recién nacidos, en áreas en donde generalmente no lo hay).
- Trastornos en la atención, concentración y memoria.
- Disminución del rendimiento físico en la actividad deportiva.
- Fatiga o cansancio crónico, debilidad muscular.
- Irritabilidad e intolerancia a la luz o los ruidos.
- Sentimientos de tristeza.
- Pérdida de interés en lo que antes resultaba placentero, apatía.
- Sentimientos de culpa, impotencia y desesperanza hacia el futuro.
- Aislamiento social, ensimismamiento, dificultad en la interacción con otros.
- Dificultad para conciliar el sueño a la noche, somnolencia diurna.
- Desinterés por la relación amorosa y sexual.
- Conductas obsesivas (pp. 190 - 191).

Recomendaciones para una adecuada alimentación en adolescentes

Vargas y González (1995) consideran que la dieta de los adolescentes debe ser *adecuada*, considerando la edad, estatura, peso y estado general de salud; *equilibrada* es decir que contenga carbohidratos, lípidos, minerales y proteínas, todos estos de manera proporcionada; *variada*, debe incluir cereales, tubérculos, leguminosas, carnes, frutas y verduras; finalmente estos autores, coinciden con Castells y Silber (1998) en

cuanto a que la dieta debe ser *suficiente*, proporcionando los nutrimentos, para un adecuado crecimiento.

5. PLAN DE INVESTIGACIÓN

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y el otro en psicoeducación.

5.2 PROBLEMA GENERAL

Los programas de prevención (formación de audiencias críticas y psicoeducativo) serán eficaces en la reducción o eliminación de factores de riesgo en trastornos alimentarios y de manera específica en:

- a) figura ideal
- b) satisfacción / insatisfacción
- c) influencia de la publicidad
- d) seguimiento de dieta

5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: **Programa de Intervención de Audiencias Críticas y Psicoeducativo**

Definición conceptual: Formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva: Análisis y reflexión crítica sobre las razones que llevan a los sujetos a exponerse y a seleccionar determinado tipo de medios de comunicación, así como a la cantidad y forma en que interiorizan lo que les presentan. (Charles y Orozco, 1990).

Definición operacional: La formación de un análisis crítico hacia los estímulos de comunicación determinado a través de la puntuación obtenida al final de intervención. Asistencia mayor al 60% al programa de prevención.

Definición conceptual: Psicoeducativo: Programa de intervención cuyo objetivo principal es transmitir información a un grupo determinado de jóvenes, para la búsqueda de soluciones, ante un problema

determinado (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001 citado en García y Téllez, 2004).

Definición operacional: Estrategia planificada con el objetivo de reducir factores de riesgo relacionados con los trastornos alimentarios (Anorexia y Bulimia). Asistencia mayor al 60% al programa de prevención.

Variable dependiente: **Figura ideal delgada**
Definición conceptual: Es la introyección del deseo de una figura ideal delgada (Gómez Peresmitré, 2001a).

Definición operacional: Diferencia que resulta de comparar la figura ideal pre y post intervención, por medio de las siluetas presentadas en el Cuestionario de la Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1993).

Variable dependiente: **Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal**
Definición conceptual: Es la evaluación que se realiza de forma perceptiva sobre la globalidad del propio cuerpo de tal forma que resulte favorable o desfavorable (Bruchon-Schweitzer, 1992, p.164).

Definición operacional: Es la diferencia que resulta de comparar la figura actual con la figura ideal, las diferencias entre éstas se interpretan como insatisfacción con la imagen corporal, y cuando no existen disonancias, es decir, sean iguales a cero indicaran que existe satisfacción. El deseo de poseer un cuerpo más delgado se interpretará cuando exista una insatisfacción positiva y la intención de tener cuerpo más grueso cuando haya insatisfacción negativa (Gómez Peresmitré, 1997; Gómez Peresmitré et al., 2001b) por medio del Cuestionario de la Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1993).

Variable dependiente:	Influencia de la publicidad
Definición conceptual:	El atractivo que la publicidad sobre productos adelgazantes despierta (Toro, Salamero y Martínez, 1994).
Definición operacional:	La puntuación emanada del cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro, Salamero & Martínez, 1994, validado por Vázquez, Álvarez Mancilla, 2000).
Variable dependiente:	Seguimiento de dieta
Definición conceptual:	Régimen alimentario, cuya finalidad es la de controlar el peso Gómez Peresmitré & Ávila (1998).
Definición operacional:	El puntaje que se obtendrá a partir de las respuestas a los reactivos. El Factor de dieta crónica y restringida de efrata (Eigen value =1.93, Varianza explicada= 2.6%, alpha= .8136) se encuentra en el Estudio sobre Alimentación y Salud (Gómez Peresmitré, 1993).

5.4 MÉTODO

Diseño de investigación

Se realizó una investigación de campo, exploratoria, empleando un diseño con mediciones Pre – test y Post – test (antes y después del tratamiento), con dos grupos, con, observaciones dependientes e independientes.

Muestra

Se trabajó con una muestra de 40 adolescentes mujeres, de las cuales se asignaron al azar 20 participantes para el grupo de formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva, así como 20 participantes para el grupo psicoeducativo, cuyas adolescentes deberían presentar uno o más factores de riesgo asociados con imagen corporal, conducta alimentaria, sin obesidad, insatisfacción (es decir que querían ser más delgadas) y / o seguimiento de dieta, para finalmente obtener una N = 10, para cada uno de los grupos.

Las participantes eran estudiantes pertenecientes a una secundaria pública del Distrito Federal, que se encontraban cursando el 1er. grado de secundaria, cuya edad promedio fue de 12.25 años, con una desviación estándar de 0.44.

INSTRUMENTOS Y APARATOS

Cuestionario Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1993).

Se aplicó el Cuestionario de la Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez-Peresmitré, 1993) el instrumento buscó determinar la existencia de factores de riesgo relacionados con la imagen corporal y la aparición de TCA en adolescentes y adultos.

Para efecto de esta investigación se exploraron las siguientes áreas:

- **Sociodemográfica**

Sección A: Está compuesta por 13 reactivos que indaga sobre edad, escolaridad y ocupación de los padres, nivel socioeconómico, etc.

- **Figura actual**

Sección B: Esta formada por una escala visual que contiene 9 siluetas que van desde las muy obesas hasta las muy delgadas las cuales se encuentran distribuidas al azar, a partir de las cuales se eligió la que tuviera a juicio de las participantes mayor parecido con su propia figura.

- **Seguimiento de dieta**

Sección C: Este apartado está integrado por 10 reactivos, los cuales indagan acerca de los hábitos en la alimentación.

- **Figura ideal**

Sección F: Está formada por una escala visual que contiene 9 siluetas que van desde las muy obesas hasta las muy delgadas las cuales se encuentran distribuidas al azar, a partir de las cuales se eligió la que represente la figura ideal que las participantes desearían tener.

▪ **Antecedentes de TCA**

Sección H: Está compuesta por 12 reactivos de opción múltiple. Abordando aspectos sobre los antecedentes familiares.

Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC, Toro et. al, 1994).

Este instrumento inicialmente se diseñó para determinar como se ve influenciado el modelo estético corporal a partir de la influencia de determinados agentes. En México, se evaluaron psicométricamente por Vázquez et. al.(2000), 1001 mujeres que estudiaban el bachillerato y la licenciatura con edades que oscilaban de 14 a 33 años. Se encontró un coeficiente de validez alpha de 0.94 con 4 factores:

- a) Influencia de la publicidad (alpha 0.92).
- b) Malestar por la imagen corporal y conductas para reducir peso (alpha 0.86).
- c) Influencias de modelos sociales (alpha 0.75).
- d) Influencias de las relaciones sociales (alpha 0.63).

En esta investigación se trabajó únicamente con el factor influencia de la publicidad. Este se compone por 14 reactivos de opción múltiple que indagan sobre el interés por actividades o productos adelgazantes promovidos en la publicidad. (alpha 0.92).

Cuestionario de hábitos de consumo televisivo.

Examina la frecuencia con la cual las participantes ven la televisión, la preferencia que tienen por ciertos canales, programas y horarios. Cuáles son sus artistas favoritos, que comerciales recuerdan haber visto recientemente, que les hace evocar y sentir, también se les pregunta sobre la influencia de éstos para consumir los productos.

MATERIALES:

- Cámara de video digital. Marca Sony Handycam modelo: DCR-TRV361.
- Laptop. Marca Dell modelo: PP11L.
- Videos con comerciales seleccionados de los más reportados con mayor audiencia en la muestra.

- Material didáctico (disfraces, telas de colores, focos de iluminación, etc.).
- Bascula electrónica EXCEL con capacidad de 300 Kg. y una precisión de 50 gr.
- Estadiómetros de madera.
- Papelería (rotafolios, cartulinas, hojas de colores, plumones.).
- Proyector de imágenes: Visión Digital LCD Mod. PRO 800.
- Gafetes.

PROCEDIMIENTO

1. Se solicitó permiso a los directores de la escuela para realizar la presente investigación, se les explicó el propósito de conocer la salud física y psicológica de los estudiantes, pudiendo así contribuir con ella y mejorarla, e intervenir con un programa de prevención.
2. A las estudiantes se les invitó a participar de manera voluntaria.
3. Los padres fueron informados de la presente intervención y se les pidió su consentimiento por escrito.
4. A los directores y alumnas se les aseguró un manejo confidencial y estadístico de los datos que se obtuvieron.
5. Antes de iniciar con la intervención, se aplicaron los instrumentos de manera colectiva en los salones de clase.
6. Se aplicaron los talleres con una duración de 10 sesiones, con una duración de 50 minutos cada uno.
7. Al término del programa se aplicaron los instrumentos para evaluar sus efectos.

6. RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación, fue comparar dos programas de prevención de trastornos alimentarios (Formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y el otro basado en psicoeducación) en su eficacia en la reducción de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, en mujeres adolescentes del primer grado de una escuela secundaria del Distrito Federal.

Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 12.00); utilizándose las primeras con la finalidad de describir las distribuciones de las variables de estudio y las segundas para la comparación entre grupos.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS

La muestra original (N= 40), estuvo formada por participantes adolescentes mujeres con insatisfacción positiva y/o seguimiento de dieta (se desea estar mas delgada), divididas al azar en n1= 20 participantes en el grupo de audiencias criticas y n2= 20 participantes para el grupo psicoeducativo. Al finalizar la intervención, debido a la muerte experimental, los grupos quedaron de la siguiente manera: n1= 10 participantes en audiencias criticas y n2= 10 participantes en el grupo psicoeducativo.

❖ EDAD

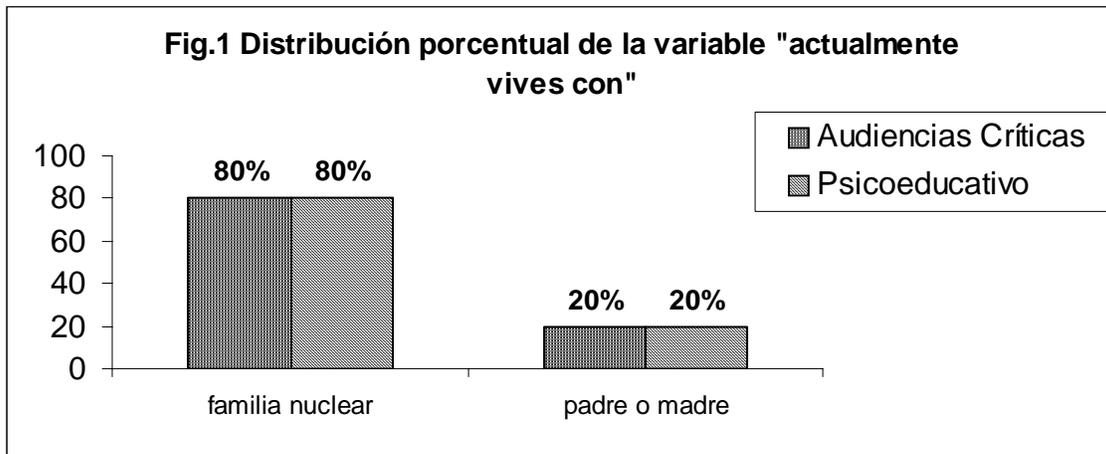
La edad promedio del total de la muestra, es decir, de las adolescentes mujeres tanto del programa de formación de audiencias criticas hacia la publicidad televisiva y el programa basado en psicoeducación, fue $x = 12.25$, con una desviación estándar de 0.44 (observe la tabla1).

TABLA 1. EDAD PROMEDIO DE LAS PARTICIPANTES

Programas de prevención	\bar{x}	Desviación estándar	N
Audiencias críticas	12.20	0.42	10
Psicoeducativo	12.30	0.48	10
Total	12.25	0.44	20

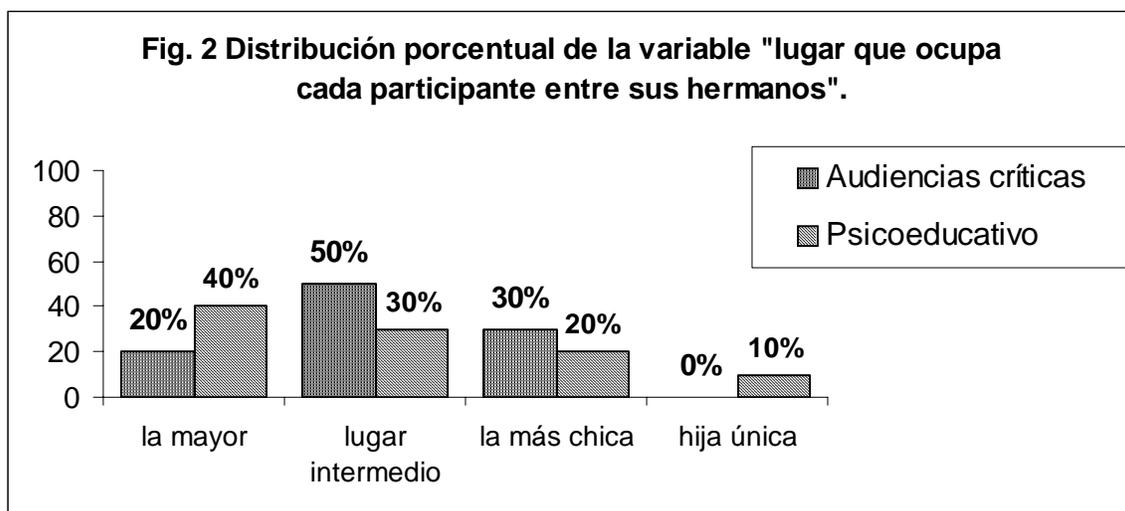
❖ LA PARTICIPANTE VIVE CON...

En el grupo de audiencias críticas, la mayor parte de las participantes (80%) vive en una familia nuclear, es decir, con sus padres y hermanos, mientras que el resto de la muestra (20%), mencionó vivir con uno de sus padres. Respecto a las participantes del grupo psicoeducativo los porcentajes se encuentran distribuidos de igual manera (Ver fig. 1).



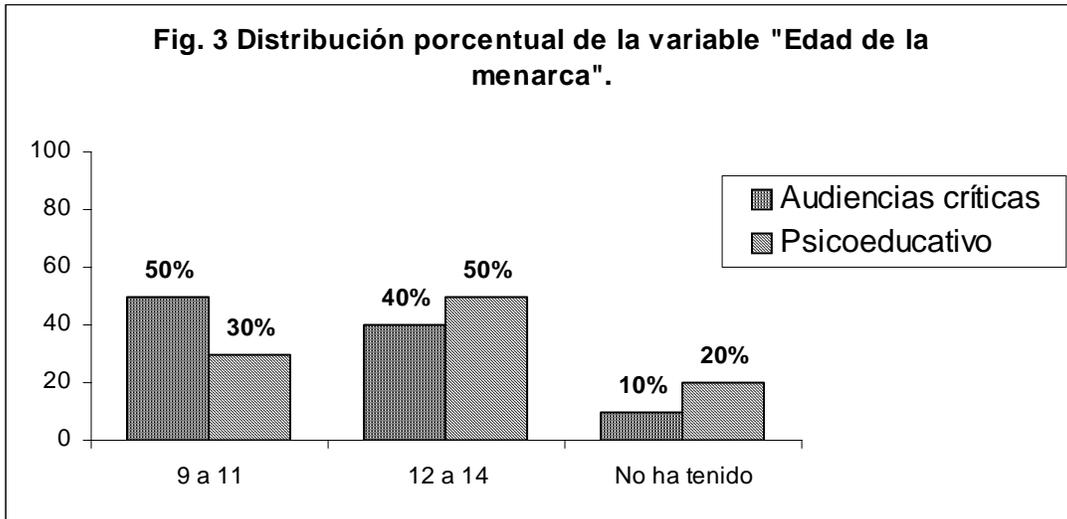
❖ LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS

Como se puede observar en la fig. 2, se encontró que el 50% de las adolescentes del programa de formación de audiencias críticas expresaron ocupar un lugar intermedio entre sus hermanos; en el grupo psicoeducativo sólo el 40% de la muestra son las mayores. Además, el 10% de este mismo grupo son hijas únicas, en tanto que en audiencias críticas no se reporta ningún caso en esta categoría.



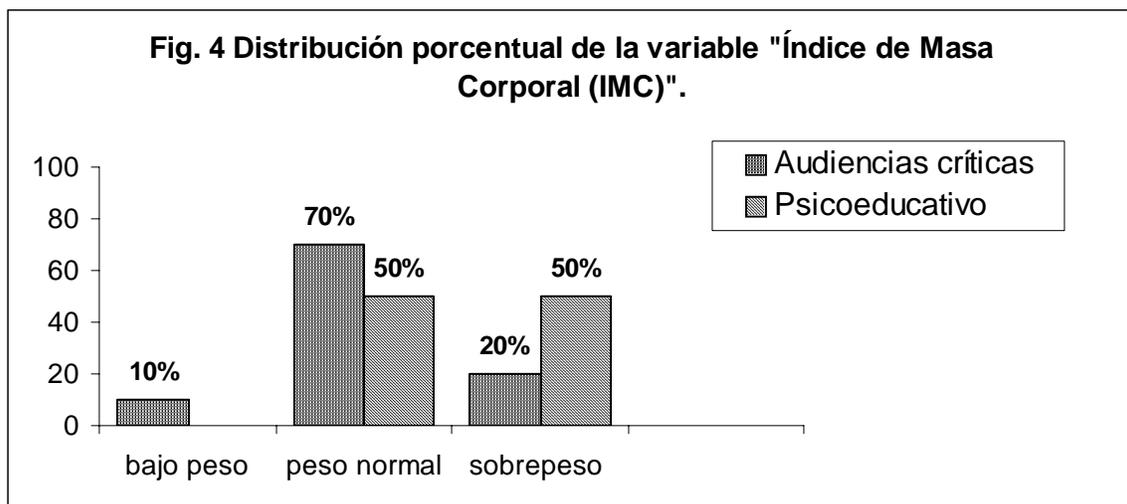
❖ EDAD DE LA MENARCA

La figura 3, muestra que el 50% de las adolescentes del grupo de audiencias críticas, reportaron haber tenido su menarca, entre los 9 y 11 años de edad. Respecto a las adolescentes del grupo psicoeducativo, el 30% estuvo dentro de este rango, concentrándose la mitad de este grupo (50%) entre los 12 y 14 años en contraste con un 40% del grupo audiencias.



❖ ÍNDICE DE MASA CORPORAL

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) que presentan las participantes de ambos programas de prevención, los resultados indican que en el caso de audiencias críticas sólo el 10 % de la muestra mostró un peso bajo, el 20% presentó sobrepeso y la mayoría de las participantes (70%) se mantuvo dentro del rango normal. Respecto al grupo basado en psicoeducación, la mitad del grupo (50%) tuvo un peso normal (ver fig. 4).



❖ NIVEL SOCIOECONÓMICO

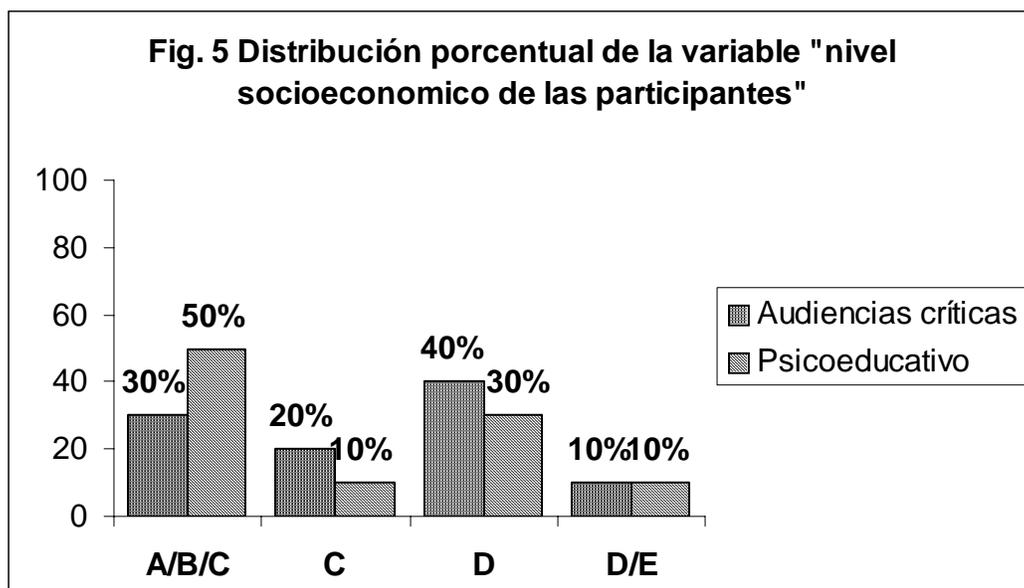
En la figura 5 se observa que un 30% de las participantes de audiencias críticas pertenecen al nivel socioeconómico A/B/C, mientras que un porcentaje mayor a éste (50%) lo presenta el grupo psicoeducativo. Cabe destacar, que este nivel comprende al estrato económico donde existen un nivel de vida ligeramente superior al medio; por lo regular el jefe de familia tiene un nivel educativo de licenciatura, cuenta con una casa de buenos acabados, con todos los servicios, por lo menos un automóvil propio y reciente. Las actividades recreativas son diversas como el realizar viajes, la televisión es vista pero en menor medida que en otros estratos (AMAI, 2004).

El 20% de la muestra del grupo de audiencias críticas y sólo el 10% de grupo psicoeducativo, pertenecen al nivel C típico (figura 5), en el cual los ingresos y el nivel de vida es medio, los jefes de familia generalmente tienen un nivel educativo de secundaria o preparatoria, viven en casas o departamentos propios o rentados, cuentan con algunas comodidades: horno de microondas, computadora personal, etc. El tiempo de esparcimiento lo emplean para ir al cine, parques públicos, eventos musicales, la televisión se ve diariamente en un tiempo aproximado de dos horas, gustan de programas como telenovelas, dramas cómicos, etc (AMAI, 2004).

Respecto al nivel socioeconómico D+ (ver fig.5), los porcentajes tanto del grupo audiencias críticas y el psicoeducativo, son similares (40% y 30%, respectivamente) en esta categoría, las personas viven ligeramente por debajo del nivel medio, el jefe de familia tiene en promedio un nivel educativo de secundaria o primaria, la mayoría de los inmuebles son propios, uno de cada cuatro hogares posee un automóvil propio, la mayoría de las personas emplean el transporte público. Las personas de este nivel socioeconómico generalmente asisten a espectáculos organizados por la delegación o el gobierno, la televisión es una parte importante de sus pasatiempos utilizándola más de dos horas diarias; los programas que más gustan generalmente son las telenovelas y los programas de concursos (AMAI, 2004).

De acuerdo con la figura 5, sólo el 10% de las participantes de audiencias críticas y el mismo porcentaje del grupo psicoeducativo (10%), pertenece al nivel D bajo o E, es decir, viven con sencillez, en éste se encuentran las personas con menores ingresos y nivel de vida bajos del país. El jefe de familia en promedio cursó la primaria incompleta,

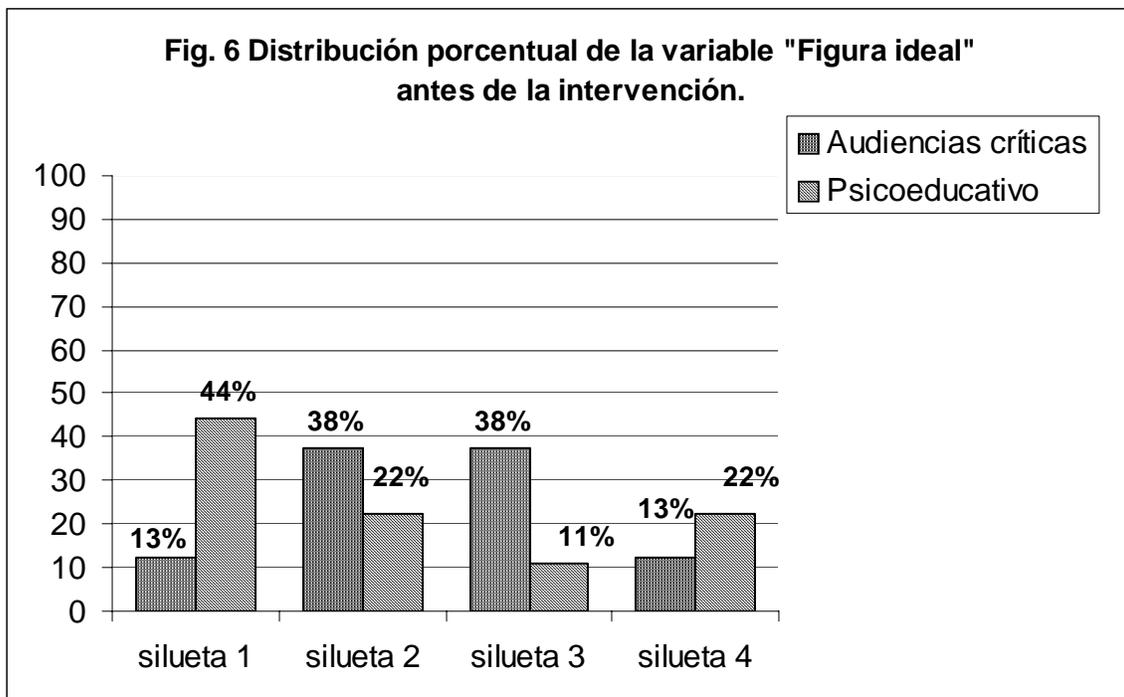
por lo general tienen subempleos o empleos temporales, generalmente no poseen un hogar propio y éstos son más austeros, en un solo hogar pueden vivir más de una generación, su principal diversión es la radio y la televisión, dedicándole a esta última más de 3 horas diarias (AMAI, 2004).



6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

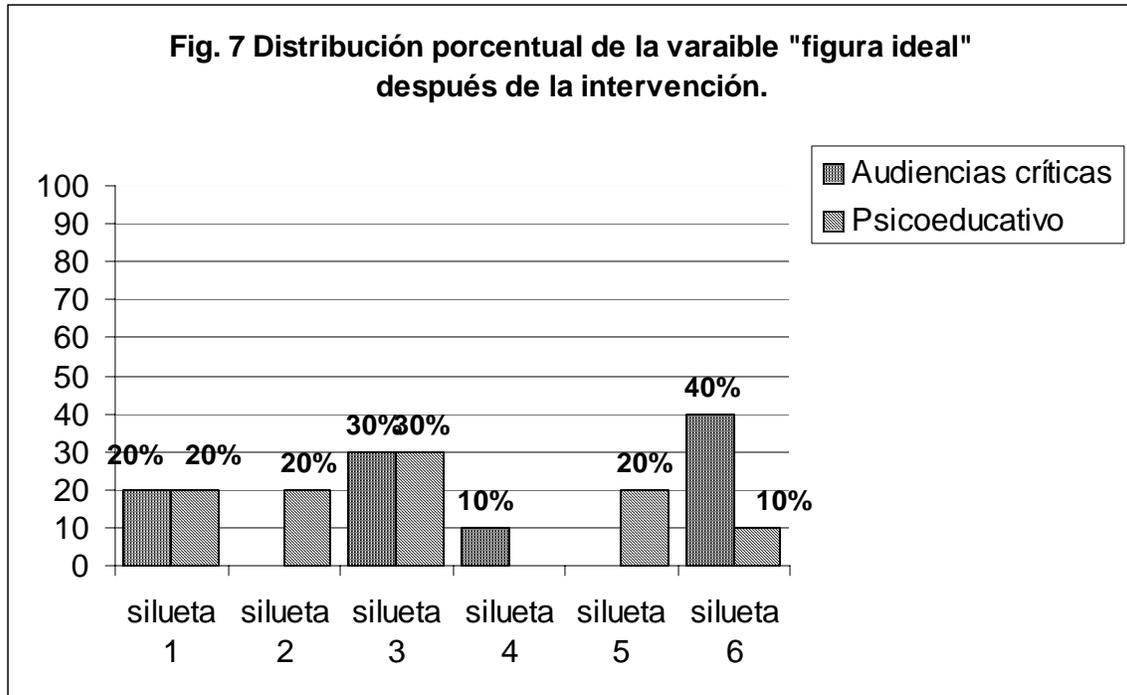
❖ ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Se presentó a las participantes un continuo de 9 siluetas para elegir aquella que más les gustaría tener: la silueta 1, corresponde a la más delgada hasta llegar a la silueta 9, es decir, la más gruesa. Se observa que antes de la intervención la mayoría de las adolescentes del grupo de psicoeducación optaron por figuras más delgadas (66% figuras 1 y 2), Mientras que en el grupo de audiencias críticas la mayor parte se concentró en las figuras 2 y 3, con un porcentaje del 38% de las adolescentes para cada figura. Las siluetas elegidas por el total de la muestra estaban en el rango de 1 a 4 (Ver fig. 6; observar figuras en anexo de instrumentos).



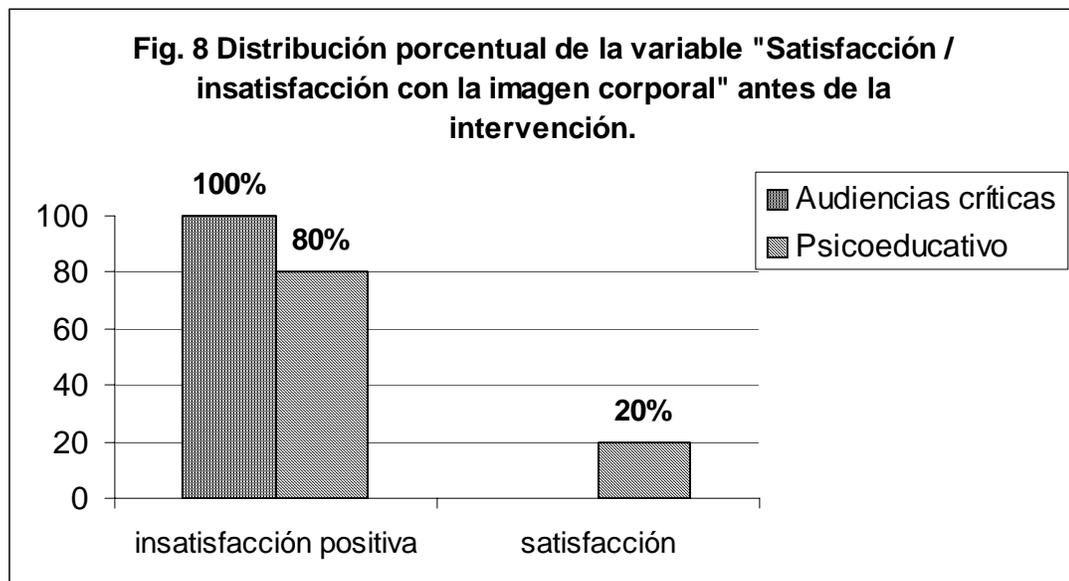
❖ ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Respecto al grupo de audiencias críticas, después de la intervención se observa que, un 20% de las participantes eligió la silueta más delgada; sin embargo, hubo un decremento en la elección de la silueta 2 y 4, es decir, ninguna participante eligió la segunda y un 10% optó por la cuarta; en tanto, aumentó la preferencia por la silueta 6 que representa una figura con sobrepeso (40%). En lo referente al grupo psicoeducativo el porcentaje de la elección de la silueta 1 descendió a un 20%, y se encontró una preferencia del 20% por la silueta 5, siendo nulo el porcentaje por la número 4. El rango de siluetas elegidas fue de la 1 a la 6, es decir, se amplió el rango de figura ideal elegida en dirección hacia una silueta más gruesa (Ver la fig. 7).



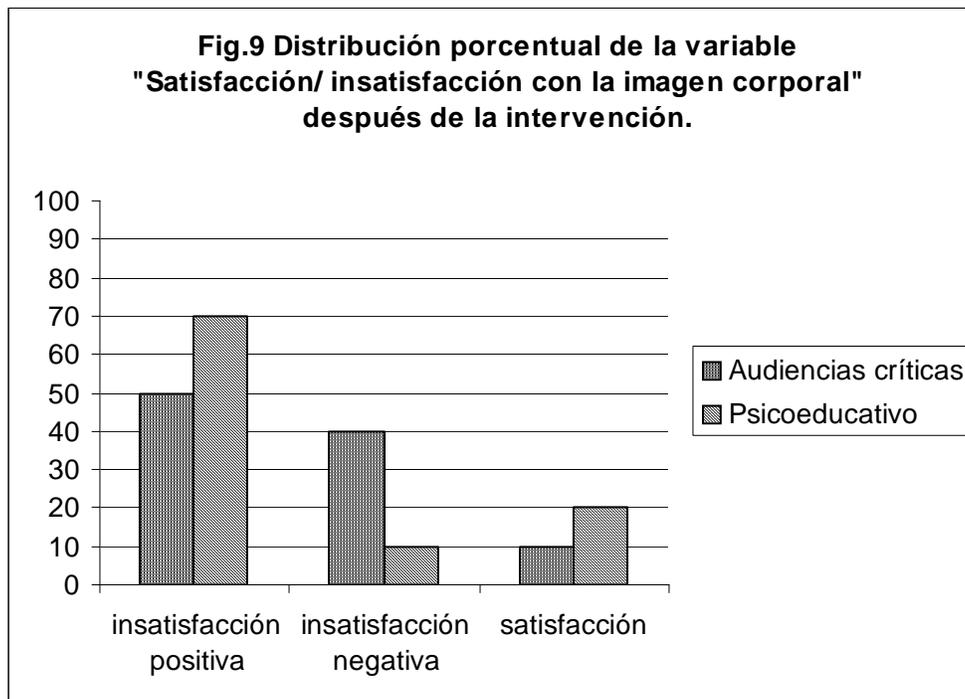
❖ SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Antes de la intervención todas las adolescentes (100%) del grupo de audiencias críticas se sentían insatisfechas con su cuerpo (insatisfacción positiva), es decir, deseaban ser más delgadas. Al respecto, en el grupo psicoeducativo el 80% de las participantes mencionó sentirse insatisfecha con su cuerpo. (Ver fig. 8).



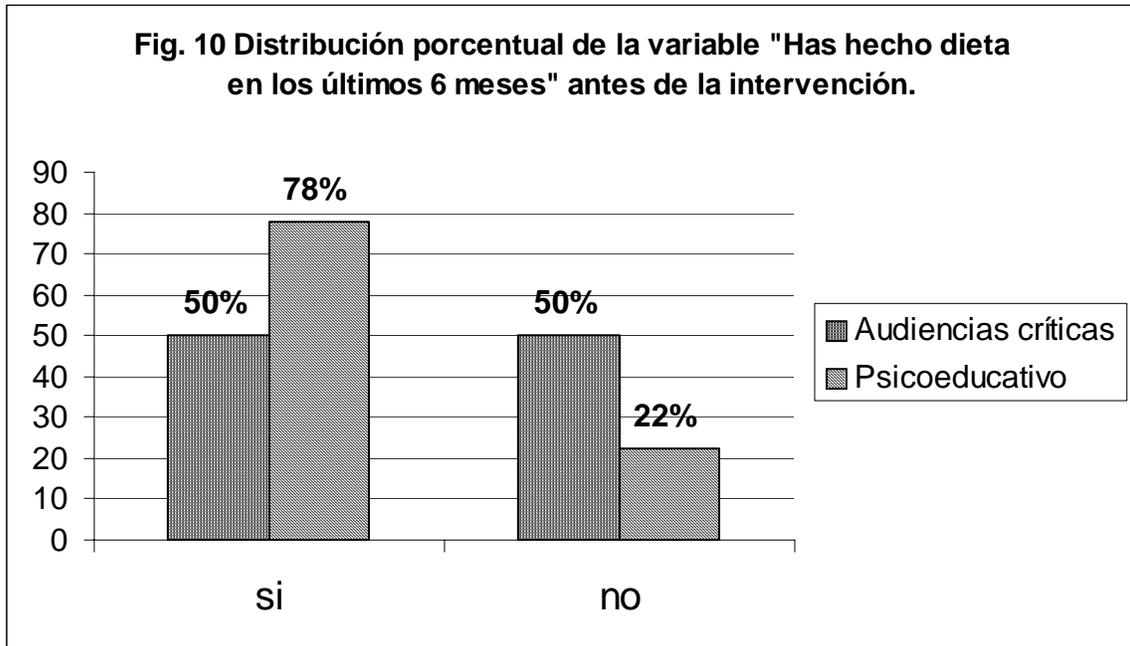
❖ **SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN**

Después del tratamiento se observan cambios notables en las participantes: en el grupo audiencias críticas la insatisfacción positiva se redujo a la mitad (50%), mientras que en el grupo psicoeducativo sólo redujo en un 10%. Cabe señalar que el 40% de las participantes de audiencias y 10% del psicoeducativo mostraron insatisfacción negativa, es decir, querían ser más gruesas en la medición post-test (Ver la fig. 9). Así mismo del 100% de insatisfechas del grupo de audiencias antes de la intervención, se encontró un 10% de satisfacción después de la misma.



❖ SEGUIMIENTO DE DIETA ANTES DE LA INTERVENCIÓN

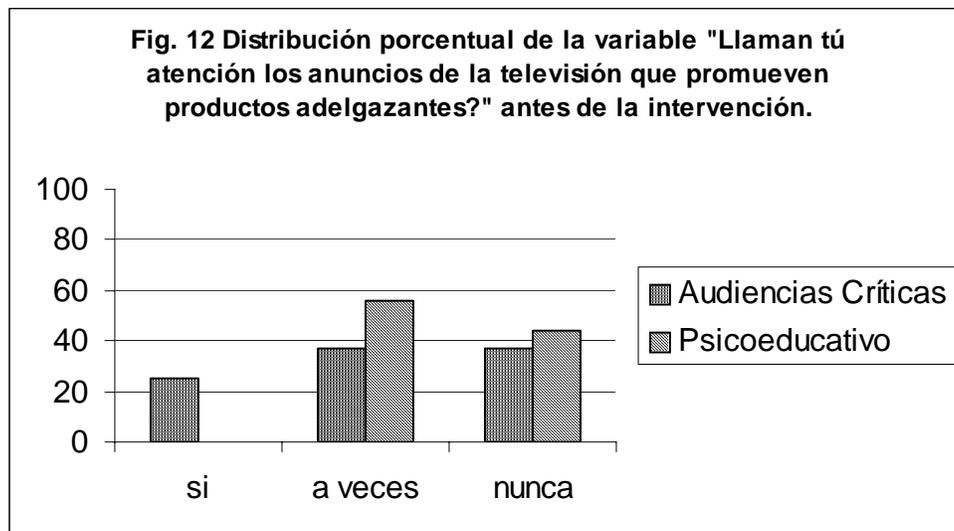
Antes de la intervención, el 78% de las chicas que pertenecían al grupo psicoeducativo realizaban algún tipo de dieta, mientras que sólo la mitad de las participantes de audiencias críticas afirmaron lo anterior. (Ver fig. 10).



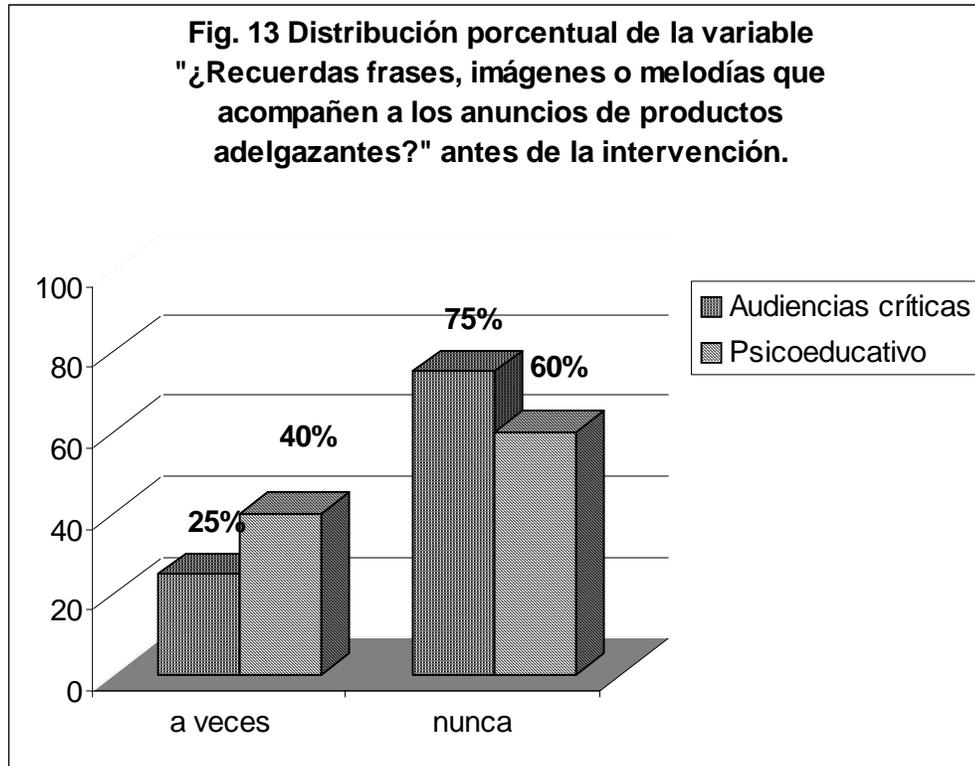
❖ INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Respecto a la variable “¿Te llaman la atención los anuncios de la televisión que promueven productos adelgazantes?” antes de la intervención, en la figura 12 en la primera opción “sí”, se muestra que el 25% de las participantes del grupo de audiencias críticas, reportó que el atractivo que les producían los productos adelgazantes era fuerte, aunque un 37% de las participantes señalaron que nunca les llamó la atención este tipo de anuncios.

Los porcentajes del grupo psicoeducativo, respecto a esta misma variable indican lo siguiente: la mayor parte de la muestra (56%), se concentró dentro del rango, “a veces”, les llamaba la atención ese tipo de publicidad; sin embargo, el 44% de esta muestra eligió la opción “nunca”.

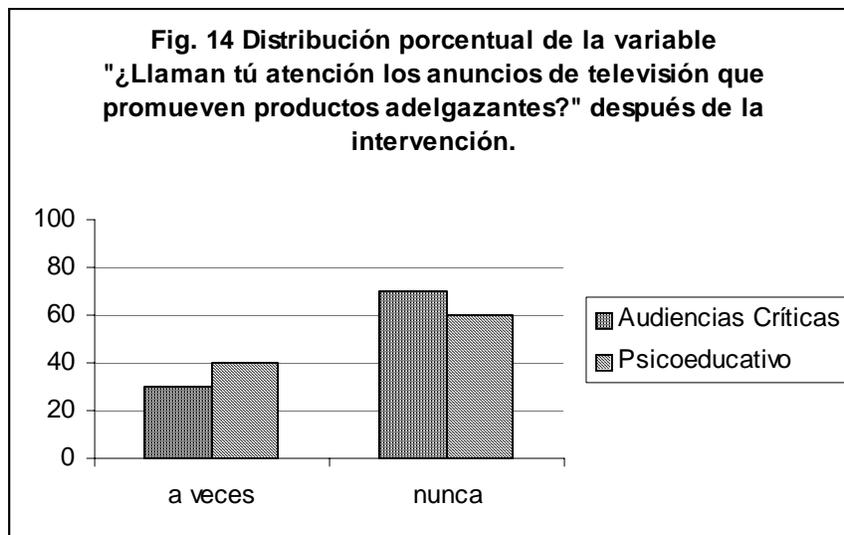


En cuanto a la variable “¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?”, en la figura 13 se observa que antes de la intervención el 25% de las participantes del grupo de audiencias críticas, mencionaron recordar las frases, imágenes o melodías que acompañaban los anuncios adelgazantes; sin embargo, la mayor parte de la muestra (75%) no las recordaban. En el caso de las participantes del grupo psicoeducativo, en cuanto a la variable mencionada, el 60% de ellas eligieron la opción “nunca”.

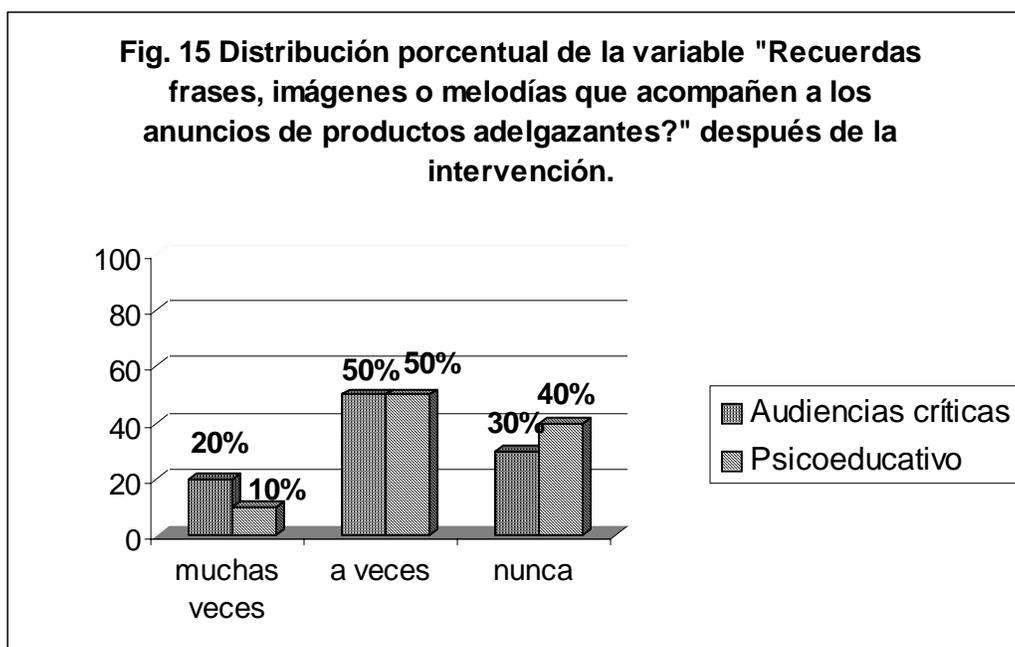


❖ INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Después de la intervención, en cuanto a la primera variable *¿Te llaman la atención los anuncios de la televisión que promueven productos adelgazantes?*, Respecto al grupo psicoeducativo no hubo cambios. En el caso de Audiencias críticas los cambios se produjeron en la dirección no esperada “antes” el 75% respondió que nunca y “después” sólo un 70%, igual sucedió con a veces “antes” de la intervención con un 25% y “después” el 30% (ver fig. 14).



En el grupo psicoeducativo se produjeron cambios en la dirección no esperada disminuyó nunca de un 60% “antes” de la intervención a un 40% “después” de la intervención , aumentando a veces de un 40% “antes” a un 50% “después”. Una situación similar ocurrió en el grupo de audiencias críticas de un 75% “antes” que respondió que nunca, bajo a un 30% “después”, aumento la respuesta de a veces de un 40% “antes” a 50% “después”.



6.3 COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

Con el propósito de identificar si existen diferencias entre las condiciones pre y post test, respecto al grupo de formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y al grupo psicoeducativo, se aplicó a cada variable dependiente del estudio la prueba *t de Student*.

❖ FIGURA IDEAL

En el caso del grupo de audiencias críticas, respecto a la variable figura ideal, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas se produjo una tendencia ($t = -2.11$, $p = .072$). En tanto que en el grupo psicoeducativo, respecto a la misma variable, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.06$, $p = .316$).

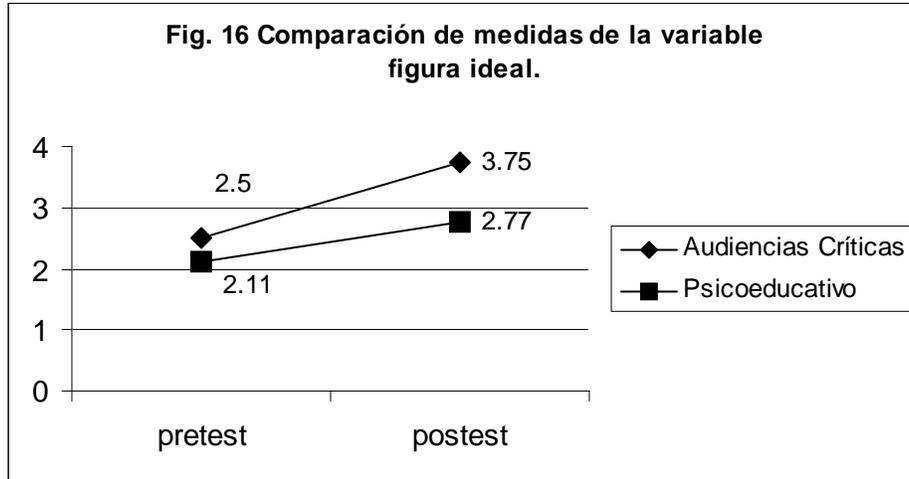
Con el objetivo de conocer la influencia que tuvo el tamaño de la muestra ($N = 20$ adolescentes mujeres) en los efectos encontrados (*d tamaño del efecto*), se utilizó la siguiente fórmula:

$$d = 2(t) / \sqrt{gl}$$

En el caso del grupo de audiencias críticas se encontró que $d = -1.60$, lo que indica que el tamaño del efecto es fuerte, es decir, que el tamaño de la muestra influyó en el resultado. Para el caso del grupo basado en psicoeducación, tenemos una $d = -0.75$ lo que nos indica que el tamaño del efecto es moderado., es decir, que el resultado no significativo pudo deberse en parte al tamaño de la muestra.

TABLA 2. PRUEBA DE T DE STUDENT FIGURA IDEAL.					
AUDIENCIAS CRÍTICAS	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	2.50	0.92	-2.11	.072	-1.60
Después	3.75	2.12			
PSICOEDUCATIVO	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	2.11	1.26	-1.06	.316	-0.75
Después	2.77	1.48			

El comportamiento de las medias de la variable figura ideal, tanto del grupo de audiencias críticas, como del grupo basado en psicoeducación, se observa en la figura 16 que aumentó la preferencia por las figuras corporales más gruesas.

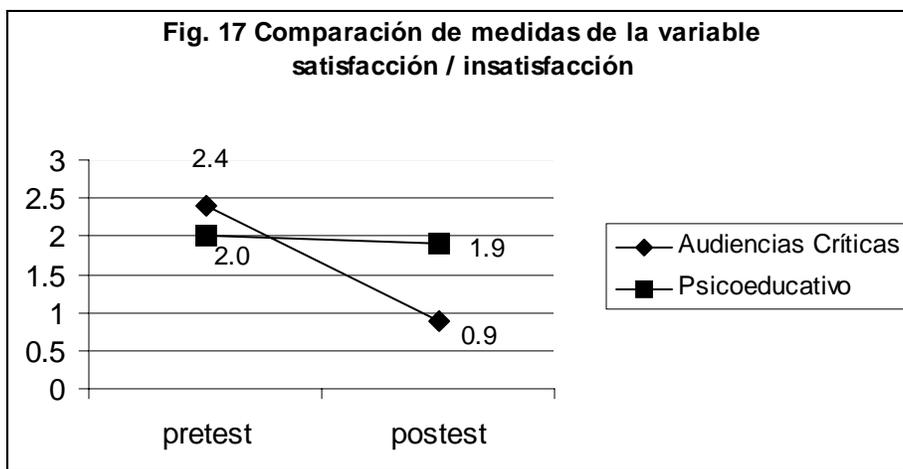


❖ SATISFACCIÓN INSATISFACCIÓN

Para el grupo de audiencias críticas, los resultados indican, diferencias estadísticamente significativas ($t= 2.57, p= .030$); sin embargo en el caso del grupo psicoeducativo, tenemos que: $t= 0.16, p= .872$. El tamaño del efecto resultó ser bajo ($d= 0.11$), lo que significa que no tuvo influencia el tamaño de la muestra en los resultados obtenidos.

TABLA 3. PRUEBA DE T DE STUDENT SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON IMAGEN CORPORAL.					
AUDIENCIAS CRÍTICAS	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	2.40	1.17	2.57	.030	-
Después	0.90	2.55			
PSICOEDUCATIVO	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	2.00	1.82	0.16	.872	0.11
Después	1.90	1.91			

La figura número 17, representa que el grado de insatisfacción de las participantes de ambos grupos en las condiciones pre-test y post-test; sin embargo la disminución es evidente para el caso de audiencias críticas, ya que se observa una tendencia descendente; en cambio, no ocurrió así en el grupo psicoeducativo ya que incremento en esta línea es mínimo.



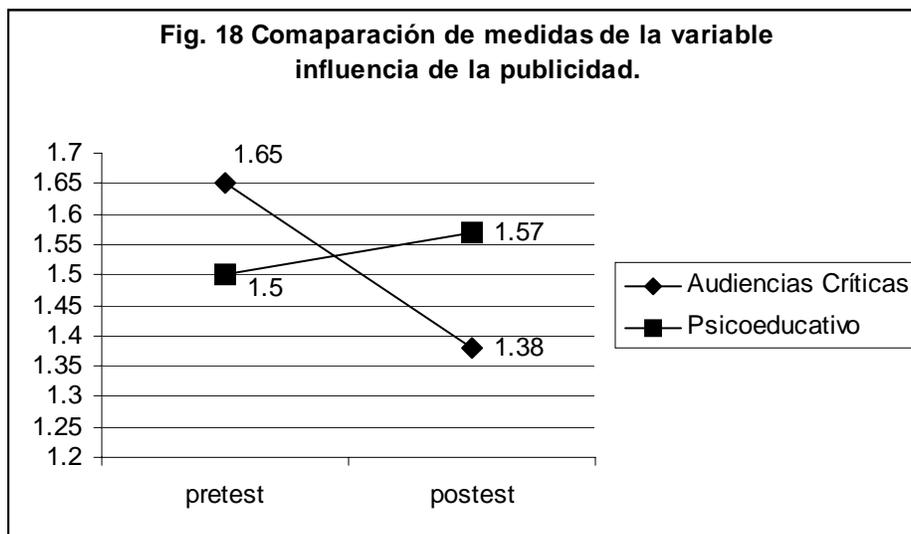
❖ INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD

Los resultados reflejan que en el grupo de audiencias críticas, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas ($t = 1.45$, $p = .189$), misma situación que se observó en el grupo psicoeducativo, donde las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas ($t = -0.43$, $p = .674$).

Con la finalidad de saber la influencia que tuvo el tamaño de la muestra, en el caso del grupo de audiencias críticas, el tamaño del efecto indica ser fuerte ($d = 1.10$), esto quiere decir que es posible que en muestras de mayor tamaño se observen cambios estadísticamente significativos. Para el grupo psicoeducativo, se tiene que el efecto es una $d = 0.33$, es decir, muy bajo, lo cual indica que el tamaño de la muestra no tuvo influencia sobre lo encontrado.

TABLA 4. PRUEBA DE T DE STUDENT INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD					
AUDIENCIAS CRÍTICAS	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	1.65	0.45	1.45	.189	1.10
Después	1.38	0.31			
PSICOEDUCATIVO	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	1.50	0.42	-0.43	.674	0.33
Después	1.57	0.34			

En la figura número 18, se puede observar el comportamiento de las medias de la variable influencia de la publicidad, en el caso del grupo psicoeducativo se produjo una ligera inclinación ascendente a diferencia del grupo de audiencias críticas que muestra un descenso.

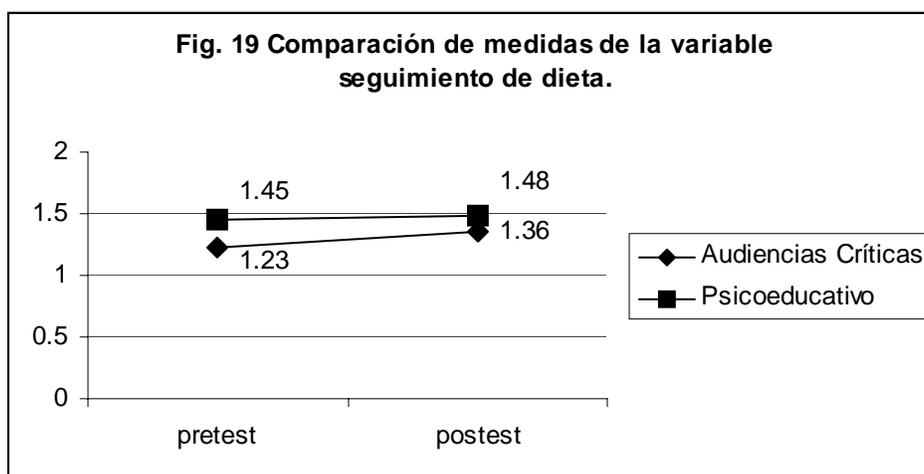


❖ SEGUIMIENTO DE DIETA

Respecto al grupo de audiencias críticas, las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($t= -0.93$, $p= .376$), misma situación que se presentó en el grupo psicoeducativo, ($t= -0.11$, $p= .912$). El tamaño del efecto del grupo de audiencias críticas, resultó ser moderado (**$d= 0.66$**), es decir, que pudo deberse al tamaño de la muestra el hecho de que no hubieran cambios significativos; sin embargo, para el grupo basado en psicoeducación tenemos que el tamaño de la muestra no tuvo influencia sobre los resultados, ya que el tamaño del efecto resultó ser muy bajo (**$d= 0.08$**).

TABLA 5. PRUEBA DE T DE STUDENT DIETA CRÓNICA Y RESTRINGIDA.					
AUDIENCIAS CRÍTICAS	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	1.23	0.28	-0.93	.376	0.66
Después	1.36	0.48			
PSICOEDUCATIVO	\bar{x}	DE	t	Significancia	d
Antes	1.45	0.48	-0.11	.912	0.08
Después	1.48	0.67			

En el caso de esta variable (seguimiento de dieta), no se observan cambios notorios entre las medias pre-test y post-test, tanto en la intervención del grupo de audiencias críticas, como en el caso del grupo psicoeducativo (Ver la figura 19).



1. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue comparar la eficacia de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la Formación de Audiencias Críticas hacia la publicidad televisiva y otro en Psicoeducación, en mujeres adolescentes.

Para ello, la muestra original estuvo formada por 40 adolescentes mujeres que cursaban el primer grado de secundaria, en una escuela pública, las cuales presentaban insatisfacción positiva y/o seguimiento de dieta, para después asignarse al azar: $n_1= 20$ para el grupo de audiencias críticas, y $n_2= 20$ para el psicoeducativo. Al final de la intervención, debido a la muerte experimental, se obtuvo una $n_1= 10$ participantes en audiencias críticas y una $n_2= 10$ participantes para el psicoeducativo, cuya edad media fue de 12.25 y una desviación estándar de 0.44 para ambos grupos.

Respecto a los resultados encontrados en el presente estudio, en relación con la elección de la figura ideal, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas pre-test – post-test en el grupo de audiencias críticas, ni en el grupo psicoeducativo; sin embargo en ambos grupos, las adolescentes mostraron en general una preferencia por las figuras ideales más gruesas después de la intervención. Coincide con lo anterior resultados de otros estudios en los que se trabajó con un grupo psicoeducativo (García y Téllez, 2004; Hernández, López y Partida, 2004) evaluando la variable figura ideal en la comparación antes y después del tratamiento. Se reportó que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, aunque se produjo una tendencia a elegir figuras más gruesas. Sin embargo, Stice y Ragan (2002) encontraron resultados contrastantes en los que se reporta que se redujo significativamente la internalización del ideal delgado por medio de una intervención psicoeducativa.

Respecto a la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, cabe mencionar que después del tratamiento algunas de las adolescentes de ambos programas querían ser más gruesas. Después del tratamiento en la variable satisfacción - insatisfacción con la imagen corporal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo audiencias críticas, es decir, las adolescentes se sintieron más satisfechas con su imagen corporal. Contrario a lo anterior, Wade, Davidson y O'Dea

(2002) trabajaron con un enfoque de audiencias críticas y no reportaron cambios significativos en la insatisfacción corporal. En el caso del grupo psicoeducativo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Resultados similares a los del presente estudio en el grupo psicoeducativo en esta misma variable (tampoco hubo diferencias significativas) fueron encontrados por Hernández, López y Partida (2004); sin embargo, las medias indicaron que las adolescentes disminuyeron su grado de insatisfacción. García y Téllez (2004) reportaron que al realizar un tratamiento con psicoeducación y valorar los cambios que se produjeron en la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, se produjeron diferencias significativas antes y después del tratamiento; sin embargo después de tres meses de seguimiento no se mantuvieron estos cambios. Difieren de Stice y Ragan (2002) que trabajaron con un grupo de psicoeducación y si obtuvieron reducciones significativas en la insatisfacción corporal.

En cuanto a la variable influencia de la publicidad no se encontraron cambios estadísticamente significativos tanto para el grupo de audiencias críticas como para el psicoeducativo. Cabe mencionar que en el caso del grupo de audiencias críticas se presentó una ligera disminución en cuanto al atractivo que les producía a las adolescentes la publicidad de productos adelgazantes, además de que el tamaño de la muestra en este grupo afectó estos resultados. Es decir si se trabajara con una muestra mas grande se podrían encontrar cambios estadísticamente significativos, que ya no les causarían tanto atractivo la publicidad de productos adelgazantes. Sin embargo en el grupo de psicoeducación no afectó el tamaño de la muestra ($d= 0.33$). No se han reportado estudios en los que se considere específicamente este factor de riesgo, es decir respecto al análisis de mensajes en los medios. Orozco (1990) realizó un taller donde se realizan diversos ejercicios como análisis de una serie de televisión y de diversos anuncios de publicidad sobre perfumes y otros artículos, los comentarios de los participantes al final del taller fueron que: aseguraban tener ahora una nueva actitud ante los medios masivos; sin embargo no se realizó la evaluación por medio de resultados estadísticos.

Respecto a la variable seguimiento de dieta no se observan cambios estadísticamente significativos, tanto para el grupo de audiencias críticas como en el grupo psicoeducativo. En el caso del grupo de audiencias críticas pudo haber influido el tamaño de la muestra ($d=0.66$). Los resultados del presente estudio coinciden con Wade,

Davidson y O'Dea (2002) quienes trabajaron con un enfoque similar al de audiencias críticas debido a que no reportan diferencias estadísticamente significativas en la variable dieta restringida. Sin embargo en el grupo psicoeducativo el tamaño de la muestra no influyó ($d=0.08$) sobre los resultados en esta variable. Coinciden con lo anterior García y Téllez (2004) quienes trabajaron con un grupo de psicoeducación la variable seguimiento de dieta y tampoco se presentaron cambios estadísticamente significativos, sin embargo se presentó una ligera disminución en esta variable. Difieren con estudios realizados por Stice y Ragan (2002) y Hernández, López y Partida (2004) quienes si encontraron diferencias estadísticamente significativa al trabajar con un enfoque basado en psicoeducación, es decir redujeron el seguimiento de dieta restrictiva.

Dado lo anterior se concluye que:

- ❖ En la variable figura ideal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento, tanto en el grupo de audiencias críticas como en el psicoeducativo.
- ❖ El grupo de audiencias críticas mostró diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/ insatisfacción.
- ❖ En el grupo de psicoeducación no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.
- ❖ En la variable influencia de la publicidad no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después del tratamiento para el grupo de audiencias crítica, sin embargo el tamaño de la muestra afectó estos resultados, es decir, si se trabajara con una muestra mas grande se podrían encontrar cambios estadísticamente significativos.
- ❖ El grupo de psicoeducación tampoco mostró cambios estadísticamente significativos.
- ❖ La variable seguimiento de dieta no mostró cambios estadísticamente significativos tanto para el grupo de audiencias críticas como el psicoeducativo. En el caso del grupo de audiencias críticas pudo haber influido el tamaño de la muestra; sin embargo, en el grupo psicoeducativo éste no influyó.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES PARA INVESTIGACIONES POSTERIORES EN PREVENCIÓN PRIMARIA

- Realizar réplicas de este estudio, empleando muestras más grandes, que permitan identificar la existencia cambios estadísticamente significativos, evitando que el tamaño de las muestras influya sobre los resultados.
- Realizar seguimientos para verificar el mantenimiento de cambios positivos o de aquellos que puedan surgir después de la investigación.
- Mejorar las condiciones de aplicación de los talleres y buscar los horarios más adecuados que faciliten el trabajo con las adolescentes.
- Mayor contacto y comunicación para producir un mayor compromiso y conciencia en los padres de familia, de los beneficios que les proporcionará a las adolescentes intervenciones este tipo.
- Fomentar la cooperación para la aplicación de los talleres por parte de los profesores y las autoridades escolares.

REFERENCIAS

- Abascal, L., Bruning, J. B., Winzelberg, A. J., Dev, P. & Taylor, C. B. (2003). Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 1-9.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico Estadístico DSMIV-TR*. España: Masson.
- Álvarez A. R. (2002). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual moderno.
- Álvarez, C. R. (2004). *¡Me caes gordo! La discriminación light*. Barcelona: Plaza y Valdez.
- Álvarez, R. G. (2000). *Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios EAT y BULIT*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, A.C. AMAI(2004). *Avances del comité de niveles socioeconómicos*. México.
- Ballabriga, A. A. y Carrascosa, A. (1998). *Nutrición en la infancia y adolescencia*. Madrid: Ergo.
- Baranowski, M. J. & Hetherington, M. M. (2001), Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 119-124.
- Beltrán y Cruces, R. E. (2003). *Fundamentación del anuncio publicitario*. México: Trillas.
- Bergsma, L. (2002). Media literacy and prevention: Going beyond "Just Say No." In *thinking critically about media: schools and families in partnership*. Alexandria: Cable in the Classroom. 13-18. Recuperado el 4 septiembre, 2006 de <http://www.ciconline.org/>

- Berk, L. E. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Prentice Hall.
- Borel, U. M. (2002). Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria: de la normalidad al síntoma. En Wolfberg E. (Comp.). *Prevención en salud mental*. Argentina: Lujan.
- Briñol, P. T., De la Corte, L. I. y Becerra, A. G. (2001). *Qué es persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bustos, R. O. (1998). Los acuerdos de Beijing sobre las mujeres en los medios de comunicación y la importancia de la recepción crítica. En Vereá A. & Hierro G. (Comp.). *Las mujeres en América del Norte al fin del milenio*. México: UNAM.
- Calvo, S. R. (2002). Tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En García- Camba, M. E. (Comp.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. España: Masson.
- Carrillo, D. M. (2003). Medios de comunicación y moda: su influencia en los trastornos de la conducta alimentaria. En Rojo, M. L. & Cava, G. (Eds.). *Anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Castellblanque, M. R. (2001). *Estructura de la actividad publicitaria. La industria de la publicidad de la A a la Z*. España: Paidós
- Charles, C. M. y Orozco, G. G. (1990). Introducción del sujeto individual al sujeto colectivo en la educación para la recepción. En Charles, C. M. y Orozco, G. G. (1990). *Educación para la recepción: hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Castells, P. y Silber, T. (1998). *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. Barcelona: Planeta.
- Castro, M. E. Llanes, J. y Margain, M. (2003). *Éntrale... a las protecciones. Estrategias de prevención para la escuela secundaria*. México: Pax México.

- Coger, J. (1980). *Adolescencia. Generación presionada*. México: Harper y Row Latinoamérica.
- Contreras, J. (2002). *Gastro – nomía y gastro – anomia. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación contemporánea*. En *Alimentación y cultura: Necesidades, gustos y costumbres*. México: Alfaomega.
- Cooper, A. (2003). *Teaching media literacy in the ESL classroom*. Center for media literacy. Recuperado el 4 septiembre de 2006, de http://www.medialit.org/reading_room/article536.html
- Corominas, I. C. (1999). *Modelos y medios de comunicación de masas. Propuestas educativas en educación en valores*. España: Desclée De Brouwer.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. España: Gedisa.
- Cuquerella, M. A., Rojo, L. y Sanguesa, M. C. (2002). Aplicación de un método de siluetas en la evaluación de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. En Rojo, M. L. & Cava, G. (Eds.). *Anorexia Nerviosa*. España: Ariel.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. España: Siglo XXI.
- Dupont, M. A. (1976). *El desarrollo humano; siete estudios psicoanalíticos*. México: Joaquín Motriz.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J. L, Dalgard, O., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vázquez-Barquero, J. L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321 (7274), 1450-1454
- Durán, P. A. (1982). *Psicología de la publicidad y de la venta*. España: CEAC

- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G. & Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in a eating disorder preventive intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 73-77.
- Ferguson, R. (1998). El interculturalismo global y los dilemas del universalismo: Educando en medios después del 2000. *Diálogos de la comunicación*. Recuperado el 4 de septiembre de 2006 de <http://www.felafacs.org/dialogos/pat52/ferguson.pdf>
- Fernández, A. F. (2001). Tratamientos psicológicos en la anorexia nerviosa. En Rojo, M. L. y Cava, G. (Eds.). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Ferrer, R. E. (1996). *Testimonios y mensajes*. México: Trillas.
- Ferrés, I.P. (1994). *La publicidad modelo – para la enseñanza*. España: Akal.
- Figuroa, B. P. (1999). *Cómo hacer publicidad. Un enfoque teórico práctico*. México: Pearson.
- Florez, O. R. (2000). *Hacia una pedagogía del conocimiento*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Foley S. M., Gray ,J. J. & Ahrens A. H.(2004). No longer just a pretty face: Fasion magazines depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (3), 2004, 342-347.
- Fuenzalida, V. (1989). La Influencia cultural de la television. *Revista Diálogos de la Comunicación*, 17, 15-34. Recuperado el 4 de septiembre de 2006, de <http://www.felafacs.org/files/fuenzalida.pdf>
- García- Camba, M. E. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En García- Camba, M. E. (Comp.). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. España: Masson.

- García, L. E. y Téllez, Q. K. (2004) *Evaluación de los programas de prevención trastornos alimentarios*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- García, H. V. (1993). *Prevención en desarrollo psicológico infantil y adolescente: el papel de la familia y la escuela*. En Galván, M. E., Reid, J. B. y García H. V. (Comp.). *Prevención en psicología*. México: Facultad de psicología, UNAM, CONACYT.
- García, S. E. (2002). *Anorexia y bulimia: fenómenos poco comprendidos que tienen solución una investigación documental*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Gómez, D. E. (1996). Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En Gómez, F. D. y Saburido, X. L. (Comp.). *Salud y prevención: Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela
- Gómez Perez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas del peso. *Investigación Psicológica*, 3(1), 95-112.
- Gómez Peresmitré, G. (1998a). Alteraciones del comer: la imagen corporal en México. *La psicología social en México*. 7, 277-282.
- Gómez Peresmitré, G. (1998b). Imagen corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? *Psicología y Ciencias Sociales*, 2(1), 27-33.
- Gómez Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez: Figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 17 (1), 89-99.
- Gómez Peresmitré, G., Granados A., Jáuregui, J., Pineda, G. G. y Tafoya, R. S. (2000). Un instrumento para medir imagen corporal: versión computarizada y de papel y lápiz. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 53-165.

- Gómez Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, teoría práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. División de investigación y de Estudios de Posgrado. Ponencia presentada en el marco del 450 aniversario de la UNAM. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Peresmitré, G., Saucedo, M. T., y Unikel, S. C. (2001). La psicología social en el campo de la de salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En Calleja, N. y Gómez Peresmitré, G. (Comps.). *La psicología social: investigación y aplicaciones en México*. México: Fondo de Cultura.
- Gómez Peresmitré, G., González de Cossio, M., Sois, T. C., Cuevas-Renaud, C., Unikel, S.C., Saucedo, M.T. y Rodríguez, E. R. (2006). Obesidad en población universitaria: prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 135-147.
- Gómez, S. P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa*. España: Tilde.
- Groesz, L. M., Levine, M. P. & Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic Review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Guelar, D. y Crispo, R. (2000). *Adolescencia y trastornos del comer: guía para un tiempo de cambio*. España: Gedisa.
- Harman-Jones, E. & Mills, J. (1999). *Cognitive dissonance: progress on a practical theory in social psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hernández, P. G., López, P. G. y Partida, P. K. (2004). Comparación de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios en mujeres de secundaria pública. Tesis para obtener el grado de licenciatura en psicología. Facultad de psicología. UNAM.
- Horrocks, J. E. (1984). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.

Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (1997). El aspecto central de la anorexia nerviosa. *Investigaciones en Psicología*. 1(2). Recuperado el 16 de octubre de 2005, de

http://www.argiropolis.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=33

Izquierdo, M. C. (2003). *El mundo de los adolescentes*. México: Trillas.

Joshi, R., Herman, C. P. & Polivy J. (2004). Self-enhancing effects of exposure to thin-body Images. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (3), 333-341.

Lang, H. (1998). El cuerpo como instrumento y objeto. En Rovaletti, M. L. *Corporalidad: la problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar.

Lavin, M. A. & Cash, T. F. (2000). Effects of exposure to information about appearance stereotyping and discrimination on women's body images. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 51-58.

López, S. V. (2000). Marco conceptual de educación para la salud. En Frías, O. A. (Comp.). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

López, S. V. y Frías, O. A. (2002). *Concepto de salud pública*. En Frías, O. A. (Comp.). *Salud Pública y Educación para la Salud*. España: Masson.

Macías – Valdez, G. (2000). *Ser adolescente*. México: Trillas.

Maier, H. W. (1976). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Mancilla, D. J., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G. L., López, A. X. y Román F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 37-46.

- Mardogmingo, S. M. (2001). *Trastornos de la conducta alimentaria en la infancia*. En: Sainz, R. J. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. España: Masson.
- Martín, S. C. (2002). *Nutrición y dietética*. España: Grupo Paradigma.
- Martínez, H. J. (2003). *Nociones de salud pública*. España: Ediciones Díaz Santos.
- Medina – Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Feliz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar – Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1 – 16.
- Morón, M. A. (2003). *El engaño de las dietas. Cómo aprender a adelgazar. Estudio y análisis de una epidemia: la obesidad*. España: Díaz de Santos.
- Monro, F. & Huon, G. (2005). Media-portrayed idealized images, body shame and appearance anxiety. *Eating Disorders*, 38 (1), 85-90.
- Ochoa, B. A. (1999). *La adolescencia desde la perspectiva del adolescente*. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- O’Dea J. A. & Abraham, S. (2000). Improving the body image eating attitudes, and behavior of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43-57.
- O’Guinn, T. C., Allen, C. T. y Semenik, R. J. (1994). *Publicidad*. México: Internacional Thompson.
- Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.

- Organización Mundial de la Salud (1993). *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos CIE- 10*. España: Meditor.
- Orozco, E. (1990). La lectura crítica y la educación en sectores urbano populares: la experiencia IMDEC. En Charles, C. M. y Orozco, G. G. (1990). *Educación para la recepción: hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Palacios, J. (1984). *La cuestión escolar. Críticas y alternativas*. Barcelona: Laia.
- Papalia, D. Wendkos, O. y Duskin, F. (2004). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (1978). *Psicología del desarrollo “de la infancia a la adolescencia”*. Bogotá, Colombia: McGraw – Hill.
- Pearson, J., Goldklang, D. & Striegel–Moore, R. H (2002). Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233-239.
- Perinat, M.A., Corral, I.A., Crespo, G.I., Doménech, L.E., Font- Mayulas, S., Lalueza, S.J., Larraburu, S.I., Martínez, C.G., Moncada, R.A., Aarhus, M. y Rodríguez-Tome, H. (2003). *Manuales psicopedagogía. Los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona: UOC
- Phelps, L., Sapia, J., Nathanson, D. & Nelson, L. (2000). An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychology in the Schools*, 37(5), 443-452.
- Piaget, J. (1964). *Seis estudios de Psicología*. España: Labor.
- Piaget, J. y Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Argentina: Integral.
- Pozo J. I. (1994). *Teorías cognitivas del aprendizaje*. España: Morata.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. España: Pirámide.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. España: Pirámide.

- Restrepo, H. E. y Málaga H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable*. Colombia: Médica Panamericana.
- Rodríguez, H. (2003). Pubertad y psicología de la adolescencia. En Perinat, M.A. (Comp.). *Los adolescentes en el siglo XXI*. España: UOC, 98-99..
- Rodríguez S, C. (1999). *Prevención en trastornos del comportamiento alimentario*. Trabajo presentado en la mesa redonda: Prevención en trastornos del comportamiento alimentario. XV Congreso de Psiquiatría, Mar de la Plata, Argentina.
- Rojas, A. (1990). Televidentes Alerta A. C. La participación de la sociedad civil frente a la televisión. En Charles, C. M. y Orozco, G. G. (1990). *Educación para la recepción: hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Rovaletti, M. L. (1998). Identidad y estética del cuerpo. En: Rovaletti, M.L. *Corporalidad: la problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Argentina: Lugar editorial.
- Salas, G. L. (2003). *Educación alimentaria: Manual indispensable en educación para la salud*. México: Trillas.
- San Martin, H. (1992). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas: Salud y enfermedad*. México: Ediciones Científicas la Prensa Médica Mexicana.
- Seifert, T. (2005). Anthropomorphic characteristics of centerfold models: trends towards slender figures over time. *Eat Disord*, 37 (3), 271-274.
- Sherman, R. T. y Thomson, R. A. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Soto, R. M. (2002). Alimentos del nuevo milenio: una solución al problema de salud pública. Alimentos tradicionales y nuevos alimentos. En: Malagón – Londoño, G. y Galán, R. *La salud pública. Situación actual, propuesta y recomendaciones*. Colombia: Medica Panamericana.

- Spycel, M. F., Gray, J. J. & Ahrens A. H. (2004). No longer just a pretty face: fashion magazines depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (3), 342-347.
- Steck, E. L., Abrams, L. M. & Phelps, L. (2004). Positive psychology in the prevention of eating disorders. *Psychology in the Schools*, 41, 111-118.
- Stewart, D. A., Carter, J. C, Drinkwater, J., Hainsworth, J. & Fairburn, C. J. (2001). modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A Controlled Study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 109-118.
- Stice, E. & Ragan J. (2002). A preliminary controlled evaluation of a eating disturbance psychoeducational Intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-2.
- Stice, E., Trost, A. & Chase, A. (2002). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-21.
- Tiggemann, M. & Slater, A. (2003). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48-58.
- Tilgner, L., Wertheim, E. M. & Paxton, S. J. (2004). Effect of social desirability on adolescent girls' responses to an eating disorders prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 211-216.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. España: Ariel.
- Toro, J. y Villardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Trottier, K. M., Polivy, J. C. & Herman, P. D. (2005). Effects of exposure to dunrealistic promises about Dieting: Are unrealistic expectations about dieting inspirational?. *Eating Disorders*, 37(2), 142-149.

- Turón, G. V. (2003). Prevención de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosa. En Rojo, M. L. y Cava, G. (Eds.). *Anorexia nerviosa*. España: Ariel Ciencias Médicas.
- Unikel, S. C. (2003). *Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis doctoral, Facultad de psicología, UNAM, México.
- Vargas, F. H. y González, S. M. (1995). *El hombre, la orientación y la sociedad*. México: Epsa.
- Vázquez A. R., Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. y Raich, E. R. (1998). Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario. *La psicología social en México*, 7, 357-362.
- Velilla, M. (1970). *Psicoanálisis del comercial de televisión: 26,000 minutos de influencia*. Barcelona: Hispano Europea.
- Villamil, J. (2002). Infancia, completan el retrato de la programación infantil valores como competencia y humillación, violencia y consumismo dominan la tv mexicana abierta. *La jornada*. México. Recuperado el 11 de noviembre de 2006, de <http://www.jornada.unam.mx/2002/04/30/047n2soc.php?printver=1>
- Wade, T.D., Davidson, S. & O'Dea, J.A. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 371-383.
- Wadsworth, B. J. (1991). *Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo*. México: Diana.
- Warren, C. S., Strauss, J., Taska, J. L. & Sullivan, S. J. (2005). Inspiring or Dispiriting? The effect of diet commercials on snack food consumption in high school and college-aged women. *Eating Disorders*, 37 (3), pp. 266–270.
- Weller, B. F. (1997). *Diccionario enciclopédico de las ciencias de la salud*. Mexico: McGraw-Hill- Interamericana.

- Wicklund, R. A. & Brehm, J. W. (1974). *Perspectives on cognitive dissonance*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wilcox, K. & Laird, J. D. (2000). The impact of media images of super slender women on women's self esteem: Identification, social comparison, and self-perception. *Journal of Research in Personality*, 34 (2), 278-286.
- Williamson, D. A., Gleaves, D. H. & Stewart, T. M. (2005). Categorical versus dimensional models of eating disorders: An examination of the evidence. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (1), 1-10.
- Wilson, B. K. (1988). *Seducción subliminal*. México: Diana.
- Winzelberg, A.J., Taylor, C.B., Sharpe, T., Eldredge, K.L., Dev, P. & Constantinou, P.S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 339-349.
- Wolfberg, E. (2002). *Prevención en salud mental. Escenarios actuales*. Argentina: Lugan.
- Weller, B. F. (1997). *Diccionario enciclopédico de las ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Zamarrón, C. I. (2003). Nutrición en los trastornos de la conducta alimentaria. En Chinchilla, M. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.

ANEXO 1



CUESTIONARIO SOBRE TELEVISIÓN Y PUBLICIDAD

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la televisión y con la publicidad televisiva en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.**

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

Nombre: _____ **Edad:** _____ años

Grado escolar: _____ **Tipo de escuela:** () pública () privada **Fecha:** _____

SECCIÓN A: Elige la opción que mejor conteste a cada pregunta que a continuación se te presenta, o en su caso responde lo más completamente posible:

1. ¿Ves televisión?

- a) nunca
- b) a veces
- c) frecuentemente
- d) muy frecuentemente
- e) siempre

Lunes										
Martes										
Miércoles										
Jueves										
Viernes										
Sábado										
Domingo										

2. ¿Qué canales ves con mayor frecuencia? Tacha el número de programas que ves en cada canal

CANAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+ de 9
2										
4										
5										
7										
9										
11										
13										
22										
28										
40										
Otro:										
Cable:										

4. ¿En qué horarios?

DÍA DE LA SEMANA	L	M	M	J	V	S	D
Por la mañana							
Por la tarde							
Por la noche							

5. ¿Qué tipo de programa de televisión te gusta más? Tacha en la columna de 0 cuando no te guste y 10 cuando sea tu favorito.

PROGRAMA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Telenovelas											
Cómicos											
De concursos											
Caricaturas											
Series norteamericanas											

3. ¿Cuántas horas diarias ves la televisión?

DÍA DE LA SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	+ de 8

Documentales																			
Deportivos																			
Videos musicales																			
Reality shows																			
Educativos																			
Otros:																			

6. ¿Quiénes son tus artistas (cantantes o actores)
7. ¿Te gustaría tener algunas características de tu personaje o artista favorito?
- a) La mayor parte de las veces
 - b) Algunas veces
 - c) No

favoritos? Anota 3 de tu preferencia:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

¿Por qué son tus favoritos?

11. ¿Qué situaciones recordaste a partir del anuncio?

12. ¿Cuál es el mensaje que nos quiere

CANAL	PROGRAMA FAVORITO	HORARIO	DIAS							
			L	Ma	Mi	J	V	S	D	

¿Cuáles?

8. De los comerciales de televisión que has visto recientemente, ¿cuál te ha llamado más la atención?

¿por qué?

9. ¿Recuerdas alguna frase o canción que se mencione en algún anuncio comercial?

- a) Si
- b) No

Escribe la frase y la marca del producto

10. ¿Qué emociones o sentimientos te produjo ese anuncio?

comunicar?

13. ¿Qué opinas respecto a ese mensaje?

14. ¿Has comprado ese producto?

- a) Si
- b) No

SECCIÓN B: Completa el siguiente cuadro con la información solicitada para cada columna.

ANEXO 2



No. de Folio _____

CUESTIONARIO SOBRE TELEVISIÓN Y PUBLICIDAD

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la televisión y con la publicidad televisiva en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.**

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ años

Grado escolar: _____ **Tipo de escuela:** () pública () privada **Fecha:** _____

SECCIÓN A: Elige con una X la opción que mejor conteste a cada pregunta que a continuación se te presenta, o en su caso responde lo más completamente posible:

10. ¿Ves televisión?

- a) nunca
- b) a veces
- c) frecuentemente
- d) muy frecuentemente
- e) siempre

11. ¿Qué canales ves con mayor frecuencia?

Tacha el número de programas que ves en cada canal

CANAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	+ de 9
2										
4										
5										
7										
9										
11										
13										
22										
28										
40										
Otro:										
Cable:										

12. ¿Cuántas horas diarias ves la televisión?

DÍA DE LA SEMANA	1	2	3	4	5	6	7	8	+ de 8
Lunes									
Martes									
Miércoles									
Jueves									
Viernes									
Sábado									
Domingo									

13. ¿En qué horarios?

DÍA DE LA SEMANA	L	M	M	J	V	S	D
Por la mañana							
Por la tarde							
Por la noche							

5. ¿Qué tipo de programa de televisión te gusta más? Tacha en la columna de 0 cuando no te guste y 10 cuando sea tu favorito.

PROGRAMA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Telenovelas											

Cómicos																					
De concursos																					
Caricaturas																					
Series norteamericanas																					
Documentales																					
Deportivos																					
Videos musicales																					
Reality shows																					
Educativos																					
Otros:																					

14. ¿Quiénes son tus artistas (cantantes o actores) favoritos? Anota 3 de tu preferencia:

- 3) _____
- 4) _____
- 3) _____

¿Por qué son tus favoritos?

15. ¿Te gustaría tener algunas características de tu personaje o artista favorito?

- a) La mayor parte de las veces
- b) Algunas veces
- c) No

¿Cuáles?

16. ¿Algún programa televisivo te da ideas para saber cómo actuar cuando no sabes cómo?

- a) La mayor parte de las veces
- b) Algunas veces
- c) Nunca

Cita un ejemplo:

17. ¿Crees que algún programa de televisión haya cambiado tu comportamiento o forma de pensar?

- a) nada
- b) poco
- c) ni mucho ni poco
- d) mucho
- e) demasiado

¿De qué manera?

18. De los comerciales de televisión que has visto recientemente, ¿cuál te ha llamado más la atención?

¿Por qué?

19. ¿Recuerdas alguna frase o canción que se mencione en algún anuncio comercial?

- a) Si
- b) No (pasa a la sección B).

Escribe la frase y la marca del producto

11. ¿Cuál es el mensaje que quiere comunicar ese anuncio?

12. ¿Has comprado ese producto?

- a) Si
- b) No

SECCIÓN B: Completa el siguiente cuadro con la información solicitada para cada columna. No es necesario que escribas en todos los renglones, sólo anota aquellos programas que sean tus favoritos.

CANAL	PROGRAMA FAVORITO	HORARIO	DIAS						
			L	Ma	Mi	J	V	S	D

SECCIÓN C: Selecciona la opción que conteste que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las siguientes frases:

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

1. Los comerciales son más llamativos cuando salen personajes conocidos (actores, cantantes, deportistas, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Es suficiente con utilizar la información que se presenta en la publicidad para decidir comprar y usar un producto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Los productos que se anuncian por televisión si funcionan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

4. Los comerciales de la televisión tratan de hacer que la gente compre algún producto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. El significado de la frase "salud es belleza" es que si cuidas tu cuerpo te verás bonita.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. La publicidad vende fantasías como subir de nivel social o económico, volverse famosos o atractivos, recibir aceptación o amor de otros, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Se puede confiar en la información que se dice en los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Los productos que se anuncian por televisión son los mejores productos que se pueden comprar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Es necesario estar al pendiente de la publicidad para estar a la moda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Es inútil opinar sobre lo que se dice en los anuncios, a nadie le interesa saber si nos agradan o desagradan los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. La frase "salud es belleza" que sale en los comerciales significa que si estás sana eres bonita.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

12. Las personas somos responsables de informarnos acerca de un producto antes de comprarlo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. El uso de algunos productos que se anuncian por televisión nos harán ver y sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. La mayor parte de los comerciales incluye a personas con diferentes tipos de figura corporal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. La publicidad que se transmite por televisión es divertida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. La publicidad nos hace sentir insatisfechos respecto a lo que somos y lo que tenemos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. En algunos anuncios se nos dice cómo debe ser nuestro cuerpo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Son muy atractivos los comerciales en los que sale gente famosa (actores, deportistas, cantantes, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. En la mayoría de los comerciales aparecen personas con diferentes niveles sociales y económicos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Ver comerciales es divertido.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Los mensajes e información transmitidos en televisión no son necesariamente ciertos en su totalidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Ver anuncios por televisión permite conocer nuevos productos y sus ventajas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Es importante buscar información adicional a la que se presenta en los anuncios publicitarios para decidir comprar y usar un producto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. La publicidad muestra principalmente a gente con un nivel social y económico alto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. La mayor parte de los comerciales son desagradables.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. En muchos anuncios se resalta la importancia de tener un cuerpo delgado.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Las mujeres y los hombres que aparecen en los comerciales se parecen mucho entre sí, opuesto a lo que sucede en la vida real.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Los anuncios de la televisión dicen sólo cosas buenas acerca de un producto (no te dicen las cosas malas).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN D: Selecciona la opción que conteste la frecuencia con la que te ocurren las siguientes situaciones:

A	B	C	D	E
Nunca	A Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

1. Me desagradan los comerciales porque te invitan a consumir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me gustaría tener la apariencia de actrices o modelos que salen en anuncios publicitarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Lllaman mi atención los anuncios en los que te dicen cómo verte y sentirte mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Recuerdo en mayor medida los comerciales en los que se utilizan efectos especiales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

5. Me convencen con facilidad los anuncios que veo por televisión en comprar ciertos productos (p.ej. cosméticos, ropa, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Recuerdo en mayor medida los comerciales en los que se presentan situaciones que me han ocurrido o me podrían ocurrir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me agradan los comerciales que presentan situaciones de expresión de afecto entre personas (abrazos, besos, palmadas, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. En los comerciales pasan situaciones reales, tal cual suceden en la vida cotidiana.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Me llaman la atención los efectos especiales que se presentan en algunos anuncios televisivos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Recuerdo algunos anuncios porque son graciosos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Yo elijo que programas y comerciales quiero ver por televisión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me agradan los comerciales en los que se utiliza el tipo de música que me gusta.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me siento feliz o emocionada al enterarme de que sale un nuevo producto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me llaman la atención los anuncios que me recuerdan a mis amigos o gente que conozco.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Me agradan los comerciales que me hacen reír.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Creo que son más confiables los productos que anuncian especialistas (doctores, dentistas, científicos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. He expresado mi opinión a fabricantes o publicistas (por medio de mails, cartas, llamadas telefónicas, etc.), cuando encuentro ideas desagradables o falsas en los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Me gusta observar los comerciales que pasan por televisión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. He observado que existen mensajes poco evidentes o claros en los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Prefiero ver televisión a hacer otras cosas (jugar, leer, hacer tarea, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Me gustan los comerciales en los que aparece gente divirtiéndose y disfrutando de la vida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me atraen los comerciales que ofrecen información respecto al cuidado de la salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Observo a las personas que salen en comerciales para saber si me parezco a ellas o no.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

A	B	C	D	E
Nunca	A Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

24. He tratado de repetir las acciones que se realizan en algunos comerciales para comprobar si el producto funciona.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. He encontrado mensajes desagradables en los comerciales que transmiten por televisión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. A partir de la información que veo en los anuncios puedo saber si un producto es recomendable o no.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

27. Durante los comerciales hago otras cosas distintas a ver la televisión (ej. Comer, ir al baño, tarea, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Recuerdo los anuncios porque mencionan ciertos beneficios al consumir el producto (p.ej. olvidar los problemas).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Cambio de canal durante el tiempo de comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Platico con mis padres, amigos o maestros, sobre lo que observo en los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me llaman la atención los anuncios que resaltan la vanidad que podemos tener las mujeres.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Expreso mis opiniones sobre la publicidad en mayor medida en comparación con otras chicas de mi edad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Me atraen los anuncios en que participan mis artistas o deportistas favoritos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Soy exigente con el tipo de programas que elijo para ver por televisión (no veo cualquier cosa).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

STUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

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

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

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

Facultad de Psicología, UNAM

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No.

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre

- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amiga(o)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5. Edad de tu primera menstruación

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. Pensando en el jefe de familia, ¿cuál fue el último año de estudios del jefe de familia?

- A) Sin escolaridad
- B) Primaria incompleta
- C) Primaria completa
- D) Secundaria incompleta
- E) Secundaria completa

- F) Carrera Comercial
- G) Carrera Técnica
- H) Preparatoria incompleta
- I) Preparatoria Completa
- J) Licenciatura incompleta
- K) Licenciatura completa
- L) Maestría/ Diplomado
- M) Doctorado
- N) No sé

9. ¿Cuántos baños con regadera tienes dentro de tu hogar?

- A) Ninguno
- B) Uno
- C) Dos
- D) Tres
- E) Cuatro
- F) Cinco o más

10. Dentro de tu hogar, ¿cuentas con calentador de agua o boiler?

- A) No tiene
- B) Sí tiene

11. ¿Con cuántos cuartos cuenta tu hogar? Por favor incluye todos los cuartos que tengas (recámaras, sala, comedor, cocina) pero no baños, pasillos, patios, cochera Anotar cantidad

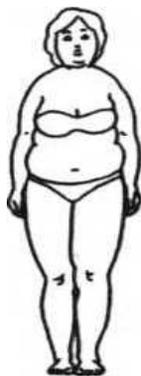
12. Contando todos los focos que utilizas para iluminar su hogar, incluyendo los de los techos, paredes y lámparas de buró o piso ¿con cuántos focos cuenta tu hogar? Anotar cantidad

13. ¿Tienes automóvil para uso privado en tu hogar?

- A) No tengo
- B) Sí tengo

SECCIÓN B

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



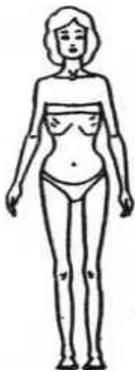
(A)



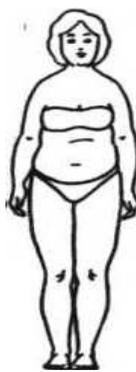
(B)



(C)



(D)



(E)



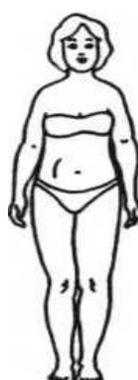
(F)



(G)



(H)



(I)

**SECCIÓN
C**

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) No. (Pasa a la pregunta 5)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

5. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

6. El problema consiste en que:

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

9. ¿Con que intensidad sientes hambre?

- A) Poca
- B) Regular
- C) Demasiada

10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

**SECCIÓN
D**

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---	----------------------------	--------------

1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Procuro comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	-------------------------	--------------

23. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprende pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)..	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39. Como a escondidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40. Disfruto cuando como con otras personas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
49. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN E

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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

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

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

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (aparición) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

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

10. Llegar a estar gorda :

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

11. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

 Escribe el número de Años

12. Cómo me ven los demás :

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

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

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

14. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

15. Me preocupa la forma de mi cuerpo.

- A) Nada
- B) Poco
- C) Regular
- D) Mucho

16. Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas).

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

17. Me gusta mirarme al espejo.

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

18. Cuando quiero insultar a alguien la llamo "gorda".

- A) Nunca
- B) A veces

- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

19. Admiro a las personas delgadas.

- A) Nada
- B) Poco
- C) Regular
- D) Mucho

20. Creo que para ser atractiva hay que ser delgada.

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

21. "Llegar a estar gorda..."

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

22. Una mujer guapa es:

- A) obesa
- B) con sobrepeso
- C) con peso normal (ni gorda ni delgada)
- D) delgada
- E) muy delgada

23. Te gusta salir con muchachos:

- A) obesos
- B) delgados
- C) con peso normal
- D) no importa su peso

24. A los hombres les gusta salir con mujeres:

- A) obesas
- B) delgadas
- C) con peso normal
- D) no importa su peso

SECCIÓN

F

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



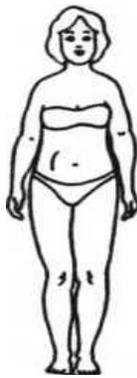
(A)



(B)



(C)



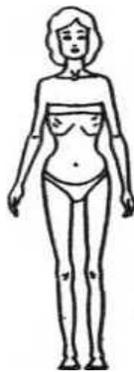
(D)



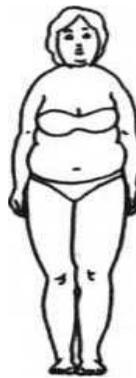
(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN

G

1. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

2. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

3. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que promueven productos adelgazantes?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

4. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

5. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

6. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Nada

7. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

8. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Nada

9. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso,

adelgazamiento o el control de la obesidad?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Nada

10. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a esos productos?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

11. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Nada

12. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Nada

13. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?

- A) Mucho
- B) Algo
- C) Nada

14. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?

- A) Muchas veces
- B) A veces
- C) Nunca

**SECCIÓN
H**

1. ¿Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psiquiátrico?

- A) Sí B) No

2. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nervosa, bulimia nervosa u otros trastornos alimentarios?

- A) Sí B) No

3. En caso afirmativo, ¿quién es?

- A) Padre
B) Madre
C) Hermana/o
D) Tío (a)
E) Abuelo (a)
F) Otros. Específica

4. ¿Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- A) Sí B) No

5. En la actualidad, ¿estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- A) Sí B) No

6. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?

- A) Sí B) No

7. ¿Te pesas habitualmente?

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

8. Si tu respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto tiempo te pesas?

- A) Cada día
B) De 2 a 3 veces por semana
C) De vez en cuando

9. ¿Algún miembro de tu casa te ha criticado o se ha burlado de ti por tu figura o por tu peso?

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta.
B) No. Pasa a la pregunta 11.

ANEXO 4

CARTA DESCRIPTIVA TALLER “AUDIENCIAS CRÍTICAS”.

OBJETIVO GENERAL: Las participantes identificarán mensajes nocivos para la salud en términos de alimentación de la adolescente y elaborarán mensajes de promoción de aceptación corporal y alimentación saludable, dirigidos a las adolescentes de su edad.

DURACIÓN: 10 sesiones con duración de 50 minutos cada una.

DIRIGIDO A: Adolescentes mujeres del primer y segundo años de secundaria.

Sesión	Temática	Objetivo	Metodología	Material Didáctico	Tiempo de duración	Evaluación
1	Actividad 1 Bienvenida.	Establecer rapport y compromiso de participación.	Expositiva / Interrogativa.	No se requiere material.	5 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 “Iniciales de cualidades”.	Presentación, facilitar comunicación participativa, establecer rapport.	Interrogativa.	Una pelota pequeña.	10 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 3 Viviendo la adolescencia (textos vivientes; Bello, 2005).	Identificar los cambios propios de la adolescencia.	Textos vivientes.	Cámara de video y cassettes; hojas con los temas a representar; material didáctico para la representación (telas de colores, espejo grande, etc.).	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 4 Reconociendo la propia imagen corporal.	Explorar de estrategias de aceptación corporal.	Lectura comentada.	Hoja de imagen en el espejo (ver anexo), cámara de video.	15 minutos.	Actividad ejecutada.

2	Actividad 1 Alimentación del adolescente (textos vivientes; Bello, 2005).	Las participantes identificarán los grupos de nutrientes y la importancia del consumo de todos en una dieta balanceada.	Textos vivientes.	Cámara de video y cassettes; hojas con los temas a representar; material didáctico para la representación (telas de colores, sombreros, etc.).	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 Alimentación saludable.	Identificar el concepto de alimentación saludable.	Tormenta de ideas / Interrogativa.	Tarjetas, pizarrón, maskin tape.	10 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 3 Control alimentario: dietas, figura y peso.	Explorar y describir las ventajas y desventajas de la restricción alimentaria y la funcionalidad o utilidad del mantenimiento de las creencias asociadas a esta práctica.	Tormenta de ideas / Interrogativa.	Video con anuncio publicitario en el que el producto se relaciona con la restricción alimentaria (dieta restringida) y cuidado del peso, grabadora y cassette.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
3	Actividad 1 El adolescente en los medios de comunicación.	Identificar estereotipos, mitos y realidades referentes al concepto de adolescente que se presenta en la televisión y publicidad.	Expositiva / Interrogativa.	Video con anuncio publicitario en que haya protagonistas adolescentes, televisor, videocasetera, rotafolio y plumones.	20 minutos.	Actividad ejecutada.

	Actividad 2 Estereotipos: adolescencia, salud, belleza, mujer, juventud, delgadez y obesidad.	Definir el concepto de estereotipo.	Tormenta de ideas.	No se requiere material.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
--	--	-------------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------	----------------------

	Actividad 3 El impacto del ideal delgado.	Identificar las consecuencias de adoptar como propio el ideal corporal delgado.	Interrogativa.	No se requiere material.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
4	Actividad 1 La imagen en la televisión (Graviz y Pozo, 1992).	Identificar realidad e ilusión visual en la imagen televisiva.	Interrogativa / Demostrativa.	Cámara de video, focos para iluminación, cartulinas de color, televisor, proyector de diapositivas, diapositivas de diferentes imágenes.	45 minutos.	Actividad ejecutada.
5	Actividad 1 Publicidad televisiva.	Definir el concepto de publicidad televisiva.	Expositiva / Interrogativa.	Video con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolio, plumones.	10 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 Anuncios publicitarios.	Describir los elementos de un anuncio publicitario, sus fines y quienes son sus beneficiarios.	Interrogativa.	Videos con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolios y plumones.	20 minutos.	Actividad ejecutada.

	Actividad 3 La persuasión en la publicidad televisiva.	Identificar formas de persuasión en la publicidad televisiva.	Lectura comentada.	Video con anuncios publicitarios, hojas, lápices, videograbadora, televisor.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
6 parte 1	Actividad 1 Ejecutivas de una agencia publicitaria.	Las participantes identificarán tácticas publicitarias desde la perspectiva del publicista.	Tormenta de ideas.	Hojas de papel, lápices.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
6 parte 2	Actividad 1 El receptor crítico.	Identificar el concepto y los beneficios de la recepción crítica ante los medios de comunicación.	Expositiva.	Hoja de trabajo "receptores críticos", lápices, video con anuncios, televisor, videograbadora.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 Mercadotecnia para adolescentes: Activismo mediante la respuesta del consumidor.	Participar activamente en el proceso de recepción de mensajes publicitarios. Esta lección ayuda a los adolescentes a ser consumidores activos alentándolos a contestar a los publicistas cuando tienen alguna preocupación.	Demostrativa.	Hojas de papel, lápices y plumas, fotocopias de la guía cómo y cuando responder.	10 minutos.	Actividad ejecutada.
7	Actividad 1 Expresión de ideas propias. Elaboración del storyboard.	Elaborar el storyboard de un anuncio comercial en el que se presenten las ideas adquiridas en el taller de formación de	Corrillos.	Pizarrón, gis, hojas de papel, lápices, rotafolio y plumones.	55 minutos.	Actividad ejecutada.

		audiencias críticas, que promueva la salud, dirigiéndose a adolescentes.				
8	Actividad 1 Creando comerciales y contra-comerciales.	Elaborar un anuncio "contra-comercial" en el que se presenten las ideas adquiridas en el taller de formación de audiencias críticas.	Demostrativa/ Dramatización.	Cámara de video, televisor, materiales para escenografía y vestuario, videocasetera, rotafolio y plumones.	50 minutos.	Actividad ejecutada.
9	-	Presentación de los comerciales elaborados en el taller ante padres de familia, maestros y alumnos (que no pertenezcan a su grado escolar).	Expositiva.	Laptop, cañón (proyector).	1 hora.	Actividad ejecutada.
10	Actividad 1 Aplicación del post-test.	Evaluar la eficacia del programa de prevención a corto plazo.	-	Cuestionarios y lápices.	45 minutos.	Presentación de comerciales

CARTA DESCRIPTIVA TALLER “PSICOEDUCATIVO”

OBJETIVO GENERAL: Las participantes identificarán mensajes nocivos para la salud en términos de alimentación de la adolescente y elaborarán mensajes de promoción de aceptación corporal y alimentación saludable, dirigidos a las adolescentes de su edad.

DURACIÓN: 10 sesiones con duración de 50 minutos cada una.

DIRIGIDO A: Adolescentes mujeres del primer y segundo años de secundaria.

Sesión	Temática	Objetivo	Metodología	Material didáctico	Tiempo de duración	Evaluación
1	Actividad 1 Bienvenida. Presentación de las facilitadoras.	Establecimiento del contrato de participación.	Exposición.	No se requiere material.	15 minutos.	Actividad ejecutada.

	Actividad 2 Presentación de las participantes.	Establecimiento de rapport.	Técnica para romper el hielo: "Iniciales de cualidades".	Pelota, gafetes con nombres.	35 minutos.	Actividad ejecutada.
2	Actividad 1 Adolescencia y salud.	Identificar los cambios de la adolescencia (físicos, cognoscitivos y sociales).	Lectura dirigida. Actividad a realizar: collage.	Cartulinas, revistas, tijeras, plumones y colores; hojas con los temas a explicar; gis y borrador.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 Adolescencia e imagen corporal.	Explorar estrategias de aceptación corporal.	Discusión grupal, lluvia de ideas.	Hoja de trabajo "La imagen en el espejo".	25 minutos.	Actividad ejecutada.
3	Actividad 1 Alimentación del adolescente.	Identificar los grupos de nutrientes y la importancia del consumo de todos en una dieta balanceada.	Lectura dirigida. Actividad complementaria: resolución de crucigrama.	Hoja "La alimentación del adolescente".	15 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 Alimentación saludable.	Identificar el concepto de alimentación saludable.	Lluvia de ideas.	Hoja de respuestas de hábitos sanos y no sanos.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 3 Control alimentario, dietas, figura y peso corporal.	Describir el concepto de restricción alimentaria y distinguir la diferencia que existe con el término dieta.	Explicativa.	Vídeo con anuncio publicitario en el que el producto se relaciona con la restricción alimentaria (dieta restringida) y cuidado del peso, grabadora y cassette.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
4	Actividad 1 a) El adolescente en los medios de comunicación.	Distinguir entre los estereotipos presentados en la publicidad televisiva de adolescencia,	Explicativa.	Vídeo con anuncio publicitario en que haya protagonistas adolescentes, televisor, videocasetera, rotafolio y plumones.	20 minutos.	Actividad ejecutada.

	Actividad 1 b) Estereotipos: adolescencia, salud, belleza, mujer, juventud, delgadez y obesidad.	salud, belleza y los conceptos propios.	Explicativa.	No se requiere material.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 El impacto del ideal delgado.	Identificar las consecuencias de adoptar como propio el ideal corporal delgado.	Lectura dirigida.	No se requiere material.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
5	Actividad 1 La imagen en televisión.	Distinguir entre la imagen televisiva y la realidad.	Explicativa.	Láminas ilustrativas.	50 minutos.	Actividad ejecutada.
6	Actividad 1 Publicidad televisiva.	Definir el concepto de publicidad televisiva.	Explicativa.	Video con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolio, plumones.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 Anuncios publicitarios.	Describir los elementos de un anuncio publicitario, sus fines y quienes son sus beneficiarios.	Explicativa.	video con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolio, plumones.	15 minutos.	Actividad ejecutada.

	Actividad 3 La persuasión en publicidad televisiva.	Identificar formas de persuasión en la publicidad televisiva.	Explicativa y lectura dirigida.	Hojas de trabajo y lectura "persuasión publicitaria", lápices.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
7	Actividad 1 Ejecutivas de una agencia publicitaria.	Explicar los pasos en la elaboración de comerciales desde la perspectiva del publicista.	Explicativa.	Láminas ilustrativas.	15 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 2 El receptor crítico.	Identificar el concepto de recepción crítica.	Explicativa y demostrativa.	Video con anuncios, televisor, videograbadora. Pizarrón y gis.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	Actividad 3 Activismo para adolescentes.	Participar activamente en el proceso de recepción de mensajes publicitarios.	Lectura dirigida.	Lectura "cómo y cuando responder".	15 minutos.	Actividad ejecutada. Carta de expresión de opinión.
8	Actividad 1 El storyboard.	Diseñar propuestas de cambio de los mensajes transmitidos en los medios de comunicación.	Explicativa.	Presentación en powerpoint explicando cómo elaborar un storyboard.	50 minutos.	Actividad ejecutada.
9	Actividad 1 Creando contra-comerciales.	Elaborar propuestas de cambio de los mensajes transmitidos en los medios de comunicación.	Lectura dirigida.	Lectura "Creando contra-comerciales".	50 minutos.	Actividad ejecutada.
10	Actividad 1	Difundir mensajes	Integración.	Cartulinas, tijeras, plumones,	50 minutos.	Cartel.

	Elaborando carteles.	que promocienen la salud de la adolescente.	Actividad a realizar: carteles que expliquen mensajes a favor de la salud e información de interés para la adolescente.	pegamento.		
--	----------------------	---	---	------------	--	--