

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**REALIDAD VIRTUAL. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS
ALIMENTARIOS EN ADOLESCENTES: FORMACIÓN DE
AUDIENCIAS CRÍTICAS**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN:

**MARICELA GARCÍA
ANA CECILIA ÁNGEL RODRÍGUEZ
DAYSÍ BELÉN TOVAR VILLAR**

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. GILDA 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

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de formar parte de esta gran casa de estudios y a todos los maestros que contribuyeron en mi formación profesional.

A mi madre, por haberme enseñado que cuando se quiere lograr algo, hay que trabajar bastante para obtenerlo. Gracias por no darme nada y todo a la vez, te quiero mamá. A mis tres hermanas y a Mary de Jesús, gracias por todo.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por permitirme participar en esta investigación, a Rosy por su apoyo y su comprensión, a Lulú, Adriana, Chivis, Camelia, Ceci y Daysi por todo el apoyo para la realización de este proyecto, a Mary de URIDES por su apoyo. A la Escuela Secundaria # 162 "Ricardo Flores Magón" por la disposición para trabajar con sus alumnas.

A todas mis amigas y amigos por apoyarme e impulsarme siempre, por estar conmigo en todo momento.

A la Familia Cotera, en especial a Ángela, porque nos ayudamos de manera mutua durante más de 12 años.

Al Profesor Fernando Sánchez Loeza, gracias por motivarme a seguir avanzando, a la Profesora Blanca Reguero por apoyarme y a la Doctora Corina Cuevas, por ayudarme en la realización de este trabajo.

A dos familias que me han permitido compartir momentos especiales con ellas, a las que quiero mucho y que son muy importantes para mí: la Familia Gil Gómez, especialmente a la Señora Alicia, y a la familia Zamora Juárez, de manera especial a la Señora Esperanza.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a cada uno de los momentos en que tuve la fuerza suficiente para seguir trabajando, a todos los momentos en que sentí que ya no podía más, y que afortunadamente hubo quién me animara y me apoyara, para tener la perseverancia y lograrlo, a los momentos en que lloré, reí y disfruté durante toda la carrera, a cada uno de esos momentos en que tuve el valor, la fuerza, la entereza y el coraje para seguir avanzando a pesar de las adversidades.

MARICELA

AGRADECIMIENTOS

“Soñar, es un privilegio, atreverse a vivir los sueños es mágico”.

A mí máxima casa de estudios la **Universidad Nacional Autónoma de México**, en especial a la Facultad de Psicología, en cuyas aulas, biblioteca, auditorios y laboratorios **todos y cada uno de mis maestros (as)** me enseñaron que “para quien tiene determinación, siempre hay tiempo y oportunidad”.

A la Dra. **Gilda Gómez Pérez-Mitré**, con infinito agradecimiento por la ayuda que me brindó para la elaboración de esta tesis.

A **Rosalía**, por su gran apoyo, dedicación y tiempo para la realización de este sueño; Silvia, Adriana, Camelia, Lulú, Guille, y Joselyn por su cariño y apoyo siempre brindado, a Mary de URIDES por su apoyo incondicional.

A **mis padres y hermano** con todo mi amor, gratitud y reconocimiento en agradecimiento por el apoyo, comprensión y confianza siempre brindados, para mí realización personal y profesional. Gracias a ello he culminado uno de mis grandes anhelos.

A **Daysi y Maricela** por compartir este sueño y caminar juntas, recuerden: “la vida es como un viaje por mar; hay días de calma y días de borrasca. Lo importante es ser un buen capitán de nuestro barco”-Jacinto Benavente-. Reitero mi eterno reconocimiento, admiración y respeto a cada una ¡GRACIAS!.

A la **Escuela Secundaria # 162 “Ricardo Flores Magón”**. En especial al **Director Alfredo Palacios Morales, Subdirectora María del Carmen Benítez Hernández, personal administrativo, docente y alumnas**, por su excelente disposición, confianza y apoyo siempre brindado.

A **Naty, José, Caro, Chuchin, Jorge, Kimberly, Quique, Josefina, Eli, Yessi y Fer** por su amor y apoyo incondicional siempre.

Y aquellas personas que desde el cielo me envían sus bendiciones día a día **Abuelita Agustina (†), Tía Ceci (†) y Abuelito Pedro (†)**.

A **Gaby, Alfredo, Madrina Lulú, Sra. Maribel, Efrén (†), Sr. Celestino, Sra. Ana, Sr. Ernesto Maure y Carmelita Ezeta**, por el cariño, ejemplo y apoyo que siempre me han brindado.

A mis Amigas y cómplices en esta travesía **Norma, Iris, Chabelita, Sonia, Silvia, Magda, Angélica, Jassil, Liliana, Erika, Carmen, Melissa, Dafne, Adriana, Daysi, Maricela, Martha, Ivonne, Era** y a todos aquellos que aunque no nombro, han sido para mi corazón un inmenso tesoro con cierta

fuerza mágica; donde compartimos y construimos grandes sueños, alegrías y tristezas.

Al Colegio Saret y Supervisión P-199 conformado por: Profra. Blanca Tapia, Jacqueline Zaragoza, Adriana Villagomez, Rosalba Rosales, Laura Tapia, Irene, Rosita, Nefrit, Supervisora Ma. Luisa Carmona González y Profra. Luz María. Por los conocimientos que han compartido conmigo, su tiempo y la paciencia que me han tenido, pero sobre todo por el apoyo incondicional de cada una.

En especial a los alumnos: **Rebeca, Erick, Jonathan, Diana y Enrique,** porque me han recordado el valor de la niñez, alegría, imaginación e inocencia que existe en el interior del alma.

Al **Honorable Sínodo** que me honrará al examinarme, de antemano una disculpa por los errores, omisiones y excesos en que una servidora pueda incurrir.

DEDICATORIA

A **Dios** por brindarme la fuerza, valor, tolerancia y determinación para conseguir siempre lo que me propongo.

A **mis padres y hermano** por todo el amor, esfuerzo, dedicación, tiempo y sabiduría brindados a lo largo de mi existencia y acompañarme siempre, sin condiciones en la realización de mis sueños.

CECI

AGRADECIMIENTOS

A **DIOS** por todos los regalos y oportunidades que ha puesto a lo largo de mi vida

A mis **Padres** por estar apoyándome en cada paso que doy.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, en especial a la **Facultad de Psicología**, por contribuir en mi formación profesional mediante las enseñanzas de sus excelentes docentes y la prestación de sus innumerables servicios.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por la oportunidad de integrarme al proyecto y llevarme una experiencia más de aprendizaje. Agradeciendo también, el extraordinario apoyo de Rosy para la estructuración de esta investigación.

A la Secundaria No. 162 "Ricardo Flores Magón" por las facilidades otorgadas para la realización de nuestras aplicaciones de campo.

A Ceci, por apoyarme como una hermana y gran amiga a lo largo de nuestra instancia en esta Facultad.

A Mary, por su gran ejemplo de fortaleza, empeño y disciplina. Así como a todas aquellas personas que colaboraron en la formación de este proyecto:

¡Mil Gracias!

DEDICATORIAS

Para mis Padres que son el pilar de mi existencia y fortaleza para el cumplimiento de mis metas, pero sobre todo por el amor incondicional que toda la vida me han dado.

Para Laura y Miguel, con quienes día a día compartimos alegrías, riñas e ilusiones, pero sobre todo por compartir el amor y la unión que contribuyen a la felicidad de nuestra familia.

DAYSÍ BELÉN

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	5
Capítulo 1	
Salud y prevención	
Definición de salud.....	7
Niveles de aplicación de medidas preventivas.....	10
Promoción de salud.....	12
Estilos de vida.....	14
Estilos de vida saludables.....	15
Modelos de comportamiento saludable.....	18
Conductas de riesgo.....	19
Conductas de riesgo en adolescentes.....	19
Capítulo 2	
Trastornos de la conducta alimentaria	
Anorexia Nervosa.....	22
Definición y criterios de diagnóstico.....	22
Epidemiología.....	23
Etiología.....	24
Modelo biopsicosocial de Lucas.....	25
Factores predisponentes.....	25
Factores precipitantes.....	26
Factores de mantenimiento.....	26
Síntomas.....	27
Consecuencias.....	27
Bulimia nervosa.....	28
Antecedentes.....	28
Definición y criterios de diagnóstico.....	29
Epidemiología.....	31
Etiología.....	33
Factores predisponentes.....	33
Factores desencadenantes.....	34
Factores perpetuantes.....	34
Síntomas.....	34
Consecuencias.....	35
Trastornos de la conducta alimentaria no especificados.....	35

Capítulo 3

Factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria

Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.....	37
Dieta restringida.....	38
Preocupación por el peso y la comida.....	39
Factores de riesgo asociados con imagen corporal.....	39
Imagen corporal.....	39
Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.....	40
Factores influyentes en la insatisfacción corporal.....	42
Alteración o distorsión de la imagen corporal.....	42
Deseo de una figura ideal delgada.....	43
Actitud hacia la obesidad/delgadez.....	44
Sobrevaloración del atractivo físico.....	45
Burla y/o crítica de la imagen corporal.....	46
Índice de masa corporal.....	48
Maduración sexual precoz/tardía.....	49

Capítulo 4

Prevención en los trastornos de conducta alimentaria

Antecedentes.....	52
Prevención de trastornos alimentarios en México.....	54
Elementos relevantes en la prevención.....	56
Nuevas propuestas en los trastornos de conducta alimentaria: realidad virtual y formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva.....	57
Medios de comunicación y publicidad.....	58
Formación de audiencias críticas.....	62
Realidad virtual.....	64
Reestructuración cognoscitiva.....	65
Elementos de la realidad virtual.....	67
Usos de la realidad virtual.....	68
Escenarios virtuales.....	69
Realidad virtual en los trastornos de conducta alimentaria.....	70

Capítulo 5	
Plan de investigación	
Objetivo general.....	73
Problema general de investigación.....	73
Problemas específicos.....	73
Hipótesis de trabajo.....	73
Definición de variables.....	74
Variable independiente.....	74
Variables dependientes.....	74
Definición conceptual de las variables.....	74
Definición operacional de variables.....	75
Método.....	76
Muestra y participantes.....	76
Diseño.....	76
Instrumentos.....	76
Aparatos.....	77
Procedimiento.....	77
Capítulo 6	
Resultados	
Descripción de la muestra.....	80
Descripción pre-test/post-test de las variables de estudio.....	82
Descripción de resultados del programa de realidad virtual.....	85
Comparación pre-test/post-test de las variables de estudio.....	87
Capítulo 7	
Discusión y conclusión	
Discusión.....	89
Conclusión.....	92
Sugerencias y limitaciones.....	92
Referencias	94
Anexos	105

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar si una intervención apoyada en un Programa de Realidad Virtual* y Formación de Audiencias Críticas es eficaz en la disminución de factores de riesgo asociados con imagen corporal en los Trastornos de Conducta Alimentaria. Se trabajó con una muestra no probabilística con N=25 mujeres adolescentes, y con una media de edad $X=12.64$ y $S=0.75$. Se utilizó un diseño cuasiexperimental de un solo grupo con mediciones pre-test/post-test. Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes. Se seleccionó a las participantes que eligieron como figura ideal, las silueta 1 (categoría de emaciación) y la silueta 2 (categoría de bajo peso). Posteriormente, se aplicó el Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas. Entre los principales resultados se encontró una modificación favorable en el deseo de una figura ideal delgada, y se incrementó la satisfacción de las participantes con su imagen corporal.

***Forma parte de una investigación mayor financiada por PAPIIT No. IN307403-2 titulada "Realidad virtual. Modelo escolar de educación para la salud (prevención)".**

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes, ha llegado a ser un problema de salud importante, sobre todo en el caso de la población mexicana, que ha mostrado estar adoptando nuevos estilos de vida, diferentes a los que se llevaban a cabo algunas décadas atrás. Algunos autores manejan que la causa de la aparición de este tipo de trastornos es multifactorial, lo que indica que se deben dar una serie de circunstancias conjuntas para que se desencadenen dichos trastornos.

Cabe mencionar el papel que juegan los avances tecnológicos, que llegan a modificar la forma de pensar y actuar de la población en general. De manera que en la actualidad se está viendo cierta habituación ante diversos problemas de salud, sin darles la importancia suficiente como para prevenirlos.

Dichos avances tecnológicos que conllevan cambios socioculturales, han hecho que algunos medios de comunicación como la televisión, internet, revistas y cine, entre otros, muestren una serie de estereotipos, que enfatizan la importancia de un cuerpo atractivo; manejando ideas que asocian un cuerpo delgado con la belleza, inteligencia, aceptación social y éxito; se disminuye la objetividad ante la percepción de tales mensajes. De tal forma que en el caso de las adolescentes, que se encuentran en una edad caracterizada por los cambios y susceptibilidad a la crítica, absorben estos mensajes como dogmas que se deben cumplir si se desean obtener los "privilegios" de tener una figura delgada. Ante esta problemática de las adolescentes en relación con la imagen corporal, es conveniente llevar a cabo programas de prevención e intervención con la finalidad de disminuir la presencia e incidencia de este tipo de trastornos.

En el primer capítulo se aborda el tema de la salud, haciendo hincapié en los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), así como la importancia de llevar a cabo estrategias de promoción de salud. Se aborda también el tema de conductas de riesgo, estilos de vida y promoción de estilos de vida saludables.

El segundo capítulo presenta los antecedentes históricos de los desórdenes alimentarios, su definición y los factores desencadenantes; así como los criterios que el DSM-IV TR establece para su diagnóstico. Se hace también una revisión del panorama epidemiológico de estos trastornos.

En el tercer capítulo se mencionan los principales factores de riesgo que provocan la aparición de desórdenes alimentarios: asociados con conducta alimentaria (seguimiento de dieta restringida y preocupación por el peso y la comida) y con imagen corporal (satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, deseo de una figura ideal delgada y alteración de la imagen corporal). Se dio especial importancia a éstos últimos, debido al objetivo de la investigación.

En el cuarto capítulo se expone un panorama general de la prevención de los trastornos alimentarios, su importancia y la influencia de los medios masivos de comunicación, específicamente la influencia de los anuncios publicitarios televisivos, se habla, además, de la nueva propuesta de prevención: realidad virtual y formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva.

En el quinto capítulo se describe el plan de investigación que comprende: objetivos general y específicos, hipótesis manejadas en este trabajo, variables (definición conceptual y operacional). Se realiza también, una descripción de la muestra, se mencionan los instrumentos y aparatos utilizados, así como el procedimiento llevado a cabo.

En el sexto capítulo se exponen los resultados mediante tablas y gráficas en las que se puede observar los datos obtenidos. Finalmente, en el séptimo capítulo se discuten los resultados y se concluye que el Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas es adecuado para modificar algunos factores de riesgo asociados con imagen corporal; como deseo de una figura ideal delgada y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

CAPÍTULO 1

SALUD Y PREVENCIÓN

Durante siglos, el pensamiento hipocrático ha sido el paradigma de la medicina del mundo occidental, preservando la idea de que la salud es la expresión del balance armónico entre el hombre y su ambiente. Paralelamente, en culturas orientales, el concepto de salud está basado en un equilibrio entre cuerpo y espíritu (Vega, 2000).

El concepto de salud es dinámico y cambia conforme a la época y a las condiciones ambientales, el significado de la palabra salud varía de un grupo social a otro e incluso de persona a persona (López y Frías, 2000). En julio de 1946, se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en los aspectos relacionados con la salud. Actúa como la autoridad directiva y coordinadora de las labores sanitarias de todo el mundo, y en su Declaración de Principios estableció que el goce del más alto grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición socioeconómica y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y naciones (Higashida, 1995).

El objetivo principal de la OMS (1978) es lograr salud para todos, que todos los gobiernos, así como las distintas disciplinas relacionadas con este sector se den a la tarea de conjuntar esfuerzos y desarrollar estrategias que permitan promover, prevenir, diagnosticar y rehabilitar aquellas conductas que estén incidiendo negativamente en la salud de la población (Torres y Vital, 2002).

Definición de salud

El término salud proviene del latín *salus-salutis*, que significa un estado del organismo que no está enfermo, la palabra enfermedad proviene del latín *infirmas-atis*, que se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal (Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997). La salud, comprendida como el bienestar físico va más allá del aspecto biomédico, abarca lo subjetivo y el comportamiento del ser humano, no es únicamente la ausencia de enfermedad, sino un concepto que involucra diferentes grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo, desde un punto de vista subjetivo, está relacionado con un sentimiento de bienestar y desde un punto de vista objetivo, tiene relación con la capacidad de funcionamiento de la persona (Oblitas, 2004). Carcavallo (1975, citado en Sánchez, 2001) menciona que la "salud es la correcta aptitud para dar armónicas respuestas a los estímulos del ambiente, que aseguran una vida activa y creadora y una descendencia apta" (p. 3).

La salud es un estado y al mismo tiempo un proceso cambiante, ya que de manera continua suceden alteraciones en el medio físico y psicológico del ser

humano, así como en sus relaciones interpersonales, actualmente, la salud ya no es percibida como algo a conservar sino más bien, como algo a desarrollar (Oblitas, 2004). La salud se puede entender como el nivel más elevado posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional permitida por los factores sociales en los que se encuentra inmerso el individuo (Salleras, 1985 citado en Rodríguez, 1995). En el concepto de salud hay dos puntos que deben tomarse en cuenta: en primer lugar, la salud no es únicamente ausencia de enfermedad, sino que es un proceso mediante el cual el individuo desarrolla al máximo sus capacidades y potenciales con el objetivo de alcanzar la autorrealización personal (San Martín, 1992). Y en segundo lugar, la salud es un derecho del ser humano, de manera individual y como integrante de una sociedad, pero además, es una responsabilidad que debe ser fomentada y promovida por la sociedad y por sus instituciones. Por lo que es importante promover la autoresponsabilidad para mantener y mejorar la salud (Rodríguez, 1995).

López y Frías (2000) mencionan que en la actual concepción de salud, ésta se considera como una variable dependiente que recibe la influencia de factores diferentes que condicionan el nivel de salud del ser humano, los cuales no pueden ser considerados de forma aislada, sino en constante interacción, dichos factores son los siguientes: biología humana (genética y envejecimiento), medio ambiente (contaminación física, química, cultural, biológica y psicosocial), estilos de vida (conductas de salud) y finalmente sistemas de asistencia sanitaria. Estos componentes son modificables, (excepto la biología, que lo es en menor medida) por acciones de la sociedad hacia un mejoramiento de la salud pública.

La OMS (1978) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad o invalidez. Considera estos aspectos porque el hombre se debe estudiar como una unidad biopsicosocial (biológica, psicológica y social).

Sánchez (2001) menciona que esta definición es un tanto totalizadora, pues abarca distintas áreas del hombre. Además, señala que al referirse a un "estado", denota cierta condición estática, cuando en realidad, el hombre por ser una entidad biopsicosocial, está dentro de una condición dinámica.

De acuerdo con Higashida (1995), enfermedad es la pérdida del equilibrio dinámico con el medio ambiente; sin embargo, salud y enfermedad no son opuestos, son los grados extremos de un mismo proceso y entre ellos existen diversos grados de adaptación. Los aspectos considerados para la definición de salud son los siguientes:

- **Biológicamente**, es necesario conocer la estructura y el funcionamiento del organismo.
- **Psicológicamente**, cada individuo es un ser único, tiene su propia personalidad, que es el conjunto de características psíquicas heredadas y adquiridas con las cuales se manifiesta. Lo heredado

determina el temperamento, que lo hacen reaccionar a los estímulos de determinada manera. El carácter, en cambio, resulta de la interacción del individuo con el ambiente que lo rodea.

- **Socialmente**, el hombre es un ser que nace dentro de un grupo social, es decir, un conjunto de personas que interactúan entre sí y comparten ideas y costumbres. La familia es el grupo primario, la estructura básica de la sociedad donde se establece una relación estrecha entre sus miembros, que influye en el desarrollo de la personalidad. Cada grupo social tiene su propia cultura, que es el modo de vida que adopta, y que comprende todo lo que produce el hombre: forma de organización, educación, creencia, filosofía, folklore, música, danza, lenguaje, escritura, ciencia y tecnología, que se trasmite de generación en generación (herencia cultural) (p. 3).

El estado de salud no puede ser absoluto, porque es indispensable el ambiente ecológico y social, el cual es variable principalmente por la actividad del ser humano, también éste es un ser esencialmente variable. No existe un límite neto entre la salud y la enfermedad, sino grados y expresiones diversas. Por lo que, en el concepto de salud hay al menos tres componentes a considerar: un componente subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función), un tercero de tipo psico-ecológico-social, (adaptación biológica, mental y social del individuo) (OMS, 1992).

Tripp-Reimer (1984, citado en Buela-Casal et al., 1997) agrupa las definiciones de salud en tres categorías:

- 1.-La primera categoría considera la salud como algo discontinuo, es decir, que un individuo está sano o enfermo, siendo las dos alternativas mutuamente excluyentes.
- 2.-La segunda categoría considera la salud como algo continuo o dinámico, una persona puede pasar de un estado de salud a otro de enfermedad, a través de un proceso que se da de forma gradual y continua.
- 3.-La tercera categoría considera la salud como algo utópico, es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que prácticamente es imposible de alcanzar.

De acuerdo con Vega (2000), se debe reconocer que la salud está ligada a un estado de bienestar, reflejada en la eficiencia con que los seres humanos resuelven sus conflictos para su adaptación dentro de un medio ambiente. Álvarez (2002) menciona que la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. Obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio entre ambos; enfermedad es desadaptación.

Niveles de aplicación de medidas preventivas

En los últimos años, las definiciones de las políticas de salud han dado mayor

importancia a las estrategias de prevención. Estas últimas han sido definidas como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y permiten a las comunidades crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reducen los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables (OPS, 1995).

La prevención se define como la estrategia que pretende reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o reforzar factores personales que disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad, la prevención primaria va dirigida a evitar la aparición inicial de un padecimiento, mientras que la prevención secundaria y terciaria tienen el propósito de detenerlo cuando ya está presente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, o bien reducir los casos de recaídas y la cronicidad. (Nutbeam, 1986).

De acuerdo con la OMS (1998) la prevención abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Amigo y Fernández (1998) consideran que la prevención consiste en aquellas intervenciones dirigidas a reducir y eliminar los comportamientos riesgosos para el desarrollo de algún tipo de enfermedad. Calviño (1995, citado en Zas, 2005) define la prevención como la protección contra los riesgos y las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción fusionada de las instituciones de salud, de las comunidades y de las personas. Para la implantación de medidas preventivas existen tres niveles principales (Higashida, 1995):

Prevención primaria. Implica protección de la salud, promoción, educación para la salud, investigación y mejores servicios de salud (Oblitas y Becoña, 2000). Este nivel de prevención contempla el diseño e instrumentación de acciones específicas dirigidas al mejoramiento o fortalecimiento de la salud de la población (Piña y Obregón, 1982 citado en Cruz y Rivera, 2003). Por otro lado, Fernández y Turón (1998) mencionan que la prevención primaria consiste también en desarrollar programas que tengan incidencia en la corrección de conductas precursoras de algún trastorno.

Este nivel de prevención se dirige al individuo sano o aparentemente sano. Es decir, en el periodo prepatógeno de la enfermedad (o de génesis) con el propósito de disminuir la probabilidad de padecer un trastorno, mantener la salud, promoverla y prevenir las enfermedades. Se lleva a cabo a través de actividades de promoción a la salud y de protección específica (Higashida, 1995 y Álvarez, 2002). En cuanto a las actividades de protección específica, Higashida (1995, p. 14) menciona que esta prevención se lleva a cabo mediante:

1. Uso de inmunizaciones específicas.
2. Atención a la higiene personal.

3. Uso de saneamiento ambiental.
4. Protección contra los riesgos ocupacionales.
5. Protección contra accidentes.
6. Uso de nutrientes específicos.
7. Protección contra los carcinógenos.

Prevención secundaria. Se aplica cuando el individuo está enfermo porque no funcionó la prevención primaria. Consiste en: 1) diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, ya que muchas enfermedades se pueden detectar cuando empiezan, aunque las personas se sientan bien; y 2) limitar la incapacidad, es la pérdida de las facultades físicas, psíquicas o ambas que alteran el desempeño normal de las actividades durante cierto tiempo, cuando se da el tratamiento adecuado se puede evitar que la enfermedad avance, se complique o deje secuelas. (Higashida, 1995).

Álvarez (2002) menciona que en este nivel de prevención las acciones se dirigen al enfermo. Señala también que entre la prevención primaria y la secundaria puede considerarse una acción intermedia: la detección, que no es precisamente diagnóstico oportuno, sino la búsqueda intencionada de padecimientos antes de que presenten la sintomatología.

Para Farré y Lasheras (1998, citado en Hernández, López y Partida, 2004) la prevención secundaria y el tratamiento oportuno tienen como propósito reducir la prevalencia. También se pretende disminuir la incapacidad crónica que pueda producir un trastorno.

Prevención terciaria. Se aplica cuando fracasan los niveles anteriores. Consiste en la rehabilitación, que es la readquisición de la actividad funcional permitida a causa de una incapacidad. El tratamiento dependerá de ésta, por lo que puede ser físico, mental y social (Higashida, 1995).

Una de las disciplinas que en los últimos años han adquirido gran importancia en la solución de problemas relacionados con la salud, es la Psicología de la Salud, cuyo objetivo inicial se sustenta en promover en el individuo y en la comunidad, su responsabilidad en la prevención, protección y promoción de la salud y calidad de vida (Matarazzo, 1984, citado en Torres y Vital, 2002).

Promoción de salud

La promoción de la salud juega un papel importante dentro de la sociedad, por lo que se realiza de acuerdo a políticas que establecen objetivos de mejoramiento de calidad de vida familiar, contribuyendo al óptimo desarrollo humano en términos de convivencia pacífica comunitaria (Jáuregui, 2004). Bunton y Mc Donald (1992, citados en Restrepo, 2001), conceptualizan a la promoción de la salud como un conjunto de varias disciplinas académicas, dentro de un contexto de política social, de educación, psicológico, epidemiológico, filosófico y de comunicación.

El salubrista Henry Sigerist fue el primero en utilizar el término “promoción de la salud”, para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y las acciones del estado (Restrepo, 2001). Jáuregui (2004) define la promoción de la salud como “las acciones de educación y concientización ofrecidas preferentemente por equipos de salud interdisciplinarios dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, según su estado de salud, para lograr nuevos estilos de vida y fomentar el autocuidado y la solidaridad” (p. 22).

La promoción de la salud es toda acción orientada a impulsar a un individuo o a una comunidad hacia un alto nivel de bienestar, una mejor calidad de vida, al disfrute de la plena expresión de su desarrollo humano y a alcanzar el más alto nivel de salud posible. Ello implica controlar los determinantes externos del bienestar, que satisfacen las necesidades básicas de los seres humanos (empleo, ingreso económico estable, alimentación, vivienda, recreación y un ecosistema apto para la vida), y los determinantes internos (creencias, convicciones, atribuciones, expectativas y emociones). De tal manera, que la promoción de la salud involucra, fundamentalmente, una acción educativa, persuasiva y motivacional orientada a alentar el conocimiento y la preferencia por los comportamientos saludables. La promoción de la salud debe involucrar los siguientes aspectos: cambiar conocimientos y creencias, modificar actitudes, comportamientos y valores, desarrollar y/o aumentar la capacidad para tomar decisiones, establecer ambientes sanos, conseguir cambios sociales hacia la salud, favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades (Oblitas, 2004). Se puede definir a la promoción de la salud como la instauración de comportamientos asociados de manera positiva a la salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, (1998) define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (p. 10). La participación de las personas es fundamental para sostener las acciones de la promoción de la salud.

De acuerdo con Villaseñor (1960, citado en Álvarez, 2002), la promoción de la salud implica los siguientes aspectos:

1. La educación para la salud. La OMS (1978) define la educación para la salud como el conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad que influyen en las creencias, actitudes y conductas respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo de ella. Se puede dar en dos niveles: a) para los que no tiene los conocimientos adecuados; y b) para quienes tienen los conocimientos, pero no los practican. León et al. (2004) definen la educación para la salud como la combinación de actividades que incluyen formación e información, con el objetivo de examinar de manera crítica los problemas de salud, motivar y ayudar a las personas para que adopten prácticas y estilos de vida saludables. Estos autores consideran los siguientes objetivos: difundir un concepto integral de salud, proporcionar

conocimientos sobre los factores de salud, riesgos y medios para evitarlos, generar cambios de comportamiento, hábitos y costumbres sanas, y finalmente, favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios.

2. Buenos estándares de nutrición, adaptados a las diferentes fases del desarrollo.

3. Atención al desarrollo de la personalidad, por medio de la higiene mental.

4. Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y ambiente laboral.

5. Consejo genético, cuando existe alguna enfermedad hereditaria o que afecte los cromosomas.

6. Exámenes periódicos selectivos, con base en los factores de riesgo, que son las características o circunstancias de una persona o un grupo asociadas con la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Costa y López (1996, citados en Oblitas, 2004) consideran que la promoción de la salud es una combinación de educación, apoyos de tipo organizativo, legislativo, económico y ambiental que facilitan las prácticas saludables, es decir, un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud.

La promoción de la salud comprende acciones en dos áreas:

1.-Actividad sociopolítica para defender la salud-ambiente. Incluye medidas orientadas a mejorar las condiciones de vida de los individuos de una comunidad.

2.-Educación en salud-estilo de vida. Son acciones reeducativas de la conducta de los individuos, orientadas a evitar el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco y las drogas, y a promover la moderación en el consumo de alcohol. Se promueve el consumo de alimentos saludables y la realización de actividad física (Oblitas, 2004).

Es importante contar con una política pública sana que establezca ambientes que permitan a la población llevar una vida sana, disminuyendo las diferencias entre grupos sociales y facilitando el acceso a bienes servicios y oportunidades que mejoren la calidad de vida. Los medios con los que se cuenta deben favorecer las condiciones de vida y de trabajo, interviniendo en el entorno para fomentar factores que ayuden a mantener estilos de vida saludables. Es recomendable plantear una acción precisa y efectiva de la comunidad en la toma de decisiones, elaboración y ejecución de estrategias para mejorar el nivel de salud. El involucrar a sectores sociales, políticos, y ambientales en los servicios de salud, es una estrategia que mejora la calidad de dichos servicios (Frías y Palomino, 2000).

Para que un programa de promoción de la salud realmente contribuya al mejoramiento de ésta, es importante considerar algunos de los componentes, como el tener un objetivo, estrategias y saber que acciones se van a llevar a cabo. Es decir, cómo se va a desarrollar el programa, tomando en consideración los recursos de trabajo con los que se cuenta (Jáuregui, 2004).

Al implementar un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se requiere tomar en consideración la posibilidad de incorporar un

modelo pedagógico personalizado, basándose en principios como la cooperación, fomentando un trabajo en equipo en el que todos participen y se tomen decisiones democráticas. Un programa de este tipo, debe poner a disposición de la población los medios necesarios para controlar su salud y autocuidarse, mediante la adquisición de conocimientos y prácticas saludables basadas en un perfil epidemiológico del lugar donde vive. De manera que se reconozcan factores de protección que provean bienestar y adaptación mediante conductas y estilos de vida saludables (Jáuregui, 2004).

Desafortunadamente en la práctica, los servicios de salud pública no han evolucionado al mismo ritmo que los programas de salud, por lo que es preciso establecer un compromiso más productivo, justo y equitativo entre la sociedad y sus instituciones educativas y de salud (OPS, 2000). Amigo y Fernández (1998) mencionan que finalmente el objetivo de la promoción de salud, es adquirir y mantener comportamientos saludables y, por consiguiente, mejorar la calidad de vida.

Estilos de vida

El término estilos de vida fue sugerido por investigadores de ciencias sociales quienes explicaron que la estructura social y la división del trabajo son determinantes económicos de los estilos de vida de las personas, en relación con su actividad laboral, política, social y hábitos de salud (Álvarez, 2002).

En el estilo de vida existen variables del ambiente que están estrechamente relacionadas con la salud y la enfermedad, formando una serie de conductas inadecuadas, eventos estresantes y morbilidad física y psicológica (Dohrenwend y Dohrenwend, 1981 citados en Torres y Vital, 2002).

La OMS (1998) define los estilos de vida "como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificable, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales" (p. 27).

Alpers, Stenson y Bier (2003, p. 548) definen los estilos de vida como: "característica de ser y actuar adquirida por el individuo que, en el proceso de su individualización, madura un sistema propio de valores a los que corresponde actitudes y caracteres distintivos de su personalidad". También mencionan que los estilos de vida de una persona sedentaria, deportista o intelectual, estarán vinculadas con la presencia de factores como estrés, alcohol, café y/o exposición a productos tóxicos. El estilo de vida al que se someten las personas debido a la gran cantidad de avances tecnológicos, facilita la acumulación de grasa propiciando que las actividades sean cada vez más sedentarias y exista una reducción de esfuerzo al conseguir comida. Ardell (1979, citado en Oblitas, 2004, p. 29) define estilo de vida como "aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud" y Singer (1982,

citado en Oblitas, 2004, p. 29) lo define como “una forma de vivir o la manera en que la gente se conduce con sus actividades día a día”. Algunos autores han propuesto dos estilos de vida: saludable y no saludable, en el primero se encuentran comportamientos como no fumar, consumir alimentos saludables, no ingerir alcohol, hacer ejercicio, etc., mientras que en el segundo se encuentran comportamientos opuestos a los anteriores, como el consumo de alcohol, consumo de alimentos no saludables y falta de ejercicio.

Los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen, y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que dignifica al individuo en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar (Batisson, 1998).

Estilos de vida saludables

Maya (2001) define estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos y conductas de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar en la vida. Éstos son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no sólo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Cada cultura, en especial la de los jóvenes, posee sus propios esquemas de estilos de vida saludables, definidos como todo aquello que provee bienestar y desarrollo individual en forma solidaria, a nivel bio-psico-social.

Para promover estilos de vida saludables es necesario conocer los comportamientos que mejoran la salud (Oblitas, 2004), dentro de estas conductas que repercuten de forma positiva en el estado físico y mental del ser humano, se identifican las siguientes:

Realizar ejercicio físico: practicar alguna actividad física de manera regular, es la forma más adecuada de prevenir el inicio de enfermedades físicas y psicológicas, además ayuda a disminuir el grado de gravedad cuando la persona ya presenta la enfermedad. En el ámbito psicológico, ayuda a reducir el estrés y la ansiedad (Haskell, 1984 citado en Oblitas, 2004).

Tener una nutrición adecuada: llevar a cabo este comportamiento es necesario para lograr un estado saludable, ya que la mayoría de las enfermedades tiene una relación estrecha con la manera de alimentarse. Las dietas saludables proporcionan los nutrientes en cantidades adecuadas para cubrir las necesidades metabólicas del organismo (Holum, 1987 citado en Oblitas, 2004).

Adoptar comportamientos de seguridad: se refiere a las conductas responsables y apropiadas en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, etc. (Robertson, 1984 citado en

Oblitas, 2004).

Evitar el consumo de drogas: el uso de drogas ilegales (como la heroína, la cocaína y la marihuana), y de legales (como el alcohol y el tabaco) es una fuente de problemas de salud, ya que son el origen de diferentes tipos de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía y otras enfermedades, además, todas tienen la capacidad de generar adicción (Becoña, 1995 citado en Oblitas, 2004).

Otros factores que promueven estilos de vida saludables son:

- Tener sentido de vida, objetivos y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación en el ámbito familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales y recreativos, entre otros.
- Seguridad económica (Maya, 2001, p. 4).

Las personas adquieren conductas saludables o no saludables por medio de procesos de aprendizaje con experiencias directas y a través de otras personas hasta que se convierten en hábitos (Trejo, 2001). Actualmente, hay evidencia de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y estilo de vida del individuo. El cual puede ser generador de enfermedades como cáncer, hipertensión, etc. (Oblitas, 2000). Maya (2001) agrega que para desarrollar estilos de vida saludables debe existir un compromiso individual y social, y estar seguro de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, mejorando la calidad de vida y alcanzando el óptimo desarrollo humano.

Epidemiológicamente, la conducta es el principal contribuyente al nivel de status de salud, por lo que la labor de la psicología consiste en lograr que el individuo y la comunidad aprendan nuevas formas de comportamiento, de manera que los lleven a una reestructuración de su estilo de vida (Latorre, 1994). Estas acciones no deben ir dirigidas únicamente al individuo sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para crear y mantener esos patrones de comportamiento, sin embargo, no hay un estilo de vida "óptimo", ya que éste va a depender de la edad, capacidad biológica, el entorno familiar, económico, laboral y social (OMS, 1998).

Modelos de comportamiento saludable

Existen varios modelos de comportamiento dentro de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, los cuales intentan explicar la conducta de salud en el individuo (Rodríguez, 1995):

Modelo de creencias sobre la salud (MCS). Fue desarrollado por Rosenstock en 1966, sugiere que la persona realizará una conducta de salud (de prevención, de participación o rehabilitación) si por lo menos tiene niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre salud, se percibe a sí mismo como potencialmente vulnerable y a la enfermedad como amenazante, además de estar convencido de la eficacia de la intervención y percibe pocas dificultades de poner en práctica la conducta de salud.

Teoría de la acción razonada (TAR). Tiene como supuesto básico que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen uso sistemático de la información que poseen, esta teoría supone que las personas consideran las implicaciones de sus hechos antes de decidir llevar a cabo una conducta o no. Estas conductas están en función de dos factores: uno personal y otro social, considerando que las actitudes están determinadas por un lado, por las creencias de las personas sobre los resultados del comportamiento y por otro lado, por la valoración de tales resultados (Ajzen y Fishbein, 1980 citados en Rodríguez, 1995).

Teoría de la acción social (TAS). Fue propuesta por Ewart en 1991 (Rodríguez, 1995) y concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta activamente alcanzar objetivos específicos y como un mecanismo de retroalimentación compuesta por un conjunto de elementos dispuestos en etapas: uno de entrada que representa el campo de estímulos o establece los objetivos, otro de salida o producción de respuestas, y una etapa de supervisión que implica la consideración de las consecuencias de la acción, con relación al conjunto inicial de objetivos.

Teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC). Fue desarrollada por León Festinger. Fundamentada en los siguientes aspectos: entre los elementos

cognoscitivos pueden existir "relaciones disonantes". La existencia de disonancia determina el surgimiento de presiones para reducirlo y para evitar su aumento. Las manifestaciones de la influencia de estas presiones incluyen cambios en el comportamiento, en el conocimiento y una nueva exposición a las nuevas opiniones (Festinger, 1957 citados en Deutsh y Krauss, 1992).

Estos modelos permiten visualizar ciertas consecuencias que un comportamiento saludable puede traer consigo, evitando de esta manera conductas de riesgo que alteran el equilibrio y provocan enfermedades en el ser humano (Rodríguez 1995).

Conductas de riesgo

Los adolescentes y adultos jóvenes han sido identificados como la población que más se expone a conductas de alto riesgo, como tabaquismo, nutrición inadecuada, uso de alcohol y drogas (Reynoso y Seligson, 2005).

Dryfoos (1990) menciona que para considerar una conducta de riesgo, se debe identificar sus marcadores, a los cuales refiere como antecedentes de la conducta problema, incluyendo en éstos sus características (descriptorios demográficos, personales, familiares y comunitarios) y los determinantes de la conducta o factores causales. La OMS (1998) define conducta de riesgo como "forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente" (p. 29).

Gruber (2001, citado en Palacios, 2005) realizó una revisión de estas conductas bajo una perspectiva de la economía tradicional, mencionando que los individuos valoran algún riesgo eligiendo los beneficios (gozo personal o respeto social) y sus costos (futuros riesgos de salud). Las conductas de riesgo pueden ser consideradas factores de riesgo para el individuo, Small y Luster (1994, citados en Palacios, 2005) definen los factores de riesgo como los conflictos individuales o ambientales que incrementan la vulnerabilidad del individuo hacia resultados negativos en su desarrollo.

Conductas de riesgo en adolescentes

Jessor (1998, citado en Palacios, 2005) refiere que las conductas de riesgo en adolescentes pueden comprometer el bienestar, la salud y la vida en curso del individuo, las cuales se centran en el potencial de cada conducta con resultado negativo o teniendo consecuencias adversas, trasgresiones normativas o legales, que usualmente implican sanciones sociales, y que tradicionalmente estos comportamientos están incluidos: la delincuencia, el uso de drogas, abuso de alcohol y una actividad sexual desinformada.

Meschke, Bartholomae, Shannon & Zentall (2002) mencionan que hay una asociación entre las características parentales y la conducta sexual de los adolescentes y que tales características van desde la comunicación, los valores, la calidez, el apoyo y el monitoreo, hasta la autonomía adolescente.

El consumo de tabaco en México, representa un problema de salud pública debido a que afecta a amplios sectores de la sociedad. Éste, asociado con el consumo de alcohol, son prácticas que por sus aceptación social se han venido incrementando entre niños y jóvenes (Saltijeral, González-Forteza y Carreño, 2002).

La OMS informa que alrededor del 4.2% de la población mundial consume drogas, este problema ocurre en familias donde existe una mayor hostilidad y rechazo de ésta hacia los integrantes, donde es mayor el riesgo de consumo (Gómez, 2001 citado en Saltijeral et al., 2002).

Los adolescentes experimentan situaciones nuevas en la búsqueda de su propia identidad y hacen que este periodo sea particularmente crucial, ya que se incrementa la posibilidad de aprender normas desviadas (Moffit, 1993, citado en Juárez et al., 2002).

El seguimiento de dietas restringidas para tener control o disminuir el peso corporal, constituye una obsesión en algunos países occidentales, principalmente en las mujeres adolescentes. Este problema ha ido incrementando debido a que este tipo de dietas ya no son practicadas exclusivamente por personas con sobrepeso u obesidad, sino que se ha extendido en adolescentes con peso normal, o incluso menor a éste (Unikel, Mora y Gómez-Peresmitré, 1999).

La conducta en general, incluyendo el uso de drogas y la conducta antisocial, es aprendida desde edades tempranas, en el contexto de las interacciones con fuentes de socialización como son la familia, la escuela y los grupos de pares. En esos ambientes, los padres, maestros y amigos, son importantes transmisores de normas y valores, tanto pro-sociales como antisociales hacia los adolescentes (Oetting y Donnermeyer, 1998 citado en Juárez et al., 2002). El conocimiento de algunas conductas de riesgo facilita el desarrollo de nuevas estrategias con la finalidad de prevenir enfermedades y promover la salud.

La importancia de los planes de prevención y promoción de estilos de vida saludables es con el objetivo de cambiar los hábitos negativos de salud de las personas, mediante la generación de buenos hábitos para mejorar su calidad de vida (Oblitas, 2004).

CAPÍTULO 2

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La alimentación es un proceso fundamentalmente fisiológico, no obstante, el proceso no es tan mecánico. A través del seno materno, el bebé aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación de la comida con estos afectos dura toda la vida. Por esta causa, ciertos estados emotivos como la ansiedad, depresión y alegría influyen en los procesos de alimentación (Sandoval, 2005).

La relación de diversos factores conlleva a una modificación conductual de los hábitos alimentarios, lo que puede ocasionar un trastorno de la conducta alimentaria, el cual según la OMS se define como: un desorden caracterizado por la pérdida deliberada de peso, inducida y/o mantenida por el paciente (1992). Sandoval, (2005) lo definen como una enfermedad provocada por la ansiedad y preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Esto ocurre cuando una persona coloca a la comida como eje central en su vida. Para la persona que padece algún trastorno alimentario, la comida adquiere un protagonismo especial (le da un significado específico de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos), y basa en ella todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria, sintiéndose muy dependiente de esas ideas.

A través de los años, la anorexia nervosa y la bulimia nervosa han sido consideradas los principales trastornos de la conducta alimentaria. Siendo el género femenino la población más afectada, la mayoría de las cuales presenta insatisfacción por la forma y tamaño de su cuerpo (Fernández-Ballesteros, 1994).

Por su gravedad y por su aparición a edades tempranas, se ha puesto interés en los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo. De hecho, es posible que siempre hayan existido este tipo de trastornos, pero ya que se carecía de marcos de referencia para emitir diagnósticos correctos, se catalogaban con otros nombres (Chinchilla, 2002).

La anorexia nervosa y la bulimia nervosa son trastornos biopsicosociales que comprometen la salud y el destino de adolescentes y mujeres jóvenes. Estos trastornos, además de poner en peligro la vida de las pacientes, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar (Mancilla et al., 1999).

Anorexia nervosa

Vandereycken (1994), Arhesman (1949) y Ernst (1979) (citados en Caparrós y Sanfeliau, 1997) señalan que el ayuno formaba parte de la práctica religiosa a manera de santidad; el ayuno significaba una separación entre mente y cuerpo.

El término anorexia se utilizaba como sinónimo de falta de apetito (anaorektous), la primera aproximación médica a dicho trastorno se llevó a cabo en el siglo XVII, generalmente, se atribuía el trastorno a una perturbación del sistema nervioso, así como tristeza y preocupaciones ansiosas (Chinchilla, 2002).

En el siglo XIX, Charles Lasègue inicia el estudio científico de la anorexia nervosa, dejando de ser este trastorno un asunto divino o demoníaco. Observa que dicho trastorno se presenta en jóvenes entre 15 y 20 años; afirma también que la anorexia nervosa, llamada en ese entonces anorexia histérica, era consecuencia de un evento afectivo relacionado con la etapa de transición hacia la adultez (Toro, 1996).

Para finales de 1800, ya se había establecido la anorexia nervosa como un trastorno con factores emocionales, con la descripción de sus atributos físicos hechas por Gull y los rasgos emocionales que acompañaban dichos atributos descritos por Lasègue (Chinchilla, 2002).

Definición y criterios de diagnóstico

Para Toro (1996) la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%) habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. Por otro lado, Nardone (2004) la define como una enfermedad caracterizada por la reducción progresiva de la alimentación hasta llegar al rechazo completo de la comida.

De acuerdo con el DSM-IV TR (2002) las características esenciales de la anorexia nervosa son el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño. Los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo corporal, considerando la talla y edad (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso 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 corporal, 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) (pp.659-660).

Especificar el tipo:

1.-Tipo restrictivo: describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue mediante el ayuno, hacer dieta o realizando ejercicio excesivo. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos no recurren a atracones y purgas.

2.-Tipo compulsivo/purgativo: ocurre cuando el individuo recurre regularmente a los atracones o purgas (o ambos). La mayor parte de los sujetos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen casos en los que no se presentan atracones, pero que se recurre a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurre a esta clase de prácticas al menos semanalmente. También presentan más probabilidades de mostrar problemas de control de impulsos, de abusar del alcohol u otras drogas, de presentar labilidad emocional y de ser activos sexualmente (p. 660).

Epidemiología

De acuerdo con el DSM-IV TR (2002), la anorexia nervosa parece tener más prevalencia en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que una figura delgada se asocia estrechamente al atractivo físico. Este trastorno es más frecuente en países como Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica, se tiene poca información acerca de la prevalencia de este trastorno en otras culturas. Los individuos que provienen de culturas en las que la anorexia nervosa no es tan frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente, pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de belleza de una figura delgada. La anorexia nervosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es más favorable. Más del 90% de los casos de anorexia nervosa se observa en mujeres.

De acuerdo con Gandarillas y Febrel (2000, citado en Rodríguez, 2005), se aceptan dos rangos de edad en que regularmente se presentan la anorexia nervosa: entre los 10 y los 25 años, siendo aún más frecuente entre los 13 y los 18 años. No obstante, en la práctica clínica, los casos reportados mencionan igualmente niñas prepúberes como mujeres adultas.

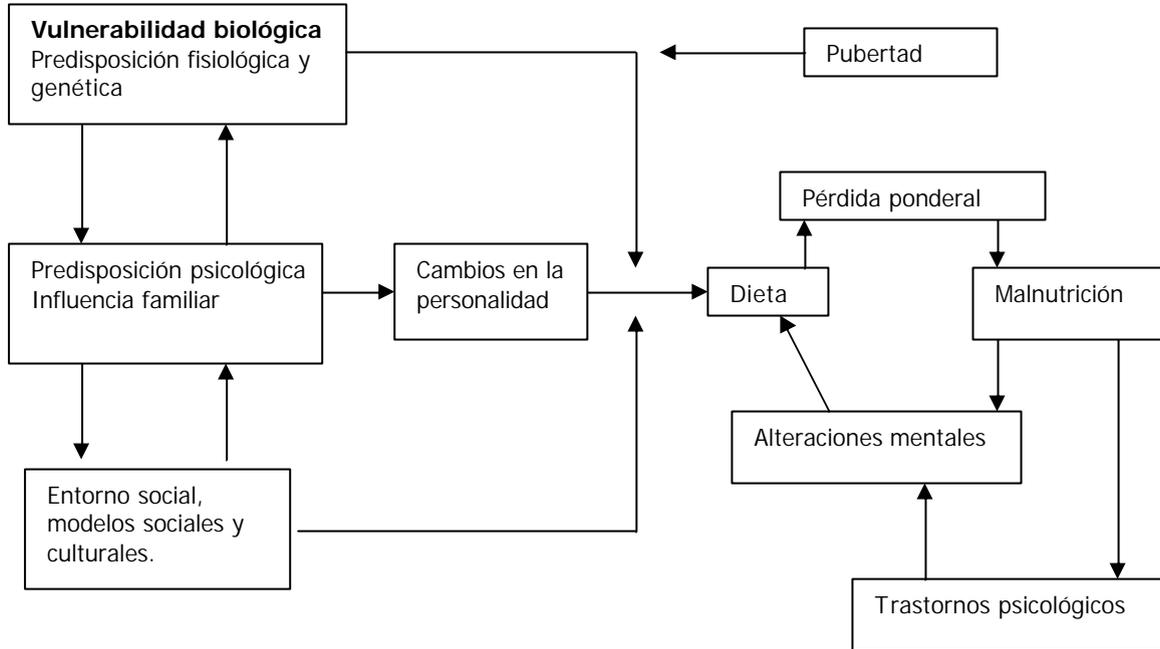
En el DSM-IV TR (2002) se menciona que la prevalencia de la anorexia nervosa durante la vida es, en mujeres de aproximadamente un 0.5%. La prevalencia

entre la población masculina es aproximadamente de una décima parte de la prevalencia de la población femenina. La anorexia nervosa generalmente se inicia en la mitad o al finalizar la adolescencia (14-18 años). Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres que sobrepasan los 40 años. El inicio de la enfermedad se relaciona frecuentemente a un evento estresante. El curso y el desenlace de este trastorno son muy variados, algunas personas se recuperan en su totalidad después de un episodio único, otras presentan un patrón que varía en ganancia de peso seguido de recaída, mientras que otras sufren un deterioro con el paso de los años. En los primeros cinco años después del inicio, una parte importante de individuos que padece anorexia nervosa tipo restrictivo empieza a recurrir a atracones, lo que señala un cambio al subtipo compulsivo/purgativo. Cuando en el cuadro clínico se manifiesta aumento de peso junto con presencia de atracones y purgas puede permitir a veces un cambio en el diagnóstico con el de bulimia nervosa. La mortalidad en este trastorno es producida principalmente por inanición, suicidio y desequilibrio electrolítico.

Etiología de la anorexia nervosa

El aumento de la ocurrencia de los trastornos de la conducta alimentaria y la aparición de éstos a edades cada vez más tempranas es probable que se deba a la influencia de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la forma de alimentación, que conllevan a rendir culto a la esbeltez y a las dietas sin una adecuada supervisión médica. En la sociedad actual, se le concede demasiada importancia al aspecto físico como medio de afirmación y reconocimiento, y de esta manera se implica en el origen de dichos trastornos. El modelo etiopatogénico más aceptado es el biopsicosocial, ya que permite dar una explicación al origen y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, dicho modelo considera que la anorexia nervosa se presenta como resultado de la interacción de factores individuales: biológicos y psicológicos, junto con otros de tipo social, familiar y cultural (Chinchilla, 2002).

Modelo biopsicosocial de Lucas



Fuente: Chinchilla (2002) p. 21.

La integración de varios factores como modelo de etiopatología permite distinguir el origen y mantenimiento de la anorexia nervosa, los factores relacionados son los siguientes: predisponentes, precipitantes y factores de mantenimiento del trastorno (Chinchilla, 2002).

Factores predisponentes

Dentro de estos factores se encuentra la vulnerabilidad biológica, que es heredada y adquirida, para Chinchilla (2002) es una falta de maduración hipotalámica y de otras vías de transmisión neuronal y neurotransmisores como la serotonina. Por otro lado, García-Camba (2001) menciona además otros factores biológicos como la hormona de crecimiento, alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y la prolactina.

Los factores familiares se encuentran también dentro de este tipo de predisponentes, ya que cuando una persona padece algún trastorno de la conducta alimentaria, generalmente proviene de una familia disfuncional, sobreprotectora y estricta (Chinchilla, 2002). García-Camba (2001) menciona además, que provienen de familias críticas, desorganizadas y menos cohesionadas, con incapacidad de establecer relaciones de mutua ayuda.

Existen características de la personalidad que se han identificado en la personalidad de individuos con trastornos de la conducta alimentaria: suelen ser individuos que tienden a ser perfeccionistas, obedientes, sumisos, pero con actitudes competitivas y búsqueda de ideales elevados (Halmi et al., 1997 citado en Chinchilla, 2002).

Por otro lado, Jonson y Connors (1987, citados en Chinchilla, 2002) comentan que las características más importantes son: autoestima baja, alteración de imagen corporal, temores de separación e individualización, humor depresivo, distorsiones cognitivas, una marcada tendencia al perfeccionismo, obediencia, desconfianza y de tipo de obsesivo-compulsivo.

Actualmente, los factores socioculturales están teniendo una importante influencia en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en el mundo occidental, en el que la gran abundancia de alimentos se identifica con el bienestar social y a la vez la delgadez se percibe como sinónimo de atractivo físico (García-Camba, 2001).

Otro factor importante es que existe una cultura inmersa en el consumismo, que tiene como modelos estéticos a figuras muy delgadas que han sido asociadas a éxito, popularidad y salud física, esto va dirigido principalmente a la población femenina adolescente (Chinchilla, 2002).

Factores precipitantes

Son los eventos que se presentan previamente a la aparición del trastorno que aparentemente actúan como desencadenantes, dentro de ellos se encuentran los siguientes: cambios corporales propios de la adolescencia, separaciones y pérdidas, rupturas conyugales de los padres, primeros contactos sexuales, incremento rápido de peso, críticas respecto al cuerpo, enfermedad adelgazante, cambios en la aceptación por parte de los compañeros y fracaso en las relaciones sociales (Chinchilla, 2002).

Factores de mantenimiento

Son aquellos que influyen de manera constante en las personas con este trastorno propiciando cogniciones distorsionadas que dan como resultado una autoevaluación constante, miedo irracional y exagerado a engordar; acompañado de la presión sociocultural (Chinchilla, 2002).

Síntomas de la anorexia nervosa.

Lemberg y Cohn (1999, citado en Rodríguez, 2005) señalan los siguientes:

- 1 Miedo intenso a ser obeso.
- 2 Distorsión de la imagen corporal.
- 3 Pérdida de peso al menos del 15% del peso esperado de acuerdo a estatura, constitución y edad.
- 4 Rechazo a mantener el peso en un nivel normal.
- 5 Hiperactividad.
- 6 Prácticas compensatorias después de un consumo ordinario de comida, como por ejemplo, la inducción de vómito o uso de laxantes.
- 7 Realización de rituales y comportamientos obsesivo-compulsivo, entre los que se encuentran: preocupación al extremo por la comida, peso y ejercicio.
- 8 En ocasiones, depresión (p. 13).

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso pueden presentar síntomas de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo (DSM-IV TR, 2002).

Algunos pacientes refieren no tener hambre aunque no pueden evitar pensamientos obsesivos referentes a la comida, van perdiendo el placer por ésta, creen que no tienen hambre y si comen es por depresión o para tener más fuerza. Poseen mayor susceptibilidad ante los comentarios sobre la comida, sobre todo de la familia. Prefieren comer a solas, a horas distintas, son obstinados y tercos (Zutt, 1974 citado en Chinchilla, 2002).

Consecuencias de la anorexia nervosa

Algunas de las consecuencias mencionadas por Lemberg y Cohn (1999, citados en Rodríguez, 2005) son:

- 1 Problemas con habilidades cognitivas (pensamiento).
- 2 Deterioro de las relaciones sociales: familia y amigos.
- 3 Reducción o eliminación de habilidades sociales.
- 4 Incremento de la depresión.
- 5 Desarrollo de lanugo.
- 6 Hipotermia.
- 7 Desequilibrio electrolítico.
- 8 Problemas dentales.
- 9 Muerte (p. 14).

Crispo, Figueroa y Guelar (1996) menciona además consecuencias como:

- 1 Cefaleas.
- 2 Hipersensibilidad a la luz y ruidos.
- 3 Problemas de visión y audición.
- 4 Adormecimiento de miembros.
- 5 Calambres.

- 6 Bradicardia y taquicardia.
- 7 Debilidad muscular (pp. 111-113).

Por otro lado, Fernández y Turón (1998) citan secuelas como las siguientes:

- 1 Cabello lacio, seco y frágil.
- 2 Uñas quebradizas con lesiones micóticas.
- 3 Piel con hipertrichosis.
- 4 Abdomen excavado.
- 5 Sifosis dorsal.
- 6 Atrofia cerebral localizada y generalizada.*
- 7 Disminución del tamaño del corazón.*
- 8 Adelgazamiento de las paredes ventriculares.*
- 9 Derrame pericárdico.*
- 10 Vaciado gástrico lento.*
- 11 Dilatación gástrica.*
- 12 Disminución de la hormona luteinizante.*
- 13 Disminución de estrógenos.*

(*Mencionados únicamente para la anorexia nervosa de tipo restrictivo) (p. 38).

La anorexia es una enfermedad grave con riesgo de muerte de hasta el 6% en 10 años (por complicaciones de la malnutrición y por suicidio), especialmente si no se trata. Sin embargo, con tratamiento, hasta el 60% de las chicas con anorexia y el 50% de las que tienen bulimia se recuperan en 10 años. Es una enfermedad crónica en muchos casos, y hasta el 20% de chicas con anorexia y el 15% de las que tienen bulimia siguen teniendo problemas a los 5-10 años de haber sido diagnosticadas. Por lo tanto, el tratamiento debe ser temprano y correcto para evitar complicaciones y reducir la cronicidad (Soutullo, 2005).

Bulimia nervosa

Antecedentes

Galeno (130 a 200 d. de C.), médico de origen griego y afincado en Roma, fue quien acuñó el término de patología bulímica o "gran hambre". Derivada de "limos" que significa hambre y "bou" que significa gran cantidad o "boul" que significa buey, lo que puede traducirse como hambre feroz. A su juicio, la bulimia era causada por un humor ácido alojado en el estómago que producía falsas señales de hambre. En 1979, el psiquiatra estadounidense G. F. Russell acuña el término de "bulimia nervosa" y fija su concepto actual. Bajo esta etiqueta diagnóstica describe a un grupo de pacientes que presentan un cuadro caracterizado por tres síntomas: (a) deseos apremiantes e irrefrenables de comer en exceso, (b) evitación de los efectos engordantes de la comida mediante la autoinducción del vómito y el uso de diuréticos y/o laxantes y (c) un miedo morboso a engordar. En la antigua Grecia, se practicaba la autopurga con frecuencia en festividades sociales y religiosas, el culto a los dioses

generalmente incluía conductas anoréxicas y bulímicas. En Roma, incluso, la bulimia se fortaleció hasta convertirse en un ritual social y doméstico, pasando a los vomitorios después de comer. En la Edad Media, las religiosas practicaban el vómito para purgar sus pecados y poner freno a su sexualidad. En la corte, las mujeres practicaban atracones y vómitos para conservar su delgadez (Chinchilla, 2002).

Blachez (1869, citado en Chinchilla, 2002) sistematizó el concepto de bulimia. Este mismo autor menciona también que el hambre en personas bulímicas persiste, a pesar de la dilatación gástrica (Toro, 1996). En los años 70's, se empezaron a hacer descripciones de trastornos que tenían como características episodios incontrolados de atracones o hiperfagia. Los pacientes presentaban características similares a aquellos con anorexia nervosa excepto en que el peso era normal. Este trastorno se clasificó con varios nombres: bulimarexia (Boskind-Lodalhl, 1976 citado en Fernández y Turón, 1998) dietary chaos sindrom (Palmer, 1979 citado en Fernández y Turón, 1998) y bulimia nervosa (Russell, 1979 citado en Fernández y Turón, 1998).

Se empezó a prestar atención a esta enfermedad a partir de la descripción hecha por Russell en 1979, ya que a partir de 1970 se empiezan a describir las conductas compensatorias contra los atracones y se empieza a tener un concepto claro del miedo obsesivo, paradójico e irracional hacia la obesidad. Se establece ya como criterio diagnóstico en 1980 en el DSM-III, el cual se modifica en el DSM-IV en 1993 (Chinchilla, 2002).

Definición y criterios de diagnóstico

Para Toro (1996), la bulimia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Los atracones se acompañan de prácticas como vómitos, uso de diuréticos y laxantes para compensar sus efectos sobre el peso.

Sherman y Thompson (1999) definen la bulimia nervosa como un trastorno alimentario que se distingue por lapsos excesivos de ingestión de alimentos a los que comúnmente les sigue un proceso de purga, la cual se realiza mediante el vómito autoinducido incluyendo el abuso de laxantes, diuréticos, ayuno y exceso de ejercicio.

Por otro lado, Chinchilla (2002, p.107) la define como un "irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable, de unos minutos a horas, durante el cual el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose imposibilitado para parar de comer durante esos episodios de voracidad". Sandoval (2005) definen la bulimia nervosa como una enfermedad mental que consiste en atracones y en

métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002) determina las siguientes características esenciales de la bulimia nervosa: atracones y métodos compensatorios inadecuados para evitar ganar peso, autoevaluación excesiva influida por la silueta y el peso corporales. Un atracón se define como el consumo en un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida mayor a la que la mayoría de los individuos comería. La comida que generalmente se consume en los atracones son dulces y alimentos ricos en calorías; sin embargo, los atracones se distinguen más por una cantidad anormal de comida ingerida que por una ansia de comer un alimento determinado, como los carbohidratos. Dichos atracones se llevan a cabo regularmente a escondidas o lo más discretamente posible.

Los criterios de diagnóstico para este trastorno son los siguientes:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esté ingiriendo).
- 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, 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 tres meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no parece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa (p. 665).

Especificar tipo:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (p. 665).

Epidemiología

De acuerdo con el DSM-IV TR (2002), la bulimia nervosa afecta a los individuos mayoritariamente en los países industrializados, como Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. En estudios llevados a cabo en Estados Unidos, se ha observado que la raza blanca es la que presenta en mayor cantidad este trastorno. Mínimo un 90% de la población que padece esta enfermedad son mujeres, la prevalencia es aproximadamente de 1-3%, en los varones la prevalencia es 10 veces menor. La bulimia nervosa se inicia, por lo general, al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, los atracones aparecen generalmente a continuación o durante un lapso de régimen dietético.

Chinchilla (2002) señala que la bulimia nervosa se da en mujeres adolescentes y adultas jóvenes, la mayoría alrededor de los 20 años; los límites de edad son menos rígidos que para la anorexia nervosa, la cual es raro que se presente después de los 25 años.

La magnitud actual del problema de los desórdenes de conducta alimentaria en México, se desconoce con precisión, debido a la ausencia de estudios con muestras representativas de la población. El único estudio epidemiológico realizado sobre trastorno de conducta alimentaria a nivel nacional (Medina-Mora et al., 2003 citados en Unikel, 2005) ha informado, que para la bulimia nervosa existe una prevalencia de 1.8% en mujeres y 0.6% en hombres, y no refiere casos de anorexia nervosa. Sin embargo, se trata de un estudio realizado en población mayor de 18 años y en ciudades mayores de 2,500 habitantes, lo que no incluye al grupo de población en el que los trastornos de conducta alimentaria son más frecuentes (los adolescentes), y la población rural.

En el Distrito Federal, se han realizado tres encuestas con muestras representativas de la población estudiantil de nivel medio y medio superior. Los resultados muestran que a lo largo de seis años (1997-2003) ha habido un aumento en la proporción de estudiantes que reportaron tres o más conductas alimentarias de riesgo: hombres, 1.3% en 1997 a 3.8% en 2003; mujeres 3.4% en 1997 a 9.6% en 2003. El incremento en la frecuencia de estas conductas se observó en hombres y mujeres de todas las edades, pero principalmente en las mujeres de 18-19 años y en los varones de 12-13 años. En las mujeres se ha encontrado que las conductas alimentarias de riesgo sistemáticamente, se incrementan con la edad y con el Índice de Masa Corporal, mientras que entre los varones, estas conductas se presentan cuando aún no han desarrollado los caracteres sexuales secundarios (Unikel, 2005).

En otro estudio realizado en México por Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) se trabajó con una N=8673 hombres y mujeres, divididos en tres grupos: prepúberes de 6 a 9 años (247 hombres y 232 mujeres), púberes de 10 a 12 años (1293 hombres y 1401 mujeres) y adolescentes de 13 a 19 años (2608 hombres y 2892 mujeres). Se encontró que el deseo de una figura delgada aumenta a medida que incrementa la edad, y fue el grupo de adolescentes (de 13 a 19 años) las que más deseaban una figura delgada; sin embargo, cerca de la mitad de las prepúberes eligieron

también una figura delgada y muy delgada. Se observó, además, que las chicas de los tres grupos estaban insatisfechas con su imagen corporal, es decir, querían estar más delgadas. Respecto a la alteración de la imagen corporal, fueron las prepúberes y púberes las que mostraron mayor sobreestimación de su imagen. Con estos hallazgos, se muestra que las niñas pequeñas comparten desde edades tempranas con las adolescentes el deseo de una figura ideal delgada y muy delgada, conjuntamente con una sobreestimación e insatisfacción con su imagen corporal. Se observa que las niñas más chicas (de 6 a 9 años) se encuentran ya identificadas con la figura ideal delgada.

Por otro lado, el resultado de una investigación llevada a cabo por Gómez-Peresmitré, González, Cuevas-Renaud, Unikel, Saucedo, Pineda et al. (en prensa) muestra que independientemente del nivel educativo (bachillerato o profesional) y del peso corporal, en una muestra de N= 44696, de las cuales 23189 eran mujeres, el 30-33% reportó tener irregularidades con su menstruación, (dichas irregularidades están señaladas como uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa). Otro hallazgo importante de esta investigación es que las mujeres agredidas físicamente en casa son las que muestran intentos de bajar de peso, (de manera especial, las emaciadas y las muy delgadas), a diferencia de los hombres, que cuando se encuentran en esas mismas circunstancias, no intentan disminuir su peso corporal. Esto confirma la presencia del criterio diagnóstico de anorexia nerviosa: estudiantes muy delgadas y con amenorrea que están intentando perder peso.

Según datos de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría, el número de pacientes que ingresaron por primera vez en 1998, fue de casi 50 personas, mientras que en el 2003, este número se incrementó a casi 250 pacientes (Guía de Trastornos Alimenticios, 2004).

Etiología

Al igual que en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa es un trastorno del cual no está totalmente definida su etiopatogenia, ya que es de carácter multifactorial, y el modelo más aceptado para explicar sus causas es el biopsicosocial, en el que interactúan componentes socioculturales, biológicos y psicológicos; este modelo permite explicar las causas y el mantenimiento del trastorno (Chinchilla, 2002).

Factores predisponentes

La familia juega un papel importante, ya que se ha observado que suele tratarse de familias con relaciones conflictivas, en las que predomina el desorden y la desconfianza entre sus integrantes. Respecto a los factores neurobiológicos, se ha encontrado que en pacientes bulímicas con normopeso existe una disminución serotoninérgica y noradrenérgica (Chinchilla, 2002).

Desde la perspectiva psicológica cognoscitiva, las pacientes bulímicas muestran insatisfacción con su imagen corporal, ya que su percepción alterada hace que se vean gordas, se encuentran obsesionadas con miedo a llegar a ser obesas y manifiestan una tendencia al perfeccionismo (Chinchilla 2002).

García-Camba (2001) relaciona la bulimia con el trastorno límite de la personalidad que se caracteriza por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, con una notable impulsividad. Strober (1991, citado en Chinchilla, 2002) agrega rasgos de personalidad predisponentes como búsqueda de emociones, excitabilidad, falta de persistencia, tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o falta de gratificación y preocupación por el peso y la figura.

Los factores socioculturales juegan un papel muy importante en el origen de la bulimia nervosa, principalmente en la sociedad occidental, en la que con el paso de los años se ha ido presentado un cambio creciente hasta llegar a un modelo ideal de delgadez en la figura femenina, agregándole además un valor intrínseco asociado a éxito social y profesional, y manteniendo un rechazo hacia la obesidad. En el ámbito publicitario, hay mensajes que bombardean continuamente a la gente, especialmente a las mujeres, rechazando el sobrepeso y dando excesiva importancia a la figura femenina esbelta y delgada. Este rechazo hacia el sobrepeso es un determinante para que se desarrolle insatisfacción con la imagen corporal, dado que las pacientes con bulimia nervosa presentan con frecuencia insatisfacción con su imagen corporal antes de presentar el trastorno propiamente dicho; este factor es el precursor conductual más frecuente de la bulimia nervosa (Chinchilla, 2002).

Factores desencadenantes

La dieta restringida es uno de los principales factores desencadenantes. Algunos autores como Sánchez (1997, citado en Chinchilla, 2002) menciona que cerca de la mitad de las pacientes bulímicas han presentado anorexia previamente; sin embargo, en otros casos, el sobrepeso es el que conduce directamente a la dieta restringida. Pero no todas las personas que inician una dieta restringida desarrollan un trastorno de la conducta alimentaria, lo que destaca la importancia de la interacción de los factores predisponentes (Chinchilla, 2002).

Factores perpetuantes

Dentro de estos factores se encuentran la permanencia y la gravedad de los factores predisponentes, el principal iniciador conductual es la dieta restringida, y este comportamiento no se verá modificado mientras esté presente la insatisfacción con la imagen corporal y la preocupación excesiva por el peso (Chinchilla, 2002).

Síntomas de la bulimia nerviosa

Sandoval (2005) mencionan que sus síntomas más comunes son:

- 1.-Preocupación obsesiva por la comida, con deseos irresistibles e incontrolables de comer, dándose grandes atracones de comida en cortos períodos de tiempo y generalmente a escondidas (2 veces por semana en un período de 3 meses).
- 2.-Conductas inapropiadas de manera repetida con el objetivo de no ganar peso: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayunos y ejercicios excesivos.
- 3.-Menstruaciones irregulares.
- 4.-Peso normal o ligero sobrepeso.
- 5.-Miedo a subir de peso (p.5).

Toro (1996) menciona que las personas con bulimia nerviosa experimentan continuamente alteraciones del estado de ánimo acompañados de ansiedad y sentimientos de culpa. Chinchilla (2002) agrega como síntomas secundarios: plenitud abdominal, fatiga, cefaleas, debilidad, hinchazón, náuseas, tumefacción en manos, pies, cara y parótidas.

Consecuencias de la bulimia nerviosa

De acuerdo con Sandoval (2005), la persona con bulimia nerviosa puede presentar una serie de complicaciones o consecuencias físicas y del comportamiento, vinculadas estrechamente con el padecimiento de este trastorno:

- Lesiones en las manos por los vómitos autoprovocados.
- Vómitos y diarreas incontrolables.
- Aumento y disminución de peso.
- Obsesión por la comida.
- Depresiones y amenaza de suicidio.
- Aislamiento social.
- Falta de autoestima (p.5).

Chinchilla (2002) menciona otras complicaciones que pueden presentarse:

- Hipertrofia de glándulas salivales.
- Amilasa aumentada.
- Perforación esofágica.
- Ruptura gástrica.
- Pancreatitis.
- Hernia hiatal.
- Neumomediastino.
- Hipotensión.
- Hipopotasemia.
- Hipoglucemia.

- Alteraciones hidroelectrolíticas.
- Arritmias cardíacas (p. 114).

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Además de los desórdenes antes mencionados, existen los llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados, que son formas incompletas que no cumplen todos los requisitos de anorexia o bulimia, pero que causan problemas (Soutullo, 2005).

Los criterios a seguir para el diagnóstico de este trastorno de acuerdo con el DSM-IV TR (2002) son:

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

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

El término riesgo se define como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado (Lemos, 1996 citado en Gómez-Peresmitré, 2001).

Los factores de riesgo (Gómez-Peresmitré, 2000) son aquellos que inciden 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 hace más vulnerable al individuo, incrementa la probabilidad de enfermedad en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.

Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria

La conducta alimentaria es una respuesta a la necesidad de nutrientes con la finalidad de mantener el equilibrio del balance energético (Gómez-Peresmitré, 1995). Esta conducta, en condiciones normales, suele tener pocas variaciones o fluctuaciones en la vida, y éstas están en función de mantener un peso estable, que asegure la salud y la calidad de vida. Para lograr esto, el organismo tiene un complejo sistema que asegura, por medio de la ingestión de alimentos, las aportaciones nutricionales a cada órgano y sistema (Chinchilla, 2002).

La conducta alimentaria, como objeto de estudio, es de gran importancia, ya que es una respuesta biológica propia de todo ser humano. Debe tomarse en cuenta que en el individuo, la alimentación deja de ser una conducta realizada por instinto para convertirse en una respuesta condicionada por factores psicológicos, sociales y culturales. Intervienen también aspectos emocionales y de placer que la hacen más compleja y la convierten en una fuente de conflicto, la cual puede generar trastornos de conducta alimentaria (Gómez-Peresmitré, 1993).

La conducta alimentaria tiene mayor riesgo (Gómez-Peresmitré, 2001), a diferencia de los factores asociados con imagen corporal, debido a que implica por sí misma un problema de salud, además de ser un comportamiento psicosocial por excelencia, ya que en la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por la interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaria puede verse posteriormente influida por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores.

Dieta restringida

Dentro de los factores asociados con la conducta alimentaria se encuentra la dieta restringida (Gómez-Peresmitré, 2001). El término "dieta" hace referencia al programa alimentario que se consume cotidianamente, y que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, por lo que puede ser adecuada, nutritiva o no. Sin embargo, este término se ha generalizado y literalmente asociado con prácticas alimentarias restringidas para bajar de peso.

Hacer "dieta" es la manera más común de intentar bajar de peso. Generalmente, se recurre a dietas sugeridas en libros, folletos, revistas y consejos de familiares y amigos para bajar de peso, es común también consumir productos pensando que de forma mágica ayudarán a adelgazar, hasta llegar a la forma más extrema que implica realizar ayuno, saltarse comidas y eliminar alimentos considerados "engordadores". En México, el seguimiento de dietas restringidas es cada vez más popular, ya que bajo la presión social que ejercen los medios masivos de comunicación, promueven los ideales de la cultura de la delgadez, se observa que los patrones alimentarios restringidos también se van convirtiendo en una conducta "normal", ampliamente aceptada (Gómez-Peresmitré et al., 2002).

Generalmente, una dieta antecede al desarrollo de un trastorno alimentario por lo que es un importante factor de riesgo ya que favorece la preocupación por la comida y disminuye los sentimientos de control sobre el comer. De hecho, Patton, Jonson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990, citados en Unikel, Mora y Gómez-Peresmitré, 1999) mencionan que el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario es ocho veces mayor entre las adolescentes que hacen dietas restringidas que en aquellas que no las llevan a cabo. Actualmente, el seguimiento de dietas para tener control o disminuir el peso corporal, constituye una obsesión en algunos países occidentales, principalmente en las mujeres. La problemática fundamental de las dietas restringidas es que ya no son practicadas exclusivamente por personas con sobrepeso, sino que se ha extendido en adolescentes con peso normal, o menor a éste (Unikel et al., 1999).

Las personas preocupadas por su peso establecen controles cognoscitivos que les señalan cuándo, dónde y cuánto comer, mientras que la regulación de la ingesta de alimentos en personas que no tienen ese problema, es regulado por mecanismos fisiológicos y señales de tracto gastrointestinal. Por otro lado, el seguimiento de dietas reductoras de peso es lo mismo que una restricción consciente de los alimentos e implica en ocasiones insatisfacción corporal, o por lo menos preocupación por ésta (Gómez-Peresmitré, 1995).

De acuerdo con Hill (1993, citado en Gómez-Peresmitré et al., 2002) existen diferentes razones sobre la popularidad de las dietas, entre ellas destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez y obesidad que asocian con la primera, belleza, salud y autocontrol, mientras que a la segunda se le relaciona con autoindulgencia, glotonería y pereza.

Los estándares de belleza han impuesto un cuerpo sumamente esbelto o delgado, pero la búsqueda de este ideal de delgadez habitualmente lleva a practicar dietas restringidas drásticas y ayunos, los cuales no son saludables y pueden causar alteraciones a nivel neurológico y hormonal (Unikel, 1998).

Preocupación por el peso y la comida

Polivy y Herman (1985, citados en Gómez-Peresmitré et al., 2002) señalan que la preocupación por la comida contribuye a exacerbar el problema de la conducta alimentaria. Así, explican como consecuencia de éste, la pérdida de peso y la autoinanición, los alimentos, la comida y el peso corporal que comienzan a dominar el pensamiento de quien hace la dieta restringida.

De acuerdo con Gómez-Peresmitré et al. (2002), también es posible que el adolescente disminuya el consumo de ciertos alimentos como; tortillas, pan, arroz, y/o elimine una de las comidas del día, por ejemplo, la cena. De esta manera, la actitud hacia la comida se ve afectada con las ideas de que ciertos alimentos son engordadores como los mencionados anteriormente, sin tener en cuenta que también aportan nutrientes necesarios para la actividad física.

Factores de riesgo asociados con imagen corporal

Imagen corporal

En 1950, Schilder (citado en Toro, 2004) definió imagen corporal como: el retrato que una persona hace de su propio cuerpo en su mente. Se trata de una imagen que se va constituyendo por información acumulada y que resulta de distintos receptores sensoriales (visuales, táctiles y cinestésicos). Se puede decir entonces que la imagen corporal es el cuerpo y la apariencia física que un individuo experimenta en cada etapa de su desarrollo (Toro, 2004).

De acuerdo con Gómez-Peresmitré (1995), la imagen corporal se refiere también a la representación psicosocial, una especie de fotografía dinámica, en movimiento, producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen. De igual manera, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Habría que agregar la influencia que tienen el contexto socio-económico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal y puede diferir según la edad, el género y la clase social entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

Según Rosen (1992, citado en Raich, 2000), la imagen corporal es un concepto que se refiere a la forma en que una persona se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, es decir, se engloban tres aspectos: perceptivos, subjetivos y conductuales.

Para Thompson (1990, citado en Raich, 2000), la imagen corporal tiene tres componentes:

1.-*Componente perceptual*. Es la precisión con que se percibe el tamaño corporal en su totalidad o en partes. Cuando existe una alteración en este componente, se presenta una sobreestimación (el cuerpo es percibido con dimensiones mayores a las reales) o subestimación (el cuerpo es percibido con un tamaño menor a las dimensiones reales).

2.-*Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)*. Actitudes, sentimientos, cogniciones, y valores que despierta el cuerpo, de manera principal el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

3.-*Componente conductual*. Son las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan, por ejemplo; conductas de exhibición, evitación de situaciones que exponen el cuerpo a los demás (pp. 2-25).

Para Cash y Pruzinsky (1990, citado en Raich, 2000), la imagen corporal involucra lo siguiente:

- Perceptualmente, imágenes y valoraciones de la forma y el tamaño de varios aspectos del cuerpo.
- Cognitivamente, focaliza la atención en el cuerpo y en creencias asociadas a éste y a la experiencia corporal.
- Emocionalmente, abarca experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y experiencias emocionales ligadas a la experiencia externa (p.25).

Se puede concluir que la imagen corporal es un constructo complejo, que integra la percepción que se tiene de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como de movimientos y límites de éste. La experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones influyen en la manera de comportarse (Raich, 2000).

Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal

En la sociedad actual, la preocupación por el peso y el cuerpo es predominante, principalmente en el género femenino. Dicha preocupación es tan cotidiana que se considera "normal" y se extiende de manera continua tendiendo a los trastornos de conducta alimentaria (Toro, 2004).

El nivel de satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es una de las dimensiones más estudiadas en este tópico, y lo que se ha encontrado es que las mujeres de población normal con patrones alimentarios anormales (comedoras restringidas) y con desórdenes alimentarios califican su figura ideal como más delgada que su figura actual (Gómez-Peresmitré, 2001).

La insatisfacción con la imagen corporal se define como el malestar producido por la percepción de ésta y por su evaluación estética subjetiva y es probablemente el factor principal que influye en la decisión de adelgazar, lo que

a su vez determina el inicio de la mayor parte de los trastornos de conducta alimentaria (Toro, 2004).

De acuerdo con Vandereycken y Noordenbos (2000), la insatisfacción con la imagen corporal surge de la creencia de que determinadas partes de éste, relacionadas con la silueta, resultan inaceptables ya sea por ser demasiado grandes o demasiado gordas, lo que lleva la práctica de dietas restringidas en la alimentación. El malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por la evaluación estética hecha de manera subjetiva, es lo que se conoce como insatisfacción con la imagen corporal y surge como resultado de la diferencia que existe entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal.

Myers y Biocca (1992, citados en Toro, 2004) propusieron que el género femenino emplea tres puntos referentes para construir su imagen corporal, y son los siguientes:

- El cuerpo ideal representado socialmente, como los medios de comunicación lo presentan y como lo promueven personas significativas como pueden ser actores, cantantes, etc.
- El cuerpo objetivo.
- El cuerpo ideal interiorizado (p. 182).

Cuando existe una discrepancia excesiva entre el cuerpo ideal interiorizado y la imagen corporal, la valoración se hace negativa. Actualmente, el cuerpo modelo promovido en los medios de comunicación es tan delgado que hace que el cuerpo ideal interiorizado adopte la misma forma, lo que hace más probable la discrepancia (Toro, 2004). Por otro lado, Guimón (1999) menciona que los efectos de la internalización del ideal de delgadez pueden propiciar que la persona tenga sentimientos negativos respecto a su propia imagen corporal.

En la adolescencia ocurren una serie de cambios fisiológicos y hormonales que hacen que el adolescente presente un cambio biopsicosocial, dicho cambio determina que esta etapa sea la de mayor riesgo y la más susceptible para la aparición de trastornos alimentarios, siempre y cuando vaya precedida por la creencia de tener sobrepeso, es decir de insatisfacción con imagen corporal (Toro, 2004).

Los cambios de la pubertad ocurren de manera muy rápida y en un periodo corto de tiempo. El cuerpo va cambiando y se hace una valoración estética de éste, dicha valoración se lleva a cabo comparando el cuerpo percibido con un modelo ideal que se va conformando a lo largo del tiempo mediante la experiencia, es aquí donde intervienen los factores socioculturales, ya que las adolescentes, especialmente las de occidente han experimentado desde muy temprana edad o incluso desde su nacimiento el culto hacia un modelo corporal femenino excesivamente delgado, es decir, significativamente más delgado que el cuerpo de la mujer promedio. Entre más delgado sea el modelo del cuerpo que se haya interiorizado, mayor será el descontento con el propio cuerpo (Toro, 2004).

Factores influyentes en la insatisfacción corporal

De acuerdo con Toro (2004), la insatisfacción corporal está determinada por varios factores, entre los principales se encuentran: familia, amigas y medios de comunicación, que son los que promueven el cuerpo ideal representado socialmente.

1.-Familia nuclear.

2.-Amigas. Hay estudios que indican que entre mayor es la frecuencia de relaciones con amigas y compañeras, es más probable la presencia de actitudes y conductas alimentarias irregulares (Levine, Smolak y Moodey, 1994 citados en Toro, 2004). El grupo de amigas está implicado de manera significativa en la adquisición del modelo corporal delgado.

3.-Medios de comunicación. Son protagonistas y ejemplifican las influencias culturales de las sociedades complejas y cada vez más globalizadas determinan muchos de los valores, actitudes y conductas que los individuos asumen como propios. Pretendiendo seguir un estereotipo de delgadez corporal que se transmite a través de los medios de comunicación y difusión.

Alteración o distorsión de la imagen corporal

La alteración de la imagen corporal (Gómez-Peresmitré, 1995) va a estar definida por el mayor o menor alejamiento, específico, concreto, del peso real, esto es, la distorsión es la diferencia entre el peso real y el peso imaginario, entendiendo como peso corporal real al resultado de la medición realizada con una báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal ($\text{peso}/\text{talla}^2$). La grasa corporal no se puede medir directamente, por lo que el peso sólo representa una indicación de medición indirecta. El peso imaginario, por otra parte, puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo. Usualmente, funciona en la dirección de una sobreestimación del tamaño del cuerpo, lo que conduce a una sobreestimación del peso corporal, esta respuesta de sobreestimación se produce sin que la persona tome en cuenta el peso real.

La alteración de la imagen corporal tiene como característica el deseo de tener un peso ideal, generalmente inalcanzable y casi siempre por debajo del normal, bajo el cual subyace un temor por la forma y tamaño del cuerpo así como por la comida (Usher, 1991 citado en Saucedo, 1996). Las mujeres suelen percibirse obesas, sin serlo y se observa una confusión respecto a lo que sería la silueta normal, aquí juega un papel muy importante la presión social sobre la imagen corporal (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988 citados en Saucedo 1996).

En una investigación de Perpiñá y Baños (1990) se encontró que las adolescentes tienden a creer que pesan más kilos de los que realmente tienen, es decir, se sobreestiman, provocando con esto el deseo de adelgazar. En un

estudio realizado por Gómez-Peresmitré (1999) se indicó que las personas delgadas o muy delgadas sobreestiman su imagen corporal, mientras que las personas con sobrepeso y obesidad suelen subestimar su tamaño corporal.

En otro estudio realizado por Halmi, Goldberg y Cunningham (1977, citados en Estrada y Zúñiga, 1997) se observó que las adolescentes entre los 10 y los 19 años que presentaron alteración de la imagen corporal, lo hacían sobreestimando su cuerpo.

Deseo de una figura ideal delgada

El auge de la delgadez surge en las décadas de los 50's y 60's, cuando se establece un cambio profundo en las medidas corporales femeninas deseables, estudios retrospectivos que evaluaron las expectativas corporales para las participantes de concursos de belleza y de las páginas centrales de la revista Playboy, encontraron que las dimensiones corporales habían ido descendiendo significativamente de 1959 a 1988, además observaron un paralelismo con el anuncio de dietas reductivas en las revistas femeninas más populares (Garner y Garfinker, 1980; Wiseman, Gray, Mossiman y Ahrens, 1992 citados en Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich, 1998).

El significado que la sociedad le otorga a la delgadez, la pérdida de peso y la belleza, es decisivo para el mantenimiento de la insatisfacción corporal, la cual tiene una relación directa con la internalización de estos patrones de belleza culturales que se asocia con los trastornos de la conducta alimentaria (delgadez), ya que muchas veces las personas pretenden alcanzar estos ideales de belleza (Cusumano y Thompson, 1997, Byus y Peterson, 1999 citados en Nava, 2001).

Existe un énfasis cultural en exigir un determinado peso corporal que tiene que ver con la práctica de dietas restringidas, ejercicio, etc. Al mismo tiempo, se basan en supuestos y prejuicios reforzados por la misma cultura acerca de la personalidad, la inteligencia, la moralidad, el nivel de éxito, etc., sobrevalorando a la gente delgada y desvalorizando a la gente con sobrepeso. Se destaca la importancia de la delgadez, siendo esto algo difícil de alcanzar dada la complejidad de la mujer promedio (Amette, 2002).

Actitud hacia la obesidad/delgadez

La palabra gordo aparece hacia el siglo XII, de manera incidental como apodo; encierra un actitud insultante en el sentido de torpe o tonto, entendiéndose como gordo=pesado, actualmente la palabra obeso es utilizada en la ciencia o la medicina, mientras que la palabra gordo, es un adjetivo calificativo (Álvarez, 2004).

La obesidad es vista como algo negativo (Gómez-Peresmitré, 2001), en un estudio en el que niños prepúberes completaban la frase "Un niño gordo es..."

mostró que los niños utilizaron adjetivos negativos como asqueroso, prieto, tonto y otros similares. De igual manera, la sociedad bombardea, por ejemplo, con mensajes en las playeras como: "Di no a las gordas", fortaleciendo la actitud negativa y despectiva hacia la obesidad.

La percepción negativa hacia la obesidad entre las adolescentes se fundamenta en una serie de creencias y prejuicios alrededor de este concepto. La obesidad es vista como un estigma atribuyéndole características como autoindulgencia, glotonería, flojera y falta de control. En un estudio con adolescentes se encontró que la percepción negativa hacia la obesidad se da en un porcentaje mayor (89%) en estudiantes de ballet que en adolescentes que no practican esta actividad. Además se encontraron opiniones negativas y positivas. Dentro de las negativas, mencionan que "es antiestético y desagradable", "es un riesgo para la salud", "tiene repercusiones emocionales", "provoca rechazo e inseguridad", "es difícil conseguir ropa" y "es un obstáculo en la actividad". Como actitudes positivas están: "no es malo si la gente se siente bien", "los gordos son simpáticos y no tienen porque acomplejarse" y "estar delgado es una norma social, es más importante que la gente se sienta bien". La percepción negativa de la obesidad puede ser un factor que fomente conductas anómalas del comer, con el objetivo de alcanzar el ideal de belleza impuesto por la cultura (Unikel et al., 1999).

Wooley y Gardner (1991, citados en Amette, 2002) realizaron una investigación en la que se demostró que los niños desde una edad muy temprana (a los tres años) atribuyen cualidades negativas a la gente gorda, por ejemplo, "molestos, sucios, malos, perezosos". Tales atributos parecen permanecer a lo largo de la vida adulta de manera relativamente constante, independientemente del nivel educativo.

Por otro lado, se puede ver que en la mayoría de los programas de televisión, los personajes femeninos son más delgados que la mujer promedio, y si aparece una persona con sobrepeso se toma como material humorístico, ya que se muestra como poco atractivo e indeseable. Cuando llegan a aparecer personas obesas o con sobrepeso en anuncios publicitarios, lo hacen con la finalidad de comparar su estado físico antes y después de una dieta o un tratamiento para adelgazar, fomentando con esto una actitud negativa hacia la obesidad (Amette, 2002).

Existen una serie de mitos relacionados con el cuerpo, Sanders y Bazalgette (1994, citados en Toro, 1996) han enumerado 10 de éstos:

- 1.- Cualquier grasa en la comida es mala.
- 2.- La redondez no es saludable.
- 3.- La delgadez es saludable.
- 4.- La gordura y la grasa puede perderse rápidamente puede perderse y sin peligro.
- 5.- Existe una grasa especial, femenina, llamada celulitis.
- 6.- La grasa de la celulitis está causada por toxinas.

- 7.- Se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos.
- 8.- Ciertos alimentos o ciertas combinaciones de alimentos pueden activar el metabolismo de acelerar la pérdida de peso.
- 9.- Las mujeres de edad inferior a los 50 años corren un riesgo real de la enfermedad cardíaca.
- 10.- Hacer dieta es una actividad saludable (p. 136).

En la actualidad, la obesidad es un estigma social (Toro, 1996) lo que lleva a rechazar a la persona que no siga las reglas de la estética corporal que está en vigencia. La presión social contra la obesidad es tan fuerte, que desde los seis años los niños ya la han interiorizado.

Sobrevaloración del atractivo físico

De acuerdo con el estudio de los escritos filosóficos y científicos que hablan acerca de la figura ideal delgada, el anterior es un concepto visto desde una perspectiva dicotómica (mundo material y mundo no material), ya que esta sociedad educa con imágenes y no con conceptos, dando más importancia a las apariencias que a los significados, por lo que el valor de las cosas se mide por su utilidad y no por su esencia (Morón, 2003).

Según Toro (1996), el atractivo físico no se reduce al volumen del cuerpo; sino que incluye, además, el rostro, el cabello, los ojos, las manos, el color de piel y la forma de caminar; sin embargo, el volumen corporal es la parte esencial de la atracción física. En general, la persona considerada atractiva, en comparación con la que no lo es, recibe más apoyo para desarrollar conductas socialmente competentes y de fiar. De lado opuesto, las personas consideradas como no atractivas suelen encontrar ambientes sociales que fluctúan desde la indiferencia hasta el rechazo, desalentando el desarrollo de habilidades sociales y de un autoconcepto positivo. Es decir, las personas consideradas atractivas son receptoras de más reforzamiento social por los mismos comportamientos que las personas que son consideradas no atractivas (Cash, 1990 citado en Toro, 1996).

La actitud hacia la belleza se ve reflejada en un estudio longitudinal de 1989 a 1992 realizado en chicas blancas, hispanas y afroamericanas, en el cual se encontró que las dos primeras tenían el mismo ideal de belleza y que compartían la misma imagen de lo que consideraban una chica perfecta, la describían con una estatura de 1.70 m., peso de 45-49 kg., generalmente rubia, es decir, hacían una descripción de una modelo profesional (Nitcher & Vuckovic, 1999 citados en Gómez-Peresmitré y Acosta, 2000).

Saucedo (1996), por otra parte, menciona que los mensajes contenidos en los medios de comunicación advierten a las mujeres, principalmente a las adolescentes que no se confíen en su cuerpo, porque éste puede traicionarlas engordando o produciendo malos olores, las adolescentes reciben también el mensaje de que el cuerpo es el pase a la felicidad, que mediante su cuerpo

atraerán al sexo opuesto, con esto se promueve una preocupación constante por el peso y la comida y una actitud que atribuye todo lo bueno al cuerpo delgado y al estereotipo de belleza.

En una entrevista realizada a Sánchez, Arcila, Holtz, y Rojas (Pérez, 2003) señalan que el estereotipo de belleza está representado por una mujer rubia, alta, delgada, de tez blanca, y al no tener este tipo de características se genera en algunas mujeres sentimientos de insatisfacción con la propia imagen.

Downs y Harrison (1985, citados en Amette, 2002) hicieron un estudio sobre la prevalencia de la idea de la delgadez en la televisión, en el que evaluaron 4,000 anuncios entre las 8 y las 10 de la noche. Encontraron que uno de cada 3.8 anuncios daba un mensaje sobre la importancia de la apariencia y que uno de cada 11 contenía un mensaje directo acerca de que la belleza es un atributo único y valorable. Entre los anuncios sabatinos transmitidos en la mañana, horario de mayor peso para las niñas, el 14% de ellos hacían alusión al mejoramiento de la apariencia.

Burla y/o crítica de la imagen corporal

Se ha dicho que la actitud hacia la obesidad es negativa, lo que provoca burla hacia la imagen corporal voluminosa. En un estudio (Krupka y Vener, 1988 citados en Toro, 1996) se observó que se rechazaba a las personas obesas con la misma intensidad con la que se rechazaba a las prostitutas, los participantes de dicho estudio preferían casarse con adictos a la cocaína, o con personas divorciadas, antes que con obesos. En ocasiones, ni siquiera es necesaria la crítica o la burla explícita, simplemente basta con acudir a una tienda de ropa, y ver que todas las prendas son tan reducidas que aunque se tenga una complexión media o delgada, es prácticamente imposible entrar en esas prendas tan pequeñas.

Como ya se mencionó anteriormente, en la adolescencia se producen una serie de cambios físicos, que en ocasiones causan angustia en las adolescentes por las burlas de los demás, debido a que sienten que sus cuerpos no cumplen con las normas exigidas por la sociedad actual de la mujer modelo, llegando a sufrir crisis de ansiedad y estados de ánimo bajo, se ven a sí mismas solas, sin amigas, poco atractivas y todo causado por estar gordas. El imaginarse gordas u obesas se va convirtiendo en un pensamiento desagradable, puede que los episodios de burla, los comentarios de los hermanos llamándolas gordas, focas, ballenas etc., van afectando y generan una preocupación cada vez más profunda. La angustia o la preocupación aparece cada vez que se imagina que se puede llegar a estar obesa, y se va estableciendo un método para evitar esa angustia: conseguir de la manera que sea no estar obesa (García, 1993).

Es frecuente también que los padres critiquen la apariencia de sus hijas, casi no las elogian e incluso, en ocasiones las alientan para que sigan dietas restringidas, por otro lado, los comentarios desaprobatorios acerca del aspecto

físico, las burlas y bromas de los padres y hermanos determinan en las adolescentes preocupación por el cuerpo y el peso y llevan a insatisfacción con la imagen corporal (Toro, 2004).

Respecto a las amigas o compañeras de la misma edad o el mismo grado escolar, se sabe que entre mayor es la frecuencia de relaciones amistosas mayor es la probabilidad de presencia de actitudes y conductas alimentarias anómalas. De igual manera, se ha comprobado que de los 9 a los 11 años de edad la preocupación por el peso está asociada con la importancia que el grupo de contemporáneas concede a éste y a las dietas (Barr y Taylor, 1998 citados en Toro 2004).

En un estudio realizado en Australia por Paxton, Schultz, Wertheim y Muir (1999, citados en Toro, 2004) se estudió una población de 523 chicas con una media de edad de 15 años, identificó 79 grupos de amigas y se encontró que los componentes de cada grupo compartían niveles muy parecidos de preocupación por la imagen corporal, restricción alimentaria y otras conductas arriesgadas para perder peso.

También se observó que las chicas de grupos con mayor preocupación por el cuerpo y con más conductas para perder peso tenían las siguientes características:

- Hablaban más con sus amigas acerca de perder peso y seguir dietas restringidas.
- Comparaban sus cuerpos con los de otras chicas.
- Percibían haber recibido más crítica de sus amigas a causa de su peso y su silueta.
- Creían que sus amigas habían ejercido un papel muy importante en sus decisiones de seguir dietas restringidas.
- Percibían que sus amigas estaban más preocupadas que otras chicas por las dietas y la pérdida de peso.

Se concluyó que la percepción que una adolescente tiene de las opiniones y conductas de sus amigas relacionadas con la imagen corporal, con las dietas restringidas, y con la comparación corporal entre ellas, son factores predictivos de alteración de imagen corporal, dieta restringida y conductas alimentarias de riesgo (Toro, 2004).

La imagen corporal es muy importante en todas las edades, pero en la adolescencia llega a ser crucial. El peso también es objeto de preocupación, es muy frecuente que las chicas quieran perder peso y que presten mucha atención a la opinión de los otros, dando mucha importancia a lo que piensen de ellas. Además, en la cultura se exageran esas inquietudes, por ejemplo, preocupación por el acné y la importancia de ser atractivo, los cuales son aspectos en los que se insiste continuamente en los medios de comunicación (Delval, 1994).

Como se puede observar, las amigas y la familia pueden contribuir de manera importante en la insatisfacción corporal de las adolescentes, por medio de burlas y comentarios irónicos referentes a su cuerpo y a su peso. Thompson y

Heinberg (1993, citados en Toro, 2004) hicieron un estudio sobre los comentarios verbales de bromas, burlas y comparaciones sociales sobre alteraciones de la imagen corporal, y encontraron que las bromas y burlas dirigidas específicamente al peso y al cuerpo eran un factor predictivo de insatisfacción corporal y alteraciones alimentarias. Otro estudio que confirma lo anterior es el de Eisenberg, Neumark-Sztainer (2003, citados en Toro, 2004) encontraron que las adolescentes que sufrían burlas y bromas de parte de amigas y familia presentaban baja satisfacción corporal.

En la familia también se transmite a las adolescentes ideas como: ya no comas tanto, te ves gorda, estás gorda y no vas a tener novio, así nadie te va a querer. Hay ocasiones en que la misma familia rechaza o humilla a los integrantes con sobrepeso orillándolos a dejar de comer (Pérez, 2003).

Índice de masa corporal

En el ámbito médico son utilizados diversos métodos para estimar obesidad y sobrepeso. Sin embargo, los más utilizados en investigación son los cuantitativos, y entre éstos, se han considerado como más prácticos, a los llamados índices ponderales, los cuales expresan una relación entre el peso y la talla, y la bondad en la estimación de la obesidad o de sobrepeso que puede lograrse con un determinado índice, depende de la alta correlación que mantenga con la grasa corporal y de la baja correlación que tenga con la estatura (Kolsa y Lowe, 1972; Florey, 1970; Keys, Fidanza, Karvonen; Kimura y Taylor, 1972; Roche Siervogel, Chwnlea y Webb, 1981 citados en Gómez-Peresmitré, 1995).

El Índice de Masa Corporal (IMC), cubre las condiciones antes mencionadas, por un lado, se ha comprobado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal medida con un método más preciso y relativamente más directo que la densitometría, que mide la densidad corporal pesando al individuo inmerso total o parcialmente en agua (Durning y Womeraly, 1974; Keys y cols., 1972 citados en Gómez-Peresmitré, 1995) y por otro lado su misma fórmula: $\text{peso}/\text{talla}^2$ prevee, al elevar la estatura al cuadrado, la disminución de la influencia de la misma.

En una investigación realizada por Gómez-Peresmitré (1995), con una muestra de estudiantes de danza, se observó que las chicas con un IMC menor que 17, es decir, muy delgadas, se autopercebían como gordas. Es importante destacar que se encontró que a menor peso, mayor distorsión de la imagen corporal. En otro estudio (Unikel y Gómez-Peresmitré, 1999) se trabajó con tres grupos; uno de bailarinas, otro de profesionistas, y un tercero de pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria; en el primer grupo (bailarinas) se obtuvo un IMC=19, el segundo grupo (profesionistas) presentó un IMC=22.1 y el tercer grupo (pacientes) mostró un IMC=20. Se observó que a pesar de que el grupo de las bailarinas tenía un peso promedio por debajo de lo normal, se percibían a sí mismas con peso normal, o incluso con sobrepeso, es decir,

sobreestimaban su peso corporal. En el grupo de profesionistas, el 60% se encontró en el rango de peso normal, y se observó que ellas tenían una percepción bastante adecuada de su peso corporal, aunque con una ligera subestimación. En el grupo de pacientes, la mayoría estuvo en la categoría de bajo peso y normopeso, y en este grupo se observó la distorsión característica de imagen corporal en los trastornos de conducta alimentaria, ya que la mayoría del grupo sobreestimó su peso corporal y se percibieron a sí mismas con sobrepeso e incluso obesas, a pesar de que sólo el 11% presentó sobrepeso, ninguna presentó obesidad y, por el contrario, el 44% presentó un peso por debajo de lo normal.

Maduración sexual precoz/tardía

El inicio de la pubertad se da por un incremento en la producción de hormonas, las glándulas adrenales comienzan a secretar cantidades de andrógenos que cumplen una importante función en el crecimiento del vello púbico, axilar y facial en los varones, mientras que en las niñas los ovarios comienzan a producir estrógenos que estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de las mamas (Papalia, Wendkos, y Duskin, 2001).

El momento exacto del inicio de esta actividad hormonal parece depender de la consecución de peso crítico. En estudios realizados en ratones y en seres humanos se ha encontrado que la leptina (hormona secretada por el tejido graso e identificada como factor importante en la obesidad) es necesaria para dar comienzo a la pubertad (Chehab, Mounzih, Lu y Lim, 1997; Clement et al., 1998; Estrobel, Ozata y Strosberg, 1998 citados en Papalia et al., 2001). La leptina en el torrente sanguíneo estimula al hipotálamo para que envíe señales a la hipófisis, y ésta a su vez indica a las glándulas sexuales que incrementen su producción hormonal.

La principal señal de madurez sexual en las niñas es el inicio de la menstruación (Papalia et al., 2001) a la que se le denomina menarca, la cual ocurre aproximadamente dos años después de que los senos hayan comenzado a desarrollarse y el útero haya empezado a crecer; sin embargo, el tiempo normal de la menarca puede variar entre los 10 y los 17 años. A los varones les gusta madurar más temprano y aquellos en los que ocurre así, parecen elevar su autoestima; sin embargo, a diferencia de los varones, las mujeres tienden a evitar la madurez precoz y se ha encontrado (Graber et al., 1997 citado en Papalia et al., 2001) que las niñas que maduran más temprano corren el riesgo de tener problemas de depresión, trastornos alimentarios y abuso de fármacos.

Esto se podría relacionar con el aumento de tejido adiposo en las niñas y al hecho de evitar el aumento de peso/grasa. El incremento normal de grasa en el cuerpo de las mujeres durante la pubertad puede llevar a tener una imagen corporal distorsionada (Swarr y Richards, 1996 citado en Papalia et al., 2001), lo que en consecuencia podría llevar a la práctica de dietas restringidas para no tener eso que se percibe como grasa "extra".

Para las niñas, madurar pronto puede ser una desventaja, aunque el desarrollo temprano de los senos se asocia con una imagen corporal favorable y un incremento en la seguridad en sí mismas (Brooks-Gunn y Warren, 1998 citados en Shaffer, 2000). Sin embargo, una niña que madura muy pronto puede parecer muy distinta de sus compañeras de clase y pueden burlarse de ella; las tensiones son mayores cuando las niñas que maduran muy pronto asisten a escuelas mixtas (Caspi, 1993 y Ge, 1996 citados en Shaffer, 2000).

Craig (1992) menciona que los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo y frecuentemente muestran una actitud crítica. Desde el punto de vista sociológico, los adolescentes son un grupo marginal, debido a esto pueden ser en extremo intolerantes ante la obesidad o excesiva delgadez. Los medios de comunicación manipulan esa tendencia al presentar en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivas, que pasan por esta etapa sin barros y espinillas, siendo las adolescentes muy sensibles y perceptivas respecto a su apariencia física y la de sus amigas; las discrepancias entre su imagen imperfecta y el ideal que se muestra en los medios puede constituir una fuente de ansiedad.

Esta serie de cambios bioquímicos, somáticos, psicológicos y sociales son determinantes en la adolescencia para que ésta sea una etapa de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios y la maduración temprana es un claro factor predisponente para la insatisfacción corporal (Toro, 2004).

CAPÍTULO 4

PREVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Antecedentes

Borel (2002) refiere que las tareas de prevención han abordado los trastornos de conducta alimentaria de distintas maneras. Algunos programas están dirigidos a la modificación de la conducta alimentaria. Otros, están orientados a modificar creencias y pensamientos que distorsionan la percepción del cuerpo y la comida. También están las tareas destinadas a la modificación de los diferentes factores intervinientes, sin centrarse sólo en el tema alimentario.

La prevención primaria se realiza cuando los trastornos de conducta alimentaria no han desarrollado ningún síntoma significativo en las personas, las bases de la prevención están cimentadas en la identificación de los factores causales de los trastornos. Los diferentes enfoques de la prevención primaria que se han propuesto para disminuir la incidencia de los trastornos de conducta alimentaria, se dividen en dos grupos: los destinados a anular los factores que causan el trastorno y los destinados a "fortalecer al huésped" con la finalidad de protegerlo de influencias "nocivas". La prevención se puede llevar a cabo en el ámbito individual y social, la mayoría de las intervenciones de los trastornos de conducta alimentaria están dirigidos a "fortalecer el huésped" y tienen como blanco/objetivo poblaciones de niñas/adolescentes (Vandereycken y Noordenbos, 2000).

La prevención primaria tiene también una tarea más directa en la reducción de la incidencia del trastorno. Aunque en los trastornos de la conducta alimentaria no se conocen con total certeza los factores que desencadenan la enfermedad, existen algunos que han sido comunes en la mayoría de las pacientes: la influencia de estereotipos culturales, desinformación dietética, realización de dieta restringida y deseo de adelgazar. En los programas de prevención primaria, se aborda cada uno de los aspectos antes mencionados para evitar el desarrollo de la enfermedad, la información va dirigida, en primer lugar, a los sujetos de riesgo y a sus familias, en segundo lugar, a la población en general. Los lugares en donde debe llevarse a cabo la prevención son en el hogar, las escuelas y las universidades, en los grupos de riesgo; es importante detectar los problemas, como por ejemplo, insatisfacción con la imagen corporal (Fernández y Turón, 1998).

Por otro lado, Amette (2002) menciona que tanto en la prevención primaria como en la secundaria, es importante definir el objetivo, la prevención primaria se lleva a cabo interviniendo en un momento en que la conducta que se trata de prevenir, está en un nivel bajo de desarrollo, es decir, que el despliegue de dicha conducta no sea patológicamente significativo, por ejemplo, el deseo de una figura ideal delgada. Muchos profesionales dedicados a investigar o tratar los trastornos de conducta alimentaria opinan que la única manera de

establecer programas de prevención primaria es enfrentando de manera directa los valores culturales que sostiene el problema, sin embargo, se plantea también lo difícil que es llevar a cabo estos programas, ya que si dichos trastornos se pueden presentar a veces como resultado de valores y normas culturales arraigados en la sociedad acerca del ideal femenino, es muy probable que haya resistencia en esa misma sociedad para cambiar esos valores (Steiner-Adair, 1994 citado en Amette, 2002).

De acuerdo con Gómez y Saburido (1996), para llevar a cabo un plan preventivo es necesario tomar en cuenta la importancia y repercusión del problema, delimitar el grado de percepción de dicho problema en una determinada población, precisar las posibilidades de modificarlo de acuerdo con los recursos disponibles y estimar los costos, incluyendo no sólo los económicos, sino también consideraciones sociales y éticas.

Los trabajos en el área de la prevención de trastornos alimentarios en diversos países como Estados Unidos, Canadá, Australia, Gran Bretaña, Israel, Italia, Suecia y Noruega no han tenido tanto éxito (Stice, Mazotti, Weibel & Agras, 2000) debido a que dichos programas se han dirigido a la población en general, utilizando técnicas de enseñanza tradicional (maestro-alumno) y porque dichos programas contienen discusiones explícitas de las conductas características de los desórdenes alimentarios, fomentando en personas insatisfechas la práctica de alguna de estas conductas.

Austin (2000) ha llevado a cabo una revisión de diferentes programas de prevención; en los cuales las evaluaciones fueron aplicadas en un amplio rango con tiempo limitado, por lo que muchos de ellos tienen una metodología poco convincente, lo que llevó a obtener resultados poco favorables. En 10 de estos estudios se incluyeron únicamente mujeres (adolescentes y jóvenes), además que las intervenciones duraron pocos meses, y no fueron tan eficaces debido a que fueron dirigidas a población que no corría riesgo.

Otros estudios han sido realizados por Stewart, Carter, Drinkwater, Haisnworth & Fairburn (2001) con 474 adolescentes mujeres entre 13 y 14 años que recibieron un programa de prevención como parte de su currículo escolar: emplearon técnicas interactivas de role playing en pequeños grupos, mismos que en su entorno enfrentaban presiones socioculturales para tener una silueta delgada. Los resultados fueron alentadores, ya que inmediatamente después de la intervención las chicas redujeron la dieta restringida y la actitud negativa hacia la figura y el peso, sin embargo, esta reducción no se mantuvo en el seguimiento seis meses después.

Otro estudio realizado en Suecia por Baranowski & Hetherington (2001) se llevó a cabo con una muestra de 29 chicas con edades de 11 y 12 años, 16 de ellas participaron en el grupo experimental, y las restantes en el grupo control; en el primero se impartió un programa de prevención de desórdenes alimentarios y en el segundo, un programa en donde se impartía información sobre consumo de frutas y verduras, en el grupo experimental, la temática fueron las causas y

consecuencias de la dieta restringida, apreciación de la figura y peso corporal, estereotipos asociados con la obesidad/delgadez, autoestima, regulación de energía y trastornos alimentarios, en el grupo control se trabajó la actitud hacia las frutas y verduras, vitaminas y minerales, y sus beneficios de consumo. Se encontró disminución en la dieta restringida en ambos grupos, la autoestima mejoró en el grupo experimental, pero no hubo diferencias significativas.

Se han hecho programas psicoeducativos, es decir, se proporciona información acerca de los síntomas de los trastornos de conducta alimentaria, las consecuencias de estas conductas, factores de riesgo, técnicas de control de peso y salud; estos programas no han tenido éxito, Stice, Mazotti, Weibel & Agras (2000) mencionan que algunas explicaciones podrían ser que van dirigidos a la población en general que no tenía factores de riesgo. Basándose en estas investigaciones, se crearon programas de prevención, por medio de la teoría del camino doble; este modelo propone que la presión sociocultural que se tiene para lucir una figura ideal delgada promueve la internalización, del ideal delgado, insatisfacción corporal y dieta restringida. Este modelo fue llamado así porque da una posición al efecto negativo y a la dieta restringida como predictores finales de la patología bulímica.

Otro estudio realizado por Stice, Chace, Stormeer & Appel (2001) llevado a cabo con 87 mujeres entre 17 y 29 años de edad: en el grupo control hubo 39 participantes y en el experimental 48; ambos programas contaron con ejercicios verbales, escritos y conductuales con la finalidad de formar una crítica ante el ideal delgado de belleza (grupo experimental) y el manejo saludable del peso corporal (grupo control). Se realizó una medición antes/después y finalmente, 4 semanas más tarde, en el grupo experimental se encontró una disminución en el deseo de una figura ideal delgada, dieta restringida, insatisfacción corporal, afecto negativo o síntomas bulímicos, inesperadamente en el grupo control también se observaron algunas mejorías.

Prevención de trastornos alimentarios en México

En México, Hernández, López y Partida (2004) realizaron un estudio en el que trabajaron con 48 adolescentes de 1º y 2º grado de secundarias públicas del Distrito Federal, con un promedio de edad de 12.62 años, fue una investigación de campo, experimental y longitudinal con diseño pre-test/post-test de dos grupos, con el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998), las participantes seleccionadas fueron asignadas al azar para formar el grupo experimental (26 participantes) y el grupo control (22 participantes).

En el grupo experimental se trabajó con un taller de disonancia cognoscitiva. Esto se hizo mediante técnicas como role playing, modelamiento, grupos focales y desarrollo de actividades en casa, las sesiones se realizaron una vez por semana durante 8 semanas. En el grupo control, se trabajó con el método psicoeducativo, se les proporcionó información sobre los trastornos de conducta

alimentaria, consecuencias de estas conductas, factores de riesgo y técnicas de control saludable, esto se llevó a cabo a través del método tradicional de enseñanza. No se observaron cambios significativos en la elección de figura ideal (en ambos grupos); sin embargo, se observó cierta tendencia a elegir una silueta más gruesa después de la intervención psicoeducativa, la misma redujo significativamente la incidencia de dieta restringida. Por otro lado, las participantes del programa de disonancia cognoscitiva, redujeron significativamente su insatisfacción corporal y preocupación por el peso y la comida, después de la intervención.

García y Téllez (2004) realizaron otro estudio, trabajaron con una muestra formada por una n=29 adolescentes mujeres, estudiantes de escuelas secundarias privadas; con una edad promedio de 14 años, de las cuales 15 chicas integraban el grupo experimental; basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, y 14 integraban el grupo control, en el que trabajaron con el método psicoeducativo.

Fue una investigación de campo, experimental, con un diseño pret-test/post-test y seguimiento 3 meses después de la intervención, el instrumento utilizado fue el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998). Las participantes seleccionadas fueron asignadas al azar a los grupos control y experimental. Trabajaron durante dos meses en sesiones semanales, de manera simultánea en los dos grupos en aulas diferentes, en el grupo experimental se trabajó disonancia cognoscitiva mediante diferentes técnicas como role playing, modelamiento, grupos focales y desarrollo de actividades en casa. En el grupo control se trabajó con el método psicoeducativo, se les proporcionó información sobre los trastornos alimentarios, consecuencias de estas conductas, factores de riesgo y técnicas de control saludable, esto se hizo a través del método de enseñanza tradicional. Encontraron que las adolescentes del grupo experimental basado en la teoría de disonancia cognoscitiva disminuyó de manera considerable su grado de insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida; y tomando en cuenta que el tamaño del efecto resultó alto y muy alto respectivamente, concluyeron que el programa basado en la teoría de disonancia cognoscitiva resulta más adecuado para la prevención de factores de riesgo en trastornos de conducta alimentaria en comparación con el programa psicoeducativo, ya que al parecer, éste tiene efectos positivos al término de la intervención pero los cambios no son duraderos.

Elementos relevantes en la prevención

De acuerdo con Amette (2002), cuando la prevención se pretende hacer sólo con el acceso a la información y sin un procesamiento adecuado, no previene, e incluso, puede llegar a ser contraproducente. Procesar la información significa saber de dónde viene, con quién se comparte, que es lo que se piensa de ella, que miedos aparecen, que valores subyacen, etc. Por lo que es importante considerar el contexto en el que se desenvuelve el adolescente: familia y escuela, para lograr esto, es necesario utilizar diferentes recursos, como cuestionarios, trabajos grupales y trabajos individuales. Esta experiencia de

prevención de los trastornos de conducta alimentaria, pasa por varios momentos:

- Análisis crítico de la información: tiene como objetivo reconocer el valor y la función de la información realizando un análisis crítico de ésta, se pretende lograr la autonomía en la interpretación de la información.
- La imagen: tiene como objetivo analizar las conductas de alimentación y de cuidado del cuerpo que impone la sociedad, reflexionar sobre la influencia de la publicidad y la moda en como cada uno se ve, se valora, se encuentra y se quiere a sí mismo.
- Ídolos: tiene como objetivo conocer e informarse sobre el modo de aprender comportamientos observando a los demás, reconocer que es natural tener ídolos en esta etapa, pero teniendo una posición crítica hacia ellos en sus aspectos positivos como negativos. Lograr ser ellos mismos, mirando a los demás (p. 341).

Esta misma autora señala también que para que los programas de prevención tengan éxito, es necesario identificar las necesidades sociales que subyacen a estas formas de conductas poco saludables y de prejuicio.

De acuerdo con García y Alvarado (2005) para prevenir los trastornos alimentarios es necesario considerar los siguientes aspectos.

- 1 Cuestionar el mensaje de los medios.
- 2 Contrarrestar la idea de cuerpos ideales y que la delgadez es igual a éxito.
- 3 Inculcar valores que incluyan actitudes y sentimientos, además de la imagen corporal.
- 4 Fomentar una comunicación efectiva.
- 5 Colaborar en el desarrollo de una autoestima saludable.
- 6 Propiciar la expresión de emociones y sentimientos.
- 7 Proponer actividades que promuevan una vida sana.
- 8 Establecer metas realistas.
- 9 Reconocer momentos de crisis.
- 10 Solicitar apoyo y orientación.
- 11 Estar alertas con poblaciones de riesgo, involucrados en deportes y/o difusión cultural.
- 12 Reconocer signos y síntomas de alerta para poder detectar de forma temprana una situación de riesgo (p. 4).

Para llevar a cabo un programa de prevención eficaz es necesario trabajar con los jóvenes y adolescentes, pero también es importante considerar la necesidad de convertir en receptores de las sesiones preventivas y formativas a los profesores y a la familia. Asimismo, se debe involucrar a médicos y a otros profesionales de la salud que tengan contacto con los jóvenes, ya que pueden ser importantes agentes de prevención y su participación puede resultar imprescindible en la tarea de la prevención de los trastornos alimentarios en adolescentes y jóvenes. (Carretero, 2006).

Se debe destacar la importancia de la prevención, para que ésta sea eficaz debe reducir el riesgo, las labores preventivas deben abarcar niveles individual, familiar y social, y es muy importante que se involucren padres y profesores, es recomendable empezar desde la infancia para que se ayude a desarrollar un juicio crítico sobre el ideal de belleza, y que en la adolescencia se formen valores propios respetándose las diferencias interpersonales. Otro punto que se debe tomar en cuenta en la prevención es enseñar a las adolescentes cómo llevar una alimentación equilibrada (Castillo et al., 2005).

Nuevas propuestas en prevención en los trastornos de conducta alimentaria: realidad virtual y formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva

Destacando el papel primordial que tienen los factores sociales y culturales en la aparición de los trastornos de conducta alimentaria y considerando que en gran parte de la vida existe una constante interacción con otras personas, la sociedad está inmersa en muchos sistemas distintos y desenvolverse entre ellos requiere una gran destreza. De ahí la importancia de desarrollar habilidades que permitan actuar de manera asertiva ante los mensajes que son emitidos por la sociedad; entendiendo como conducta asertiva de acuerdo con Gismero (1996, p. 38): "El conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el autoreforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo".

En este trabajo se ha mencionado el papel fundamental que juegan en la aparición de los trastornos de conducta alimentaria los medios masivos de comunicación, entre éstos se encuentran revistas de moda, libros de dietas, radio, carteles publicitarios y la televisión, en la cual hará énfasis esta investigación. Estos medios presentan imágenes de cuerpos femeninos que promueven la delgadez, los investigadores creen que estas imágenes son internalizadas por mujeres que perciben esta delgadez como un ideal que deben alcanzar (Byus y Peterson, 1999 citados en Nava, 2001). Los medios de comunicación impresos, así como la publicidad televisiva han sido documentados como poderosos factores que contribuyen a sostener el estereotipo de una mujer ideal alta y muy delgada (Kelly-Vance, 1998 citado en Nava, 2001).

Los medios promueven ideales de belleza de cuerpos y caras, de relaciones que se convierten en punto de referencia para realizar juicios de la percepción que se tiene del cuerpo y de cómo es percibido por el otro. Por lo que el cuerpo de la mujer queda sometido a un ideal de juventud y belleza en el que la apariencia permite ocultar el verdadero cuerpo si no cumple con el estándar establecido (Castro, 2000).

Medios de comunicación y publicidad

El consumo de medios de comunicación ha cambiado mucho en los últimos años, y esto afecta al público de todas las edades, para los adolescentes, éstos son muy importantes ya que según su opinión, es donde se explican y comentan las ideas más interesantes del mundo. Por esta razón, los medios de comunicación suelen ser un factor de socialización muy importante; en ocasiones, mucho más que los libros, ya que los adolescentes son muy influenciables y valoran muy positivamente a los medios (Pintado, 2004).

Se ha comprobado que la publicidad promueve hábitos, manipula conductas y llega a ciertos condicionamientos, la publicidad se define como: una serie de técnicas que se utilizan en los medios de comunicación y que se emplea con la intención de ocasionar cambios o producir modificaciones en los hábitos de compra de los individuos potencialmente compradores, además, no actúa sólo como un sistema de interacción comunicativa, sino también como un proceso homogeneizador de conductas y pautas sociales colectivas e individuales, que surgen como resultado de la interiorización de este tipo de información. El mundo de la propaganda y el consumo, conduce a un vacío y en el caso de la mujer, a un vacío mayor, puesto que saturada por el incumplimiento de los deberes impuestos por la felicidad que ilustra la publicidad, asume los modelos femeninos propuestos provocando una insatisfacción consigo misma (Monroy, 2002).

Ander-Egg (1996) plantea que la publicidad es una fuente de producción de modelos, valores, símbolos, imágenes, etc., que enseñan y difunden la exaltación del lujo, riqueza, ambición, belleza física, importancia del dinero y status. Sin embargo, las mujeres que se ofrecen como modelos en los anuncios, no existen ni siquiera en el mundo de la publicidad. Son el resultado de una engañosa combinación de fragmentos: la cara es de una, el cuerpo de otra, las manos de una tercera y la voz de una cuarta. En muchos casos las modelos son "retocadas" mejorando no sólo las condiciones de luz, sino también el aspecto de la modelo, quedando muy diferente al original, sin embargo, la mayoría de las mujeres desconoce este tipo de trucos realizados para que las modelos luzcan perfectas (Ferrés, 2001).

Por otra parte, Bartrina (1994, citado en Gómez-Peresmitré, 2001) menciona que el marketing industrial ha impregnado la sociedad de mensajes que condicionan la delgadez (estereotipo de un tamaño y forma de imagen corporal) asociándola con éxito, felicidad y aceptación social. Esta silueta ideal se difunde masivamente en una gran diversidad de anuncios, creando una silueta ideal que actúa como presión psicosocial directamente en el sexo femenino y de manera indirecta a través del sexo masculino, en la medida que proporciona a los hombres la expectativa de un modelo deseado de la figura femenina. Silverstern et al. (1986, citado en Gómez-Peresmitré, 2001) señala que no hay duda que los medios de comunicación social cumplen un papel importante en la promoción de esta imagen de cuerpo delgado.

Se ha observado que la publicidad que muestra cuerpos muy delgados tiene un efecto inmediato entre adolescentes y mujeres jóvenes en términos de evaluación del propio cuerpo, ya que presentan en general una mayor insatisfacción corporal (Harrison, 1997 citado en Nava, 2001). Se ha encontrado una correlación entre la exposición a los mensajes de la televisión y la insatisfacción con la imagen corporal, Martín y Kennedy (1993, citados en Amette, 2002) encontraron en chicas de 9, 13 y 18 años que la tendencia a compararse con las modelos de la televisión correlacionaban de manera negativa con la autopercepción respecto a su atractivo físico o de su satisfacción corporal. Existe evidencia que apoya la conexión entre los medios masivos de comunicación y la transmisión del mensaje de la delgadez como algo atractivo, aunque no se sabe mucho de los mecanismos que emplean para ejercer dicha influencia.

Un estudio longitudinal realizado por Attie (1989, citado en Mc Phail, 2002) con adolescentes australianas entre 14 y 16 años, reveló que a pesar que sólo el 16% de las chicas presentaba sobrepeso, el 87% deseaba parecerse a la imagen corporal promovida en los medios y una de cada 3 había utilizado alguna medida extrema para perder peso; como dietas y ayunos. Tiggemann & Slater (2004) hicieron una investigación con 84 mujeres con una media de edad de 20.23 años, las cuales observaron videos musicales, en donde las modelos tenían un cuerpo delgado, se concluyó que existe un impacto negativo de las imágenes corporales idealizadas que se proyectan en ese tipo de videos; creando una mayor insatisfacción corporal en las participantes después de ser expuestas a dichos videos.

En otro estudio realizado por King, Touyz & Charles (1998) se trabajó con 2 grupos de mujeres, cada uno formado por 32 participantes (con una media de edad de 20.8 y 19.3 años): el primero con baja preocupación por la apariencia de su cuerpo, y el segundo con alta preocupación por la apariencia de su cuerpo, a las que se les presentó una serie de 7 fotografías de una celebridad (persona famosa en la televisión), de las cuales la primera fotografía era la actual (real) y las 6 restantes fueron distorsionadas, desde una figura muy delgada hasta una obesa, se encontró que el grupo de baja preocupación por su cuerpo tuvo una mayor exactitud al elegir la fotografía actual (real) mientras que el grupo con mayor preocupación por su cuerpo eligió fotografías con figuras más delgadas que la actual (real).

Existe un gran número de análisis respecto a la naturaleza y frecuencia de los mensajes transmitidos por la televisión y las revistas de moda sobre la silueta ideal, las dietas, los ejercicios físicos y la nutrición. Hay estudios que demuestran que a partir de los 80's ha habido un aumento significativo de la incidencia de anorexia y bulimia nervosa entre mujeres de 15 a 24 años (Kender, 1991, Lucas, 1991, y Gordon, 1990 citados en Vandereycken y Noordenbos, 2000) y los medios de comunicación han saturado de imágenes de modelos y actrices jóvenes, altas, de piernas largas y delgadas. Las revistas de moda exhiben anuncios que presentan una enorme variedad de productos

bajos en calorías, partes del cuerpo humano y exhortaciones a convertirse en consumidor (Budegon y Curie, 1995, Kilbourne, 1994; Levine y Smolak, 1996 citados en Vandereycken et al., 2000). En septiembre del 2002, la Federal Trade Comision (FTC) en Estados Unidos, encontró que los norteamericanos gastan más de 30 billones de dólares anuales en productos para perder peso. La industria de la salud y la dieta tiene un enorme mercado y lo hacen principalmente a través de los medios de comunicación (Freid, 2004).

En Estados Unidos, las niñas y mujeres ven televisión 7 horas al día, investigaciones hechas por Harris (1994) y Levine y Smolak (1996, citados en Amette, 2002) muestran que las adolescentes pasan más tiempo viendo televisión que en la escuela y dicho tiempo es mayor que el que pasan realizando cualquier otra actividad. En México, el 97% de adolescentes entre 15 y 17 años ve televisión, de este porcentaje, la mitad consume de 2 a 4 horas diarias, mientras que el 32% ve 4 horas diarias o más. Cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) señalan que la niñez en México invierte en promedio aproximadamente 2000 horas al año frente a la televisión, en tanto que a la escuela asisten sólo 700 horas (Bustos, 2005).

De acuerdo con Alva (2005), especialista en el análisis de radio y televisión, el efecto de los programas televisivos puede ser acumulativo, es decir, que después de un determinado tiempo, la influencia de esos medios se hace presente en los niños, a través de la forma en que ellos entienden la realidad, y dicha forma puede ser distorsionada.

En Estados Unidos, la Federal Trade Comision analizó 300 anuncios transmitidos o publicados principalmente en la primera mitad del año 2001, a través de la televisión, radio, revistas, anuncios en supermercados, correo electrónico y sitios de internet; encontraron que mucha de la información sobre dieta y nutrición es engañosa. Casi todos los anuncios analizados muestran por lo menos una, y algunas veces más de las siguientes técnicas engañosas (Freid, 2004):

- Testimoniales o fotografías de consumidores antes y después de usar o consumir el producto.
- Rápida pérdida de peso.
- Prometen que no se requiere ejercicio o dietas.
- Dicen que la pérdida de peso es permanente.
- Argumentan que los productos son aprobados por médicos.
- Aseguran que los productos son naturales y efectivos para perder peso (p. 76).

Investigadores y activistas se han dado cuenta de que la industria de la publicidad es una poderosa fuerza educativa en la sociedad occidental. Por ejemplo, se tienen datos de mujeres estadounidenses expuestas diariamente a entre 400 y 600 comerciales, lo que significa que a los 17 años, han recibido 250 mil anuncios publicitarios a través de los medios. Otro estudio, mostró que solamente 9% de los comerciales tienen un mensaje directo sobre la belleza,

pero muchos de ellos enfatizan implícitamente su importancia, especialmente sobre mujeres jóvenes y niñas; los 56% de los comerciales dirigidos a jóvenes mujeres en televisión y 57% en revistas femeninas hablaban de la belleza. En otro estudio sobre comerciales de juguetes para niños, se encontró que el 50% de los dirigidos a niñas, hablaban sobre atractivo femenino, mientras que ninguno de los que estaban dirigidos a niños lo hacía (Mc Phail, 2002).

Herrera (2002) señala que la publicidad diseña modelos vendibles y crea un aspecto para todo aquél que quiera reflejarse, en el caso de la bulimia, la publicidad vende una imagen de mujer delgada, perfecta, esquelética, con cara pálida, a la que los maquillajes de marca harán guapa y bella. Esta venta de imagen es la que ataca severamente a las chicas, esa autora agrega que la constitución física de la mujer mexicana no es delgada, por el contrario, es de complejión robusta y baja de estatura ; sin embargo, se desea ser como la modelo que mide más de 1.60 m., que pesa 45 kg., que está muy delgada y que casi no tiene caderas. Se trata de imitar lo que vende la publicidad, se busca parecerse a la modelo sin panza, con arete en el ombligo, pantalones a la cadera y estatura alta.

En México, se ha incrementado el bombardeo de productos light. Diferentes marcas se han encargado de crear lo que ellas llaman alimentos "sanos", y es a partir de un buen marketing y sobre todo publicidad efectiva, que esta nueva cultura de productos light ha tenido gran auge. Algunas marcas se aprovecharon de ciertos nichos olvidados en el mercado, posicionándose como las número uno. Actualmente, está el caso de la marca de agua embotellada Bonafont, que gracias a su slogan de "el agua ligera" y "elimina lo que tu cuerpo no necesita", se ha convertido en el agua número uno a nivel nacional, logrando ser la "única agua saludable y que ayuda a perder peso de manera rápida". Otro caso sería el de Special K de Kellogg's, que primero se estableció como el mejor cereal bajo en grasa que ayuda a perder peso, después lanzó el reto Special K que actualmente es el programa de 15 días que ayuda a bajar de peso. Estos son algunos ejemplos de marcas que han influido en los jóvenes como una opción para mantenerse en forma y tener el cuerpo que siempre han deseado, y muchos de ellos sin pensar en las posibles consecuencias (Toledo y García, 2006).

Las mujeres mexicanas no están exentas de las influencias que ejercen los medios y también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada y, aunque se planteaba que los problemas asociados a la imagen corporal y los trastornos de alimentación eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas, se ha visto que se han extendido rápida e interculturalmente y se produce en mayor o menor medida en todas las sociedades modernas, sin importar el nivel de desarrollo (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Formación de audiencias críticas

En los medios se han distorsionado las creencias de belleza y salud. Creando en las adolescentes la idea de que si están delgadas son exitosas, atractivas, saludables y felices. Por lo anterior, surge la necesidad de prevenir los trastornos de conducta alimentaria, proponiendo posturas más objetivas y reales respecto a estas ideas. Ante dicho impacto que tienen los medios, en especial la televisión, en las adolescentes, es de vital importancia llevar a cabo un plan de prevención con el propósito de que desarrollen ciertas habilidades que les permitan tener una actitud más crítica hacia los medios de comunicación, especialmente ante los mensajes relacionados con la imagen corporal (Rodríguez, 2003).

La UNESCO ha financiado programas e investigaciones en varios países, esto ante la preocupación por hacer que los receptores individuales y colectivos tomen distancia de los medios de comunicación. Se han diseñado diversas estrategias, tales como la "dieta televisiva" (regulación del tiempo que los niños ven televisión) y la mediación de los adultos cuando los niños están viendo sus programas o la participación de los niños en diálogos con sus maestros para asegurarse de que sólo asimilen aquello que no les perjudica en su formación (Charles y Orozco, 1990). De acuerdo con Meléndez (2001), la preparación educativa de los padres es el determinante principal de la regulación del tiempo de percepción televisiva en los niños e incluso de la posibilidad real de analizar mensajes audiovisuales en el hogar.

Otra perspectiva de la educación para la recepción, busca responder al reto tecnológico que implican los medios de comunicación electrónicos, esto con el fin de entender las posibilidades y límites que distintas técnicas brindan al proceso de comunicación, estos programas se conocen como "alfabetización en los medios" (Charles y Orozco, 1990). Una de las fundadoras de la alfabetización en los medios o audiencias críticas es Elizabeth Thoman, Fundadora y Presidenta del Center for Media Literacy, ella define las audiencias críticas como "la habilidad de interpretar y crear significado personal de cientos de símbolos verbales y visuales que vemos todos los días a través de la televisión, radio, periódicos, revistas y campañas publicitarias" (Cooper, 2003, p. 1). Thoman también considera que observar los mensajes de los medios de comunicación o mediar las experiencias desde una perspectiva no es audiencia crítica porque al mediar no se permite realizar un examen desde diferentes perspectivas. También menciona que las audiencias críticas no quiere decir "no ver", sino ver cuidadosamente pensando de manera crítica.

Morduchowicz (2003) menciona que los medios de comunicación participan en la construcción de la identidad e influyen en las personas, buscan además, naturalizar el mensaje o un tema como normal y aceptable para el sentido común. La educación en medios consiste en analizar la manera en que éstos construyen el mundo y se presentan como mediadores entre éste y las personas, cuestionando la forma en la que se lleva a cabo la presentación de mensajes, significados y discursos. La educación en medios supone que los receptores lleven a cabo un análisis de este mundo y su representación, influyendo en la transformación de su entorno.

No se trata de reducir la recepción crítica a una denuncia moralista de los males de la televisión, porque esto se limita a hacer un juicio desde fuera, prevaleciendo el ideologismo que sanciona a este medio como negativo. Si la relación del televidente con el medio es fundamentalmente afectiva, se trata de investigar no sólo lo que transmite la televisión, sino por qué gusta, por qué logra tanto éxito y audiencia, trasponer la referencia inmediata de en que medida ve el televidente su vida reflejada en los programas, para explicar cuánto de lo que ve tiene relación con lo que imagina, desea y quiere (Quiroz, 1989).

De acuerdo con Bustos (1998), desde una perspectiva de género, el formar audiencias críticas activas permitirá que sean las propias mujeres y hombres como actores sociales quienes demanden activamente una reorientación y una reprogramación de la televisión de acuerdo con las inquietudes, necesidades, concepciones y motivaciones.

En un estudio realizado por Wade, Davidson y O´Dea (2002) se trabajó con dos grupos experimentales (programa de autoestima: formado por 26 hombres y 17 mujeres y programa de audiencias críticas: formado por 14 hombres y 11 mujeres) y un grupo control (13 hombres y 5 mujeres), en los resultados de la post-intervención se encontró que el grupo de audiencias críticas redujo su preocupación por el peso corporal en un 79%, mientras que el grupo de autoestima y el grupo control redujeron solamente un 50% y un 29%, respectivamente.

Cuando se les cuestionó a los participantes del grupo de audiencias críticas acerca de su aprendizaje dentro del programa, identificaron los siguientes aspectos: que los comerciales televisivos muestran mensajes ocultos, que es importante sentirse bien consigo misma y evitar compararse con supermodelos, que debe darse más importancia a lo interior que a lo exterior y que adquirieron habilidades para tener una actitud crítica hacia los anuncios. Además, manifestaron que el programa de audiencias críticas fue más divertido y agradable que el de autoestima (Wade, Davidson y O´Dea, 2002). Otra ventaja o diferencia que señalan los autores de este estudio, es que el programa de audiencias críticas fue llevado a cabo en colaboración con el maestro de la clase, mientras que el programa de autoestima, el estilo de enseñanza fue de manera tradicional.

Ante la falta de una visión crítica hacia los medios de comunicación, se considera importante entonces, implementar estrategias para la formación de audiencias críticas llevándolas a cabo en un plano preventivo. Como se puede observar, los trastornos de conducta alimentaria se ven influidos por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores, especialmente la televisión, es ese precisamente el punto de interés en la prevención, es por eso que surge el interés de poner en práctica una nueva propuesta de prevención: Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas.

Realidad virtual

La realidad virtual surgió a finales de los 70's como material para una clase de aviación en el Departamento de Defensa de los Estados Unidos, para hacer simulaciones de vuelo, practicando y no arriesgando vidas. Por lo que sus primeras aplicaciones fueron en los programas de entrenamiento militar, simuladores de vuelo y centros de investigación. En la actualidad, ésta se utiliza en campos de la ingeniería, medicina, arquitectura y educación. Burdea y Coiffet (1996) mencionan otros usos de la realidad virtual: en el arte, diversión y rehabilitación. Sin embargo, resulta controvertido definir la realidad virtual, ya que el concepto abarca dos ideas; realidad, que es todo aquello que tiene existencia verdadera, y virtual, que sería todo aquello que tiene virtud de producir un efecto (Parra, García y Santelices, 2001).

Francia es uno de los primeros países en organizar una Conferencia Internacional significativa sobre este tema en 1992. Ese mismo año, Estados Unidos organizó la primera conferencia titulada "La medicina encuentra la realidad virtual". En septiembre del año siguiente, la principal organización de ingenieros del mundo, organizó su primera conferencia en Seattle sobre realidad virtual (Burdea y Coiffet, 1996).

Burdea y Coiffet (1996) definen a la realidad virtual como: "una simulación por ordenador en la que se emplea el grafismo para crear un mundo que parece realista", (p. 24). Una de sus características principales es la interactividad, la cual contribuye al sentimiento de inmersión que tiene el usuario. Por otro lado, Del Pino (1995) la define "como un sistema interactivo que permite sintetizar un mundo tridimensional ficticio, creando en el usuario una ilusión de realidad" (p. 19). La definición del concepto puede ser considerada un tanto imprecisa, debido a que dentro de la experiencia virtual que vive un sujeto al utilizar este método, van a estar presentes ciertos factores psicológicos que provocan realidades subjetivas.

También es considerada como simulaciones tridimensionales interactivas que reproducen ambientes y situaciones reales, es decir, implica cierto contacto del usuario con la computadora; inmerso en un ambiente artificial, que lo percibe como real basado en estímulos a los órganos sensoriales (Parra, García y Santelices, 2001).

Mahiques (2000) define esta nueva tecnología como un entorno generado por computadora en el que los participantes pueden "entrar físicamente" e interactuar con él, desplazándose por su interior o modificándolo de cualquier forma. También es un medio que proporciona una visualización participativa en tres dimensiones y la simulación de mundos virtuales.

La realidad virtual es un paso más en la evolución del ser humano, una nueva tecnología que permite ver, oír, y sentir en un mundo creado gráficamente en tres dimensiones e interactuar con él; sin embargo, los ambientes virtuales con

que se cuenta hasta ahora todavía tienen una apariencia de dibujo (Perpiñá, Botella y Baños, 2002).

Reestructuración cognoscitiva

Para obtener resultados más favorables con el programa de realidad virtual se ha propuesto utilizar técnicas de reestructuración cognoscitiva, con el objetivo de llevar a cabo una intervención más completa. La reestructuración cognoscitiva (Chinchilla, 2002) consiste en el cambio de creencias distorsionadas e irracionales, razonamientos dicotómicos (de todo o nada) que tiene una tendencia a generalizar las relaciones con el peso y la imagen corporal.

Con la reestructuración cognoscitiva (Lyddon y Jones, 2002) se ayuda a los participantes a cuestionar la evidencia a favor de creencias particulares y a probar nuevas alternativas de interpretar diferentes acontecimientos o fenómenos, planteando nuevas formas, de manera que se pongan a prueba dichas creencias, examinando la utilidad de éstas.

Según Hollon y Beck (1994, citados en Caro, 1997), en la reestructuración cognoscitiva se trata de destacar el papel del significado, haciéndole ver a la persona que lo que dice o hace puede no ser tan importante como la persona cree, por lo que se examina la racionalidad o validez de las creencias disponibles.

La reestructuración cognoscitiva está planteada para lograr de manera rápida y eficaz el significado que le dan las personas a una situación social, de manera que se pueda cambiar el marco conceptual y emocional en el que una persona experimenta una situación determinada. Para desarrollar las estrategias adecuadas es conveniente tomar en cuenta el papel primordial que desempeña el pensamiento, ya que de este proceso depende la interpretación de los acontecimientos y las situaciones que pueden presentarse. De igual manera, el lenguaje está relacionado con la reestructuración cognoscitiva, ya que mediante las cadenas semánticas (palabras utilizadas para nombrar objetos, situaciones o personas) se permite o restringe la forma de ver o interpretar los acontecimientos (Botella, Baños y Perpiñá, 2003)

Con la idea sobrevalorizada de la delgadez y del atractivo físico ligado a ésta, se encuentra un conjunto de distorsiones cognoscitivas que se ven reflejadas en formas erróneas de interpretar la realidad (Baños, Botella y Perpiñá, 2000), las personas desarrollan esquemas en torno a la silueta, que influyen en la percepción, el pensamiento, la emoción y la conducta.

En relación con la reestructuración cognoscitiva, el programa de realidad virtual y formación de audiencias críticas, puede ayudar a que las adolescentes cambien esas distorsiones cognoscitivas y que se obtenga una modificación en

las representaciones referentes a la imagen corporal que ayuden a mejorar la autopercepción.

La tecnología informática es una herramienta tan convincente (Baños et al., 2000), que el usuario cree que realmente está en un mundo tridimensional, a pesar de que sólo está en la memoria de la computadora y en la mente del usuario. Algunas de las ventajas como herramienta terapéutica, es que el paciente puede emitir conductas sin sentirse amenazado, el ambiente virtual es un "ambiente seguro", en el que el paciente puede experimentar, sentir, vivir, revivir sentimientos y/o pensamientos. Da también la posibilidad de que el contexto temido cambie y se vea modificado a la propia conveniencia, además que permite crear ambientes en los que el paciente puede afrontar de manera virtual no únicamente lo que teme, sino también aspectos más amenazantes.

Elementos de la realidad virtual

De acuerdo con Guerrero (1996, citado en Mahiques, 2000) un sistema de realidad virtual debe contar con varios elementos básicos:

- Mundo virtual: es una base de datos que contiene información de un modelo o entorno tridimensional. Debe ser un entorno interactivo que pueda visualizarse y examinarse desde cualquier perspectiva de forma continua. El software de realidad virtual: proporciona la capacidad de ver e interactuar en tiempo real con el mundo virtual.
- Computadora: entre mayor sea la potencia del sistema informático, más sofisticadas podrán ser las creaciones virtuales.
- Dispositivos de entrada: afectan al punto de vista observado por el usuario del sistema de realidad virtual. También se utilizan para construir el mundo virtual (ratones, trackball, joysticks etc.).
- Dispositivos de localización: sensores de posición que permiten a la computadora averiguar la posición y la dirección en que está mirando el usuario.
- Dispositivos de salida: para ver el estado actual del mundo virtual. Pueden ser de sobremesa. En estos dispositivos el usuario se limita a observar el mundo virtual. En los dispositivos inmersivos (casco de visualización) el usuario "entra" en el mundo virtual. Esta nueva tecnología que ha sido denominada "la última frontera", tiene infinitas posibilidades como creadora de experiencias novedosas para el ser humano. Con la realidad virtual se pueden experimentar situaciones imposibles como pasear por la superficie de otro planeta e interactuar con seres imaginarios. En el ciberespacio las cosas no son siempre igual que en el mundo real. La apariencia del mundo virtual vendrá

determinada por cómo se comporten los objetos en el mismo. Este comportamiento es el que produce sensación de realidad (p. 4).

Usos de la realidad virtual

La idea de usar la realidad virtual para el tratamiento de problemas psicológicos surgió por vez primera en noviembre de 1992 en el Human-Computer Interaction Group de la Clark Atlanta University. A partir de ahí, las aplicaciones de la realidad virtual se han ido desarrollando rápidamente (Perpiñá, Botella y Baños, 2002).

Existen datos acerca de la eficacia de esta tecnología en el tratamiento de distintos trastornos, y se ha comprobado la efectividad del tratamiento a través de realidad virtual en la fobia a volar (Baños, Botella y Perpiñá, 2000; Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler, y Opdyke, 1996); la claustrofobia (Botella et al., 1998b; Botella et al., 1998c; Botella et al., 1999); la acrofobia (Rothbaum et al., 1995); fobia a las arañas (Carlin, Hoffman y Weghorst, 1997); miedo a hablar en público (North, North y Coble, 1998); estrés post-traumático (Hodges et al., 1999); y trastorno obsesivo-compulsivo (North, North y Coble, 1998), entre otros (Perpiñá, Botella y Baños, 2002).

En el ámbito de la imagen corporal se ha utilizado también la realidad virtual, hay un estudio precursor "The virtual body project" (Riva, Melis y Bolzoni, 1997 citados en Baños et al., 2000), dicho estudio tenía como objetivo utilizar el ambiente virtual en el estudio y tratamiento de alteraciones de la imagen corporal en población no clínica. Por otro lado, hay un estudio controlado realizado por Baños, Botella y Perpiñá (2000), que comparó la eficacia de la realidad virtual con las técnicas tradicionales de imagen corporal, los resultados mostraron una mejora significativa en variables de psicopatología mayor y de imagen corporal. La realidad virtual parece ser útil porque aborda la imagen corporal de una forma más directa, ya que permite que la persona modele, plasme y corporice su imagen. Por otro lado, está la sensación de realismo que ofrece (pese a la virtualidad), ya que se puede "comer", verse en el espejo, pesarse, y observar la imagen, estos mismos autores, han comprobado que cuando se enfrenta a las pacientes a su imagen corporal distorsionada, se acepta de manera más rápida, ya que la computadora se convierte en un juez imparcial y objetivo.

Esta sensación de realidad que se consigue con el entorno generado por computadora, puede ayudar también a personas que sufren, por ejemplo, trastornos alimentarios, claustrofobia o miedo a volar. En pacientes que sufren anorexia nervosa, se aprovecha para comparar la masa corporal real del paciente con el ideal mental que pretende conseguir y con la masa corporal que cree tener. Al superponer los moldes de ambos cuerpos (el real y como se ve él a sí mismo), el paciente toma conciencia de su problema. A los fóbicos, en cambio, se los expone gradualmente al estímulo que les provoca rechazo: en un primer momento esto produce ansiedad o miedo pero ante la exposición

continua, se llega a la habituación y a la extinción del problema (Fernández, 2006).

La primera aplicación de tratamiento con realidad virtual en los trastornos alimentarios fue realizada en personas con problemas de distorsión e insatisfacción con la imagen corporal pero que no llegaban a padecer el trastorno clínico. En este trabajo de Riva, Melis y Bolzoni (1997, citados en Mahiques, 2000) diseñaron cinco escenarios para intervenir sobre la alteración de la imagen corporal. Los resultados indicaron que la muestra se benefició de la experiencia virtual. Con los resultados de ese primer estudio, se planteó la posibilidad de utilizar estas técnicas con pacientes que ya presentaran el trastorno.

Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero (1999) desarrollaron un sistema de evaluación e intervención de alteraciones de imagen corporal a través de técnicas de realidad virtual, el cual contaba con una figura que se puede aumentar o reducir diferentes zonas corporales, gracias a la tecnología de la realidad virtual la figura se puede moldear en tres dimensiones y al tratarse de un sistema que hace que la persona se involucre, ésta siente que no está manipulando una figura pequeña que se muestra en la pantalla, sino que siente que ella misma está dentro de ese espacio manipulando una figura de sus mismas proporciones (Perpiñá et al., 2002).

Escenarios virtuales

Los ambientes virtuales por donde las pacientes van interactuando en el programa diseñado por Perpiñá, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quero (1999, Perpiñá et al., 2002) son los siguientes:

- 1 *Primer escenario*: tiene una función de aprendizaje y de toma de conciencia del nuevo ambiente, con el objetivo que la paciente se familiarice más con él.
- 2 *Segundo escenario*: es una cocina, un área de comida y una báscula, cuando la paciente se sube a la báscula, su peso real aparece en la pantalla. La paciente puede ingresar lo que ella cree que pesa y lo que le gustaría pesar, si existe mucha diferencia entre estos valores y el peso real, se escucha una señal de error, al final, la báscula le ofrece cual sería su peso saludable. El objetivo es obtener las diferentes categorías del peso de la paciente, ver la discrepancia y contrastarla con su propia opinión. Después de esto, la paciente observa el área de comida, en la cual se muestran alimentos "seguros" y "prohibidos", elige uno de ellos y lo ingiere, después de esto, se pesa introduciendo el peso que cree tener después de haber comido. Si ese valor no coincide con su peso real, se escucha un sonido de error. El objetivo es que no sobreestime su peso después de comer y que empiece a trabajar la idea de que el peso es algo estable que oscila en un rango de 4 a 5 kilos.
- 3 *Tercer escenario virtual*: es una sala de exposiciones en la que se

muestran fotografías de cuerpos con diferentes constituciones y de ambos sexos: modelos, personas normales, personas gordas y dos muchachas anoréxicas. En cada fotografía hay información sobre la estatura de esa persona, la paciente debe estimar el peso de cada una de esas personas, si lo hace de manera correcta, se escucha una señal de acierto, si se equivoca, se escucha una señal de error, entonces aparece el peso correcto y el índice de masa corporal. El objetivo es que la paciente entienda que el peso es un valor que tiene que ver con otras variables como sexo, estatura, constitución física, etc.

- 4 *Cuarto escenario virtual*: consiste en una habitación con dos espejos de cuerpo entero, en uno de ellos, hay una figura femenina tridimensional. Por medio de un panel en el que se señalan diferentes partes corporales: pecho, abdomen, muslos, caderas, etc., la paciente puede aumentar o disminuir diferentes zonas hasta que la figura quede tal y como ella se ve. En el otro espejo, aparece una figura bidimensional, con las medidas reales de la paciente, su textura es traslúcida, con el objetivo de que, cuando se sobreponga a la figura tridimensional, se pueda observar si sobrestima sus dimensiones, si las dos figuras no encajan, la paciente debe corregir la figura tridimensional. El objetivo de este escenario es, por un lado, obtener los índices de discrepancia y distorsión y, por otro, relacionar estos índices con sus actitudes y emociones negativas respecto a su imagen corporal.
- 5 *Quinto escenario virtual*: en el penúltimo escenario, hay un marco cubierto con varias tiras de colores. El objetivo es que el cuerpo que representa a la paciente pase por ese marco, de perfil, quitando el número exacto de tiras. Si sobreestima el espacio por el que tiene que pasar, el sistema lo corrige. El objetivo es evaluar el cuerpo en el espacio y no sólo de manera frontal.
- 6 *Sexto escenario virtual*: consiste en un gran espejo en cuyos extremos se encuentran dos figuras bidimensionales, que representan el cuerpo real y el cuerpo saludable de la paciente, respectivamente. Entre esas dos imágenes hay tres figuras tridimensionales, las cuales modela como cuerpo subjetivo, como figura deseada y como es percibida por alguien significativo. Estas tres figuras se comparan con la figura real y la saludable (pp. 322-323).

Realidad virtual en los trastornos alimentarios

El primer estudio controlado en el que se utilizó la realidad virtual para tratar el trastorno de la imagen corporal en los trastornos alimentarios con una muestra clínica (N=13), se realizó en la Universitat Jaume de Castellón, España (Perpiñá et al., 1999). Previamente, las pacientes fueron diagnosticadas y tratadas en la Unidad de Trastornos Alimentarios del Hospital Provincial de Castellón. Todos los pacientes cumplían con anterioridad, todos los criterios del trastorno, pero en el momento del estudio, sólo permanecían algunos de sus síntomas o signos. En estas pacientes lo que se observaba era un malestar con su imagen corporal, aunque éste ya había sido tratado con diversas técnicas

tradicionales (reestructuración cognoscitiva, exposición, etc.), dentro de un programa cognitivo-conductual general para trastornos alimentarios. Las condiciones que presentaban las pacientes en el momento del estudio son las siguientes: las que habían sido diagnosticadas con anorexia nervosa (n=7), habían recuperado satisfactoriamente su peso, siendo su índice de masa corporal en todos los casos superior a 17.5, habían recuperado sus ciclos menstruales; las pacientes diagnosticadas con bulimia nervosa (n=6) habían disminuido significativamente la frecuencia y gravedad de sus ciclos atracón-vómito y, en algunos casos, éstos habían desaparecido. Todas estas pacientes continuaban padeciendo un trastorno de la imagen corporal, que se manifestaba en insatisfacción hacia el propio cuerpo, en sus actitudes hacia el mismo y en comportamientos de evitación. En este estudio se utilizaron tres componentes terapéuticos: a) un programa para tratar la imagen corporal, el cual se compone de una fase psicoeducativa, exposición y reestructuración cognoscitiva. El programa se desarrolló durante 8 sesiones semanales de tres horas en grupo; b) un componente de relajación, el cual se aplicó de una forma paralela a las sesiones de imagen corporal durante 6 sesiones individuales, con una periodicidad semanal y una duración de una hora; c) un componente de realidad virtual, que se aplicó en paralelo a las sesiones de tratamiento de la imagen corporal durante 6 semanas, en sesiones individuales de una hora de duración. Estos tres componentes se combinaron resultando dos condiciones de tratamiento:

- 1) Tratamiento de imagen corporal estándar (aplicación simultánea del programa adaptado de Cash para la imagen corporal, más relajación).
- 2) Condición de realidad virtual (aplicación simultánea del programa adaptado de Cash Para la imagen corporal más realidad virtual). Las 13 pacientes fueron asignadas aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento.

La paciente avanza por los escenarios antes mencionados, según su progreso. Las pacientes en la condición de realidad virtual mostraron una mejoría significativa en la puntuación con diversos instrumentos que medían: psicopatología general (depresión y ansiedad), medidas generales en trastornos alimentarios y diversas medidas de imagen corporal (se mostraban más satisfechas con su cuerpo, mostraron menos evitación de su imagen corporal, menos miedo a engordar, etc.). Debido a que se obtuvieron resultados favorables con el grupo experimental, se aplicó el tratamiento mediante realidad virtual a las participantes del grupo control.

Dentro de las ventajas que presenta la realidad virtual están las siguientes:

- Permite avanzar gradualmente de ejecuciones fáciles a las más complicadas.
- Genera un contexto protegido haciendo más factible la participación de la paciente.
- Ofrece una mayor confidencialidad para la paciente.
- Propicia un mayor involucramiento a través de la estimulación sensorial (auditivas, visuales y vestibulares).
- Permite ir más allá de la realidad, de manera que la paciente modifique el ambiente a su conveniencia.

- Permite diseñar contextos para enfrentar distintos aspectos del problema.
- Crear ambientes o situaciones a las que la paciente no puede acceder (pp. 8-10).

La realidad virtual está demostrando su utilidad como herramienta en la evaluación y tratamiento de varios problemas psicológicos, entre ellos, alteraciones de imagen corporal en desórdenes alimentarios, pero no deja de ser una herramienta, ya que no soluciona nada por sí misma. Sin un objetivo, sin un conocimiento de aquello que se quiere intervenir, la realidad virtual se convierte en una herramienta vacía de contenido (Perpiñá et al., 2002).

En México, el Programa de Realidad Virtual es algo novedoso, se considera útil en el cambio de actitudes hacia el peso, la figura y la delgadez; de ahí el interés de utilizarlo como herramienta para la prevención de los trastornos de conducta alimentaria. La idea de llevar a cabo una combinación de realidad virtual con formación de audiencias críticas, surge por la necesidad de hacerle ver a las adolescentes de manera gráfica en una pantalla de computadora, (en la que ellas pueden modificar y moldear su imagen) la forma en que ellas distorsionan o sobreestiman su cuerpo, que las participantes puedan comparar la figura que les muestra el programa de la computadora creado con sus medidas reales con lo que ellas están percibiendo sobre sí mismas. Se combinaron estos dos programas (Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas) pretendiendo que las participantes reforzaran la información proporcionada en el taller de Formación de Audiencias Críticas con una manera objetiva de ver su cuerpo mediante la ayuda del programa de Realidad Virtual.

CAPITULO 5

PLAN DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general

El propósito de esta investigación fue someter a un estudio piloto la efectividad de un programa de intervención apoyado en estrategias de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas en la disminución de Factores de Riesgo (asociados con la imagen corporal) en los Trastornos de Conducta Alimentaria.

Hipótesis de trabajo:

Las adolescentes que se sometan a la intervención del programa Realidad Virtual y Audiencias Críticas, mostrarán una disminución estadísticamente significativa en:

- “La preferencia de una figura ideal delgada”.
- “La insatisfacción con su imagen corporal”.
- “La alteración de su imagen corporal”.
- “La burla y crítica hacia sí mismas”.

Planteamiento del problema

¿El programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas reducirá factores de riesgo asociados con imagen corporal?

Problemas específicos

La aplicación del programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas disminuirá los factores de riesgo asociados con:

- 1.- Insatisfacción con la imagen corporal.
- 2.- Deseo de una figura ideal delgada.
- 3.- Alteración de la imagen corporal.
- 4.- Burla y crítica hacia sí misma.

Definición de Variables

Variable Independiente:

Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas

Variables Dependientes:

1. Insatisfacción con la imagen corporal.
2. Deseo de una figura ideal delgada.
3. Alteración de la imagen corporal.
4. Burla y crítica hacia sí misma.

Definición Conceptual de las Variables

Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas:

Intervención basada en técnicas que buscan la modificación de actitudes hacia el cuerpo y el peso, empleando un programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas.

Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal:

La satisfacción-insatisfacción se define como las valoraciones integrales ya sean favorables o desfavorables que una persona realiza hacia su propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992, p.164).

Deseo de una figura ideal delgada:

La figura ideal se define como aquella silueta o forma del cuerpo que es una representación del modelo o estereotipo al que una persona aspira (García y Téllez, 2004).

Alteración de la imagen corporal:

Se define como la diferencia entre peso real y peso imaginario, es decir, el grado de alejamiento entre el peso real y el peso imaginario (Gómez-Peresmitré, 1995b).

Definición Operacional de las Variables

Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas:

Aplicación de un programa de prevención basado en la Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas, (ver Anexo, Programa de Realidad Virtual).

Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal:

Será la diferencia entre la elección de la figura actual y la de figura ideal, donde diferencias positivas y negativas se interpretarán como insatisfacción con imagen corporal y una diferencia igual a cero significará satisfacción con imagen corporal. La insatisfacción positiva se interpretará como el deseo de poseer una silueta más delgada, mientras que la negativa como el deseo de tener una figura más gruesa (Gómez Peresmitré, 1997; Gómez Peresmitré, 2001).

Deseo de una figura ideal delgada:

Elección de una silueta de un total de nueve siluetas que van de un continuo muy delgado hasta la obesidad, pasando por normopeso, en orden aleatorio que complementa la afirmación "me gustaría que mi cuerpo fuera como ..." que se presenta en la sección G del cuestionario alimentación y salud (Gómez-Peresmitré, 1997).

Alteración de la imagen corporal:

Diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el índice de masa corporal (IMC), las diferencias positivas se interpretarán como sobreestimación, mientras que las negativas como subestimación. Una diferencia igual a cero se interpretará como no-alteración (Gómez-Peresmitré, 1997).

Burla y/o crítica de la imagen corporal:

Puntuación obtenida en la Sección F, en la que se pregunta respecto a la crítica sobre la estatura y el peso, hecha por la familia, amigos y el participante que responde el cuestionario.

MÉTODO

Muestra y participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística formada por mujeres adolescentes (N=90) estudiantes de primero y segundo de secundaria de una escuela pública, de las cuales se seleccionaron n=32 que cumplían el criterio de selección: figura ideal 1 y 2; sin embargo, la muestra final quedó conformada por n=25 participantes voluntarias, con un promedio de edad igual a 12.64 (S = 0.75).

Criterios de inclusión

No estar en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y tener un Índice de Masa Corporal menor a 27.

Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental, de un solo grupo con mediciones pre-test/post-test.

Instrumentos

Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud versión Adolescentes (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998), que consta de 56 ítems, con un coeficiente $\alpha=0.85$ los ítems se agrupan de la siguiente manera: Sección sociodemográfica, figura corporal actual, habilidades sociales, partes corporales, burla y crítica, figura ideal, escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios y escala de factores de riesgo asociados con imagen corporal.

Se trabajó específicamente con las siguientes secciones que son las de interés para esta investigación:

- Sección A: consta de 14 preguntas que exploran características generales de la muestra.
- Sección C: figura actual. Contiene una escala visual, compuesta por 9 siluetas, que cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal. El orden de las siluetas es al azar.

- Sección burla y crítica: Consta de 19 reactivos, los cuales evalúan en que medida las adolescentes sienten criticada su imagen corporal, por parte de su padre, madre, hermanos, amigos y ellas mismas.
- Sección G: figura ideal. Contiene una escala visual compuesta por 9 siluetas que cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal. El orden de las siluetas es al azar.
- Sección K: importancia de la figura corporal. Compuesta por 7 reactivos de opción múltiple que indagan sobre preocupación por el peso y satisfacción con imagen corporal.

También se utilizó una primera versión de un Programa de Realidad Virtual que explora imagen corporal, bajo la guía del protocolo de Registro de Sesiones de Realidad Virtual.

Aparatos

- Báscula electrónica EXCEL con capacidad de 300 Kg. y una precisión de 50 gr.
- Estadímetro de madera
- PC de escritorio: Monitor View Sonic E 40, Teclado Compaq, mouse compaq
- Regulador Tripp Lite
- Lap Top Toshiba
- Cámara de video Sony
- Reproductor de DVD Sony
- Televisor Sony Trinitron

Procedimiento

- a) Se contactó a las autoridades de la escuela secundaria donde se hicieron las aplicaciones y se solicitó autorización para participar en la investigación.
- b) Se aplicó el instrumento de manera colectiva dando a las estudiantes la posibilidad de libre decisión de participación e interrupción de la misma.
- c) Se seleccionaron a las participantes que eligieron como figura ideal, las siluetas 1 y 2 en el Cuestionario de Alimentación y Salud.
- d) Se convocó a una junta general a los padres de familia para informarles y pedir su autorización (consentimiento firmado), haciéndoles saber que la participación de sus hijas era voluntaria.

e) Se aplicó el Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas en cinco sesiones, en las tres primeras se trabajó de manera grupal abarcando los siguientes puntos:

- Sesión 1: Identificación de la promoción de delgadez en la publicidad televisiva; esto se hizo mediante la presentación de videos de comerciales.
- Sesión 2: Identificación de formas de participación activa en la recepción de mensajes publicitarios que promueven un ideal delgado, esto se llevó a cabo mediante la elaboración de una campaña publicitaria por parte de las chicas. Se trabajó también en la descripción de los elementos de un anuncio publicitario.
- Sesión 3: Identificación de formas de participación activa en la recepción de mensajes publicitarios; mediante la elaboración de un comercial. Las participantes expresaron opiniones e ideas acerca de los mensajes en la publicidad televisiva y en los medios en general.

RESULTADOS

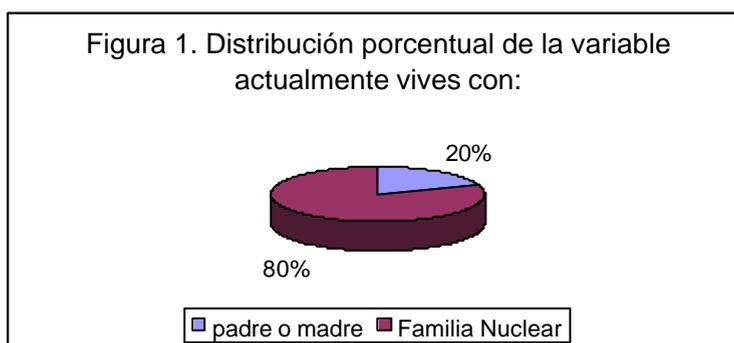
El objetivo de la presente investigación fue someter a un estudio piloto el efecto que un programa de intervención apoyado en estrategias de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas tiene sobre factores de riesgo asociados con la imagen corporal en mujeres adolescentes. Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 11) utilizándose las primeras con el objeto de describir las distribuciones de las variables de estudio mientras que las segundas se utilizaron para la comparación pre-test/post-test.

Descripción de la muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística formada por adolescentes mujeres (N=90) estudiantes de primero y segundo de secundaria de una escuela pública, de las cuales se seleccionaron n=32, que cumplían con el criterio de selección: elección de figura ideal 1 y 2. Debido al efecto de muerte experimental, la muestra final quedó formada por n=25 participantes voluntarias, con un promedio de edad de 12.64 (S=0.75).

Con quién vive

En la figura 1, se muestran los resultados del ítem "Actualmente vives con": donde el 80% de las participantes vive con su familia nuclear, es decir, padre, madre y hermanos. El 20% restante vive con padre o madre, siendo éstas las dos únicas opciones seleccionadas.



Lugar que ocupa entre los hermanos

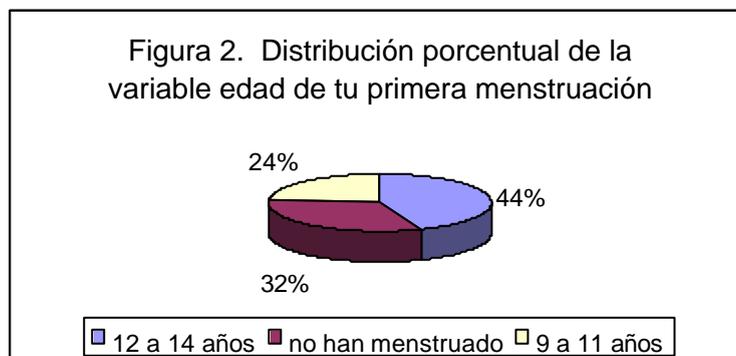
De acuerdo con ítem "Lugar que ocupas entre tus hermanos": se puede observar en la tabla 1, que la mayoría (56%) son hijas mayores (primogénitas), mientras el 24% ocupa el lugar intermedio. El 12% de ellas son las menores de su familia.

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable lugar que ocupas entre tus hermanos

LUGAR	PORCENTAJE
soy hija única	8.0 %
soy la mayor	56.0 %
ocupo un lugar intermedio	24.0 %
soy la más chica	12.0 %
Total	100.0 %

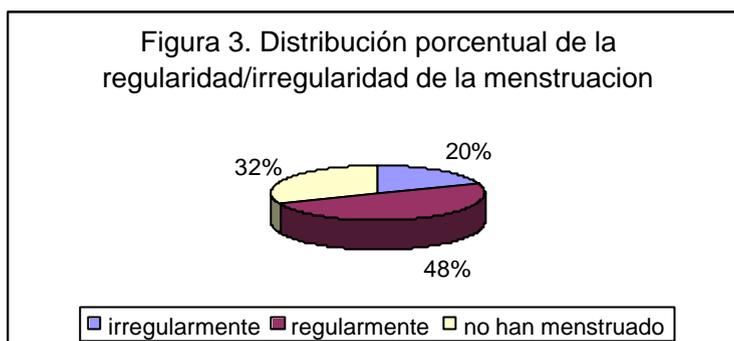
Edad de la menarca

En la figura 2, se muestran los resultados del ítem "Edad de tu primera menstruación": casi la mitad de las participantes (44%) reportó haber tenido su primera menstruación entre los 12 y 14 años, mientras que un porcentaje importante (32%) indicó que aún no ha menstruado.



Regularidad/irregularidad de la menstruación

El 48 % de las participantes reportó que su periodo menstrual se presenta de manera regular, por lo que sólo el 20% de ellas mencionó tener periodos menstruales irregulares (Ver figura 3).



Índice de Masa Corporal (IMC)

Respecto al IMC, la tabla 2 muestra que la mitad de las participantes (52%) se encontraron dentro del rango de peso normal. Mientras que un porcentaje importante (36%) se situó dentro del rango de bajo peso.

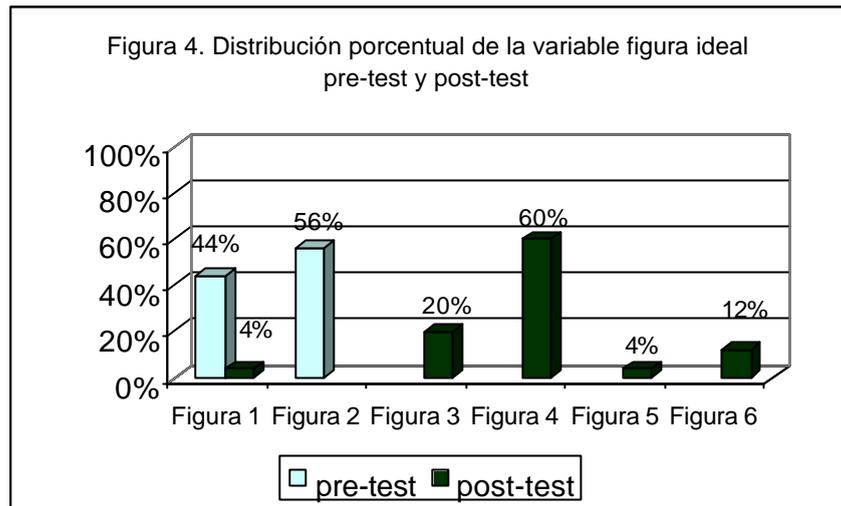
Tabla 2. Distribución porcentual de la variable índice de masa corporal

CATEGORIAS	PUNTOS DE CORTE DEL IMC	PORCENTAJE
Bajo peso	15-18.9	36.0 %
Normopeso	19-22.9	52.0 %
Sobrepeso	23-26.9	12.0 %
Total		100.0 %

DESCRIPCIÓN PRE-TEST/POST-TEST DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

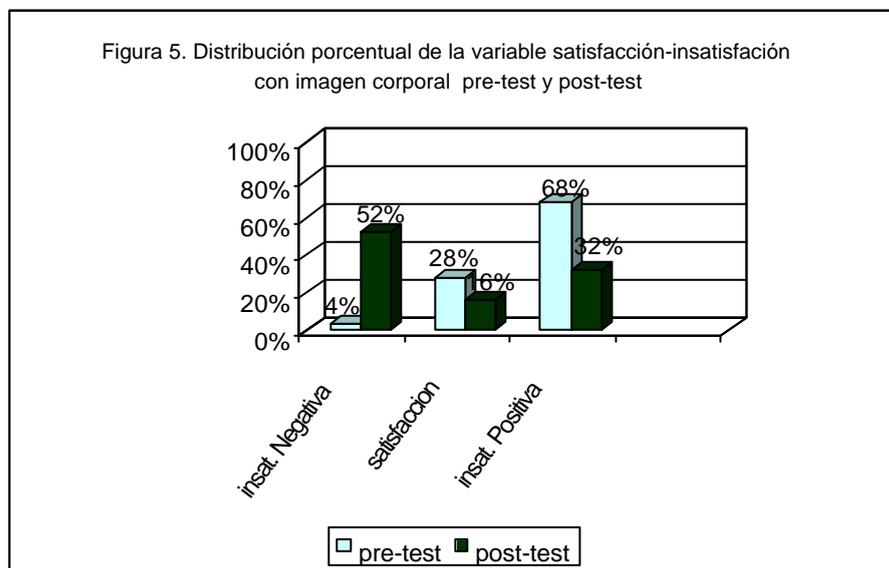
Figura ideal

De acuerdo con la figura 4, referente a la variable figura ideal, se muestra que en el pre-test, poco más de la mitad de las participantes (56%) eligió la silueta número 2, incluida en la categoría de bajo peso. La silueta número 1, clasificada en la categoría de emaciación, fue elegida por el 44% restante. Por otro lado, en el post-test se observa que el 60% de las participantes seleccionaron la silueta número 4, clasificada como figura de peso normal. Cabe mencionar que la silueta número 2 no fue seleccionada por las participantes en el post-test.



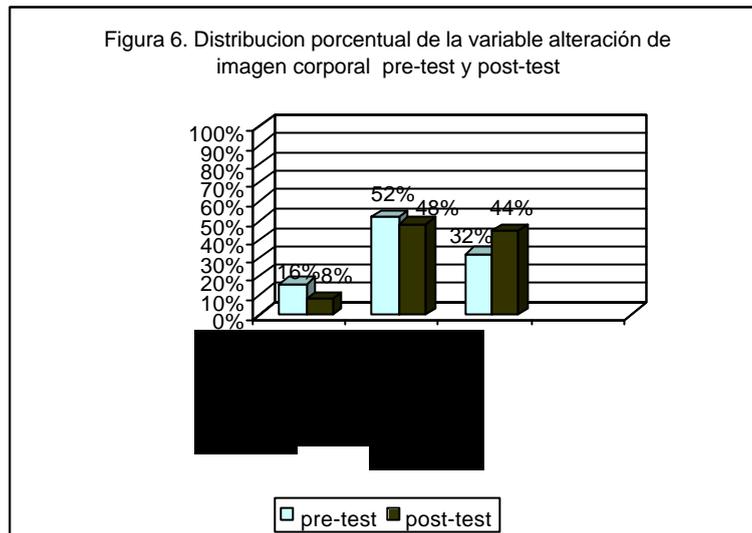
Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

En el caso de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, en el pre-test se observa que la mayoría (68%) presenta insatisfacción positiva, es decir, desea una figura más delgada. Mientras que, en el post-test, poco más de la mitad (52%) presenta insatisfacción negativa equivalente al deseo de una figura más gruesa. Únicamente el 32% reportó querer ser más delgada (ver fig. 5).



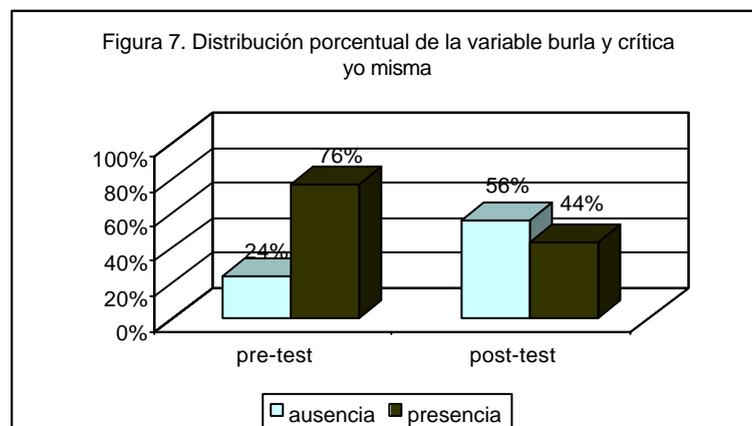
Alteración de la imagen corporal

La figura 6 indica que, en el caso de la variable alteración de la imagen corporal, poco más de la mitad (52%) no presentó alteración antes de la intervención. Mientras que en el post-test, no hubo alteración en un el 48%. En el efecto de sobrestimación se dieron cambios no esperados.



Burla y/o crítica yo misma

Por último, en la figura 7 se puede notar que la mayoría de las participantes reporta un porcentaje importante de autocritica (76%) en el pre-test. Mientras que en el post-test, se ve una disminución de 32%, es decir, sólo el 44% de las participantes se critica a sí misma después de la intervención.



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE REALIDAD VIRTUAL

Al evaluar la relación existente entre el Índice de Masa Corporal (IMC) obtenido por el programa SPSS y el Índice de Masa Corporal calculado por el programa de Realidad Virtual se observa una $r=.99$, $p=.000$, indicando con esto una correlación alta. Ver tabla 3.

Tabla 3. Correlación de Pearson IMC (realidad virtual) con IMC (calculada por la fórmula)

IMC (Realidad Virtual)	IMC (calculada por fórmula)
Correlación	.999
Significancia	.000
N	25

Respecto a la correlación que se presenta entre el IMC Validado, y el IMC Modificado, es decir, aquél que es calculado considerando no sólo el valor del peso y la talla, sino también el volumen de la silueta seleccionada; se observa una correlación alta de $r=.881$, $p=.000$. Ver tabla 4.

Tabla 4. Correlación de Pearson del IMC validado y el IMC modificado

IMC Validado	IMC Modificado
Correlación	.881
Significancia	.000
N	25

En la tabla 5 se observan los resultados de la correlación entre el volumen real (calculado por las medidas ingresadas al programa de realidad virtual) y el volumen aproximado (calculado de acuerdo con silueta elegida por las participantes); la cual es de $r=.768$, $p=.000$, es decir, las participantes tienden a calcular su cuerpo de una forma cercana a como son realmente.

Tabla 5. Correlación de Pearson entre el volumen real y el volumen aproximado

Volumen real	Volumen aproximado
Correlación	.768
Significancia	.000
N	25

En cuanto a la relación de figura actual pre-test (cómo me percibo, del instrumento lápiz y papel) con figura actual del programa de realidad virtual (cómo me percibo), se presenta una correlación no significativa de $r=.280$, $p=.175$. Mientras que en la correlación de figura actual post-test (cómo me percibo) con figura actual del programa de realidad virtual (cómo me percibo) se obtuvo un valor de $r=.677$, $p=.000$, lo que indica una correlación estadísticamente significativa. Ver tabla 6.

Tabla 6. Correlación de Pearson entre figura actual de realidad virtual y figura actual pre-test y figura actual post-test

Figura actual Realidad virtual	Figura actual pre-test	Figura actual post-test
Correlación	.280	.677
Significancia	.175	.000
N	25	25

Como se puede ver, en la tabla 7, existe una correlación no significativa entre alteración calculada por el programa de realidad virtual y alteración pre-test ($r=.023$, $p=.914$). En cuanto la alteración calculada por el programa de realidad virtual y la del post-test, la correlación también resultó no significativa ($r=.323$, $p=.115$).

Tabla 7. Correlación de Pearson entre alteración realidad virtual, con alteración pre-test y alteración post-test

Alteración Realidad virtual	Alteración pre-test	Alteración post-test
Correlación	.023	.323
Significancia	.914	.115
N	25	25

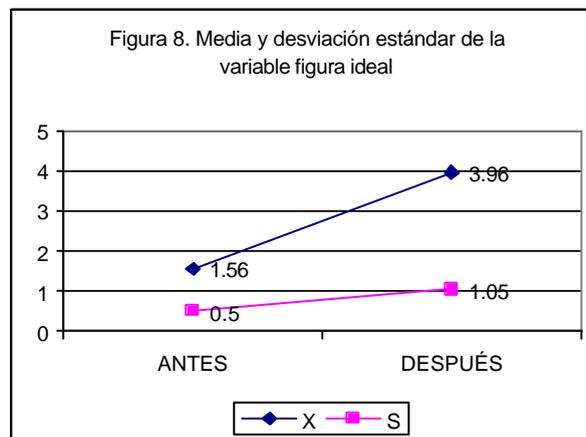
COMPARACIÓN PRE-TEST/POST-TEST DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Figura ideal

Los resultados de la prueba t de Student para muestras relacionadas, indicaron que sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable figura ideal antes y después de la intervención. Ya que $t(24)=-9.29$, $p=.00$. Por lo tanto, los resultados muestran la misma dirección de las expectativas que se plantearon y se acepta la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes mostrarán una disminución estadísticamente significativa en la preferencia de una figura ideal delgada" (Ver tabla 8). De acuerdo con las medias, se observa que las adolescentes redujeron su preferencia de una figura ideal delgada después de la intervención (Ver fig. 8).

Tabla 8. Prueba t variable figura ideal

	t	gl	sig.
FIGURA IDEAL	-9.29	24	.00



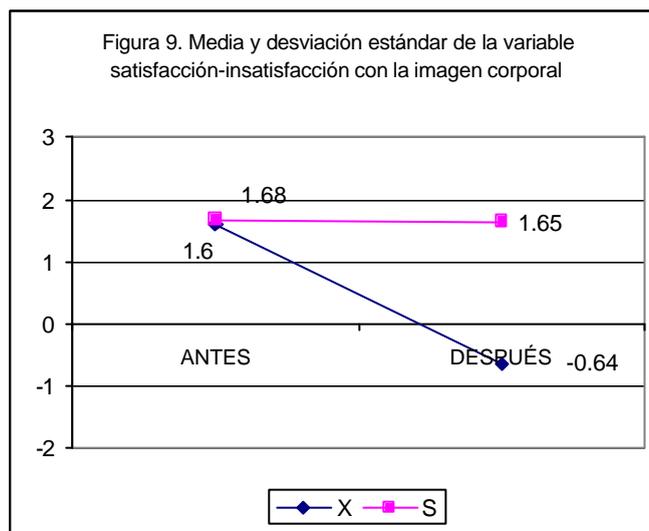
Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal

Respecto a esta variable, los resultados obtenidos mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, indicaron que sí se observaron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención, $t(24)=5.83$, $p=.00$, aceptándose la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes mostrarán una disminución estadísticamente significativa de la insatisfacción con su imagen

corporal" (Ver tabla 9). Se presentan también las medias de esta variable antes y después de la intervención (Ver fig. 9).

Tabla 9. Prueba t variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal

	t	gl	sig.
SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN	5.83	24	.00



Alteración de imagen corporal

Respecto a la alteración de la imagen corporal, la prueba t de Student indicó que no existen diferencias significativas en esta variable, $t(24) = -1.07$, $p = .29$. Por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes mostrarán una disminución estadísticamente significativa en la alteración de su imagen corporal".

Burla y/o crítica yo misma

Para la variable burla y crítica hacia ellas mismas, los resultados de la prueba t de Student reportan $t(24) = .00$, $p = 1.00$. De esta manera, se rechaza la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes presentarán una disminución estadísticamente significativa en burla y crítica hacia sí mismas".

DISCUSIÓN

Discusión

El propósito de la presente investigación fue someter a estudio piloto y determinar si una intervención apoyada en un programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas es eficaz en la disminución de factores de riesgo asociados con imagen corporal en los trastornos de conducta alimentaria.

La realidad virtual es una nueva tecnología que permite ver, oír y sentir en un mundo creado gráficamente en tres dimensiones e interactuar con él; (Perpiñá et al., 2002). La formación de audiencias críticas se refiere a la habilidad de interpretar y crear significado personal de símbolos verbales y visuales que se observan a través de la televisión, radio, periódicos, revistas y campañas publicitarias (Cooper, 2003). Tanto la realidad virtual como las audiencias críticas han sido utilizados en trastornos de la imagen corporal con resultados satisfactorios.

Este trabajo se realizó con una muestra de $n=32$ adolescentes mujeres de 1º y 2º de secundaria, con una $X=12.64$ y $S=0.75$, las cuales cumplieron el criterio de selección: figura ideal 1 y 2 (la primera, clasificada en la categoría de emaciación, y la segunda, incluida en la categoría de bajo peso); sin embargo, por muerte experimental, la muestra final quedó formada por 25 participantes.

Los resultados obtenidos en el pre-test, indicaron que todas las participantes tuvieron preferencia por las siluetas 1 y 2; lo cual se puede explicar debido a que los estándares de belleza son sumamente delgados (Unikel, 1998). El significado que la sociedad le otorga a la delgadez, pérdida de peso y belleza, es decisivo para el mantenimiento de la insatisfacción corporal, la cual tiene una relación directa con la internalización de estos patrones de belleza culturales que se asocia con los trastornos de conducta alimentaria (Cusumano y Thompson, 1997, Byus y Peterson, 1999 citados en Nava, 2001). Actualmente, la cultura sobrevalora a la gente delgada (otorgándole rasgos de personalidad como: inteligencia, éxito, etc.), y desvaloriza a la gente con sobrepeso (Amette, 2002).

Además, las participantes presentaron insatisfacción con su imagen corporal, que es definida como la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, lo que produce malestar con su cuerpo. El nivel de satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es una de las dimensiones más estudiadas, y se ha encontrado que las mujeres de población normal con patrones alimentarios anormales (comedoras restringidas) y con desórdenes alimentarios califican su figura ideal como más delgada que su figura actual (Gómez-Peresmitré, 2001). La insatisfacción con la imagen corporal, está determinada por varios factores, uno de éstos, es la promoción del cuerpo delgado en los medios. Si se observan detenidamente los mensajes publicitarios, los modelos que anuncian los productos transmiten un doble mensaje; en primer lugar, ofrecer dicho

producto en venta, y en segundo lugar enviar un mensaje subliminal: parecerse a la modelo (Toro 2004).

Los resultados de la prueba t de Student indicaron que se produjeron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención, en la variable figura ideal, indicando con esto que el programa de Realidad Virtual y Audiencias Críticas, produjo un cambio positivo en las participantes en cuanto a la preferencia de figura ideal, ya que en el post-test, un poco más de la mitad eligió un figura más gruesa (figura 4), clasificada como figura de peso normal. Es importante destacar que las siluetas 1 (emaciación) y 2 (bajo peso) no fueron elegidas en el post-test. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Stice, Chace, Stormeer & Appel (2001), en un programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, trabajaron con una muestra de 87 mujeres, realizaron ejercicios verbales, escritos y conductuales con el objetivo de formar una crítica ante el ideal delgado de belleza y el manejo saludable del peso corporal, las participantes mostraron un cambio en la elección de la figura ideal, mostrando preferencia por la silueta normopeso. Esto también se corrobora con lo reportado en México por García y Téllez (2004), quienes trabajaron con un programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, encontrando en el seguimiento un cambio en la elección de la figura ideal delgada a una figura de peso normal.

En cuanto a la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, los resultados estadísticos indicaron cambios significativos, lo que refleja un mayor bienestar de las participantes con su apariencia, inclinándose por el deseo de una figura más gruesa. Esta satisfacción con su cuerpo estuvo influida por las temáticas abordadas en las intervenciones del Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado por Wade, Davidson y O´Dea (2002) en el que se trabajó con dos grupos experimentales (programa de autoestima y programa de audiencias críticas) y un grupo control, en la post-intervención se encontró que el grupo de audiencias críticas redujo su preocupación por el peso corporal en un 79%, mientras que el grupo de autoestima y el grupo control redujeron solamente un 50% y un 29%, respectivamente. De acuerdo con Toro (2004), la insatisfacción con la imagen corporal se define como el malestar producido por la percepción de ésta y por su evaluación estética subjetiva y es probablemente el factor principal que influye en la decisión de adelgazar, lo que a su vez determina el inicio de los desórdenes alimentarios.

Respecto a la alteración de imagen corporal, las participantes no presentaron diferencias significativas en esta variable, es importante destacar que casi la mitad de las participantes no presentó alteración de su imagen corporal, es decir, no presentó discrepancia entre su peso real y su peso imaginario. Resultados similares fueron encontrados en un estudio llevado a cabo por Gómez-Peresmitré (1999) en el que el 29% de una muestra de 962 niñas con una edad promedio de 11 años se sobreestimaron, otro estudio realizado en tres grupos de edad (prepubéres, púberes y adolescentes) reporta que mujeres prepubéres y púberes presentaron más sobreestimación en comparación con el

grupo de adolescentes de entre 13-19 años (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001), de igual manera, Perpiña y Baños (1990) encontraron que las adolescentes tienen tendencia a sobreestimar su peso corporal y que desean perder kilos para lograr una figura ideal.

Por otro lado, la variable burla y autocrítica no presentó diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se observó una disminución favorable en el porcentaje de autocrítica reportado en el post-test. Los comentarios desaprobatorios acerca del aspecto físico, las burlas y bromas de los padres y hermanos y de las propias adolescentes hacia ellas mismas, determinan preocupación por el cuerpo y el peso y llevando a la insatisfacción con la imagen corporal (Toro, 2004).

En un estudio en el que se trabajó con dos grupos, el primero con un programa de autoestima y el segundo con un programa de audiencias críticas, cuando se les cuestionó a los participantes del grupo de audiencias críticas acerca de su aprendizaje dentro del programa, identificaron los siguientes aspectos: a) que los comerciales televisivos muestran mensajes ocultos, b) que es importante sentirse bien consigo mismo y evitar compararse con supermodelos, c) que debe darse mayor importancia a lo interior que a lo exterior y d) que adquirieron habilidades para tener una actitud crítica hacia los anuncios. Además, manifestaron que el programa de audiencias críticas fue más divertido y agradable que el de autoestima. Los autores mencionan que la capacidad del programa interactivo de audiencias críticas puede ser potencialmente seguro y efectivo para reducir factores de riesgo de desórdenes alimentarios (Wade, Davidson y O´Dea, 2002).

Es importante mencionar que el Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas es usado por primera vez como método preventivo de manera conjunta, ya que anteriormente la Realidad Virtual sólo ha sido utilizada como tratamiento; obteniendo con esto, resultados que podrían ser útiles para futuras investigaciones.

Conclusiones:

- El Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas es útil para la disminución de factores de riesgo como: satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y deseo de una figura ideal delgada. Si se consideran los modelos teóricos que explican el origen de los trastornos alimentarios, se observa que las variables antes mencionadas, se encuentran en la primera etapa para el desarrollo de un desorden alimentario.

Sugerencias y limitaciones

- Sería necesario que se estableciera un convenio interinstitucional, debido a que existen dificultades para tener acceso a las escuelas secundarias, ya que así sería más factible poder trabajar con muestras más representativas de la población adolescente mexicana.
- La falta de equipo técnico (computadora y aparatos de medición) es una limitación que impide la rápida aplicación para seleccionar muestras representativas, así como para la implementación del Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas. Es necesario contar con mayor número de computadoras, básculas, estadímetros y aplicadores.
- Se sugiere hacer una réplica del estudio en muestras más grandes y representativas, con la finalidad de recavar más información al respecto. Y realizar un seguimiento para verificar la permanencia de los cambios producidos.
- Se propone un estudio donde se aplique Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas para disminuir factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.
- Sería conveniente llevar a cabo estudios con población masculina para detectar que factores de riesgo tienen mayor incidencia en la aparición de trastornos alimentarios y posteriormente compararlos con la población femenina.
- Se propone que el programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas se aplique a adolescentes con edades tempranas, y en un nivel de riesgo moderado.
- Se propone la realización de un estudio comparativo entre el Programa de Realidad Virtual y el Programa de Formación de Audiencias Críticas de manera que se evalúe la efectividad de cada uno.

- Sería conveniente llevar a cabo una comparación entre el Programa de Realidad Virtual y Formación de Audiencias Críticas hacia la Publicidad Televisiva con otros programas de prevención como el Método Psicoeducativo, Habilidades Sociales y el Programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.
- Se propone involucrar a las autoridades educativas (profesores) y a los padres de familia, para que tengan conocimiento de la gravedad de los desórdenes alimentarios, por medio de un taller que informe y proporcione herramientas para detectar conductas de riesgo en las adolescentes.
- Es necesario realizar una mayor difusión de los programas preventivos en trastornos alimentarios en las escuelas de nivel básico, tanto públicas como privadas, con fines sociales y no únicamente con fines de lucro.

REFERENCIAS

- Alpers, D., Stenson, W. y Bier, D. (2003, 4ª. Edición). *Nutrición*. España: Marbán.
- Alva, D. A. (2005). La tele y los niños. Critican los estudiosos, se defienden los productores. Recuperado el 8 de diciembre de 2005. [http:// www.etcetera.com.mx/pag61ne4.asp](http://www.etcetera.com.mx/pag61ne4.asp) - 64k.
- Álvarez, A. R. (2002, 3ª. Edición). *Salud pública y medicina preventiva*. México: Manual Moderno.
- Álvarez, C. R. (2004). *Me caes gordo. La discriminación light*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Amette, C. (2002). Prevención en trastornos alimentarios: una apuesta hacia el futuro. En Kirszman, D. y Salgueiro, M. (Eds.) *El enemigo en el espejo*. (pp. 327-342). Madrid: TEA Ediciones.
- Amigo, V. I. y Fernández, R. C. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ander-Egg E. (1996). *Teleadictos y vidiotas en la aldea planetaria: ¿qué hace la televisión con nosotros?*. Argentina: Lumen Humanitas.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). DSM-IV TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Masson.
- Austin, S. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychology Medicine*, 30, 1249-1262.
- Baños, R., Botella, C. y Perpiñá, C. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de realidad virtual*. Valencia, España: Promolibro.
- Baranowski, M. & Hetherington, M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, (2), 119-124.
- Battison, T. (1998). *Libérate del estrés*. Barcelona: Ediciones B.
- Borel, M. (2002). *Adolescencia y trastornos de la conducta alimentaria: de la normalidad al síntoma. Propuestas de prevención y tratamiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Botella, C., Baños, R. y Perpiñá, C. (2003). *Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad*

social. Barcelona: Paidós.

- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco, G. T. (1997). *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Burdea, G. y Coiffet, P. (1996, 1a. Edición). *Tecnologías de la realidad virtual*. España: Paidós.
- Bustos, R. O. (1998). Los acuerdos de Pekín sobre las mujeres en los medios de comunicación y la importancia de la recepción crítica. En Vereá, M. y Hierro, G. (comp.) *Las mujeres en América del Norte al fin del milenio*. México: UNAM.
- Bustos, R. O. (2005). Televisión infantil y violencia: análisis desde un enfoque de género. Recuperado el 22 de octubre de 2005. <http://www.unam.mx/cdi/2jornadas/2j24.hm>.
- Caparrós, S. N. y Sanfeliau, I. (1997). *La anorexia: una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caro, G. I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Carretero, J. C. (2006). La prevención de los trastornos del comportamiento alimentario. Recuperado el 29 de mayo de 2006. http://www.masqueunaimagen.com/resumen_ana_y_mia.html.
- Castillo, S. M., León, E. M., López, B. A., Medina, P. J., Burgos, S. F. y De Cruz, B. A. (2005). Revisión Mg. Trastornos de conducta alimentaria. Recuperado el 13 septiembre de 2005. http://www.sem.g.es/revista/revista_71/pdf/25_30.pdf.
- Castro, M. S. (2000). Estereotipos y roles de género en la publicidad televisiva. Tesina de licenciatura inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Cooper, A. (2003). Teaching media literacy in the ESL classroom. Center for Media Literacy. Recuperado el 10 de octubre de 2003. www.medialit.org
- Craig, G. (1992, 6ª Ed.). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-Hall.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona: Gedisa.

- Cruz, P. N. y Rivera, D. M. (2003). La prevención primaria de conductas de riesgo en adolescentes. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Charles, C. M. y Orozco, G. G. (1990). *Educación para la percepción: hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Chinchilla, M. A. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria*. España: Masson.
- Del Pino, G. L. (1995). *Realidad Virtual*. Madrid: Paraninfo.
- Delval, J. (1994). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Deutsch, M. y Krauss, R. (1992). *Teorías en psicología social*. México: Paidós.
- Dryfoos, J. (1990). *Adolescents at risk prevalence and prevention*. New York: Oxford University.
- Estrada, R. D. y Zúñiga, F. T. (1997). Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Fernández, A. F. y Turón, G. V. (1998). *Trastornos de la alimentación: guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Fernández, M. (2006) Terapia con realidad virtual. Instituto de Robótica de la Universidad de Valencia. Recuperado el 17 de mayo de 2006. <http://www.kiosco.com.mx/Knet/ArchKNet/551Amis.html#3>.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ferrés, P. J. (2001). Educación en medios y competencia emocional. Recuperado el 25 de mayo de 2006. <http://www.rieoei.org/rie32a03.htm#a#a>.
- Freid, K. G. *The truth about eating disorders* (2004). United States of America: Facts on File, Inc.
- Frías, O. A. y Palomino, M. P. (2000). Promoción de salud. En Frías, O. A. (Ed.) *Salud pública y educación para la salud*. (pp. 49-57). España: Masson.
- García, C. y Alvarado, M. (2005). Prevención en trastornos alimentarios. Recuperado el 30 de diciembre de 2005. <http://prevencion.itesm.mx>.

- García, L. E. y Téllez, Q. K (2004). Evaluación de programas de prevención de trastornos alimentarios en adolescentes de secundaria. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- García, R. F. (1993). *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.
- Gismero, G. E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Madrid: UPCO.
- Gómez, F. D. y Saburido, N. X. (1996). *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-26.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). *Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desórdenes del comer para la promoción de la salud*. Proyecto de investigación (PAPIIT).
- Gómez-Peresmitré, G. (1995b). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-197.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 153-166.
- Gómez-Peresmitré, G. (2000). Imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en tres etapas del desarrollo: prepubescencia, pubescencia y adolescencia. Primer congreso de responsables de proyecto de investigación en ciencias humanas y de la conducta. CONACYT. Veracruz, Veracruz.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Ponencia presentada en el 450 Aniversario de la UNAM. Antigua Escuela de Medicina.

- Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Ponencia presentada en el 450 aniversario de la UNAM. Antigua Escuela de Medicina.
- Gómez-Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998) Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana*, 6, (2), 10-22.
- Gómez-Peresmitré, G. y Acosta, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud*, 11, (2), 35-58.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. y Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G., González, D. M., Cuevas-Renaud, C., Unikel, S. C., Saucedo, M. T., Pineda, G. G. et al. (En prensa). Población universitaria. Obesidad, prevalencia con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G. G., L'Esperance, L. P., Hernández, A. A., Platas, A. S. y León, H. R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 125-132.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. En Calleja, N. y Gómez-Peresmitré, G. (Eds). *La psicología social: investigación y aplicaciones en México*. (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- Guía de trastornos alimenticios. (2004). México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud.
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo: neurobiología y psicología del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, P. G., López, P. G. y Partida, P. K. (2004). Comparación de dos programas de prevención primaria de trastornos alimenticios en mujeres de secundaria pública. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología, UNAM.
- Herrera, B. (2002). Los adolescentes y la bulimia. Recuperado el 30 de abril de 2006. <http://www.unam.mx/rompan/67/rf67rep.html>

- Higashida, L. (1995). *Educación para la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Jáuregui, R. C. (2004). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque en salud familiar*. Madrid: Médica Panamericana.
- Juárez, G. F., Villatoro, V. J., Fleiz, B. C., Medina-Mora, M., Carreño, G. S., Amador, B. N. y Bermúdez, L. P.(2002). Conducta antisocial, ambiente familiar e interpersonal en estudiantes adolescentes del Distrito Federal. *La Psicología Social en México*, 9, 305-311.
- King, N., Touyz, S. & Charles, M. (2000). The effect of body dissatisfaction on woman's perceptions of female celebrities. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 34-347.
- Latorre, P. J. (1994). *Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud*. México: Lume.
- León, R. J., Medina, A. S., Barriga, J. S., Ballesteros, R. A. y Herrera, S. I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC.
- López, S. V. y Frías, O. A. (2000). Concepto de salud pública. En Frías, O. A. (Ed.) *Salud pública y educación para la salud*. (pp. 3-13). España: Masson.
- Lyddon, W. y Jones, J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamentos empíricos*. México: Manual Moderno.
- Mahiques, P. (2000) Nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación, ¿la realidad virtual o la virtud de la realidad? I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000. Recuperado el 1 de junio de 2006. http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa55/conferencias/55_ci_a.htm
- Mancilla, D. J., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Álvarez, R. G., López. A. X. y Román, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, 37-46.
- Maya, L. (2001). Los estilos de vida saludables: componentes de la calidad de vida. Recuperado el 31 de mayo del 2006. <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.
- Mc Phail, F. E. (2002). Razón y palabra. Primera revista electrónica especializada en tópicos de comunicación. Febrero-marzo 2002. Documento recuperado el 30 de abril de 2006.

<http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/h25/emcphail.html>.

- Meléndez, C. A. (2001). *La TV no es como la pintan: rutinas, moldes, discursos y programas*. México: Trillas.
- Meschke, L. L., Bartholomae, S., Shannon, R. & Zentall, M. S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promotion healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health, 31*, 264-279.
- Monroy, M. L. (2002). Imagen y roles de la mujer en los comerciales televisivos. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Morduchowicz, R. (2003). El sentido de una educación en medios. *Revista iberoamericana de educación, 32*, 35-47.
- Morón, M. A. (2003). *El engaño de las dietas. Como aprender a adelgazar, estudio y análisis de una epidemia: la obesidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. España: Paidós.
- Nava, D. E. (2001). La obsesión por la delgadez: un análisis de las creencias de las mujeres universitarias en relación con el peso. Tesis de licenciatura inédita. Universidad de las Américas.
- Nutbeam, D. (1986). Glosario de promoción de la salud. En Organización Panamericana de la Salud. (Ed.) *Promoción de la salud: una antología*. (pp. 25-42). Washington, D.C.: OPS.
- Oblitas, G. L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Oblitas, G. L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata: OMS. Recuperado 24 de agosto de 2005. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Génova: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Documento recuperado el 15 de septiembre de 2006. <http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario.sp.pdf.promociondelasalud.oms>

- Organización Panamericana de Salud. (1995). *Libro de lecturas: manual de comunicación para programas de prevención del uso de drogas*. Washington, D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de Salud. (2000). *Desafíos para la educación en salud pública: la reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública*. Washington, D. C.: OPS.
- Palacios, D. J. (2005). *Estilos parentales y conductas de riesgo en adolescentes*. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Colombia: McGraw Hill.
- Parra, M. J., García, A. R. y Santelices, M. (2001). *Introducción práctica a la realidad virtual*. Chile: Ediciones Universidad del Bio-Bio.
- Pérez, C. A. (2003). *Más allá de la estética y la cultura*. Documento recuperado el 30 de abril de 2006.
http://www.oncetv-ipn.net/noticias/index.php?modulo=despliegues&dt_fecha=23.07-29&numnota21
- Perpiñá, C., Baños, R. (1990). Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*, 6, (1), 1-9.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2002). Las nuevas tecnologías aplicadas a los trastornos alimentarios: la realidad virtual en las alteraciones de la imagen corporal. En Kirszman, D. y Salgueiro, M. (Eds.) *El enemigo en el espejo*. (pp. 313-325). Madrid: TEA Ediciones.
- Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R., Marco, H., Alcañiz, M. & Quero, S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment?. *Mental Health Symposium, in Medicine meets virtual reality*. San Francisco (USA) 20- 23 Enero de 1999.
- Pintado, B. T. (2004). *Marketing para adolescentes*. España: Pirámide.
- Quiroz, T. (1989). ¿Es posible hablar de una recepción crítica en televisión? Logros y dificultades en la experiencia de recepción crítica con escolares y maestros peruanos. Recuperado el 21 de mayo de 2004.
www.felafacs.org/dialogos/pdf24/quiroz.pdf.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Restrepo, H. (2001). *Promoción de la salud. Como construir una vida saludable*. Bogotá: Panamericana.

- Reynoso, E. L. y Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, M. J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, D. M. (2005). Relación entre necesidad de cognición e influencia de la publicidad e imagen corporal en adolescentes. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rodríguez, S. P. (2003). La belleza ¿por qué nos obsesiona?. *Balance Vida en Equilibrio*, 6, 61-66.
- Saltijeral, M., González-Forteza, C. y Carreño, G. (2002). Predictores del uso de las sustancias adictivas en estudiantes de dos secundarias del centro histórico. *La Psicología Social en México*, 9, 419-426.
- San Martín, H. (1992). *Salud y enfermedad*. México: Prensa Médica.
- Sánchez, R. M. (2001, 3ª edición). *Elementos de salud pública*. México: Méndez Editores.
- Sandoval, S. O. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, y vigorexia. Recuperado el 23 de julio de 2005. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art42001.
- Saucedo, M. T. (1996). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de maestría inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Shaffer, D. (2000, 5ª Ed.). *Psicología del desarrollo*. México: Thomson.
- Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia, una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Soutullo, C. (2005). Trastornos de conducta alimentaria. Vía tu salud. Recuperado el 15 de julio de 2005. <http://www.viatusalud.com/documento.asp?id=363>.
- Stewart, A., Carter, J., Drinkwater, J., Hainsworth, J. & Fairburn, Ch. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescents girls: a controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107-117.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International*

Journal of Eating Disorders, 29, 247-262.

- Stice, E., Mazotti, I., Weibel, D. & Agras, S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal, internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206-217.
- Tiggemann, M. & Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: a source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35, (2), 48-58.
- Toledo, C. C. y García, R. S. (2006). Influencia de la publicidad de productos light en jóvenes universitarios. Recuperado el 25 de junio de 2006. <http://www.coneicc.org.mx/convocatorias/redes/17.html>.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito, anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel Ciencia.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Torres, R. P. y Vital, C. G. (2002). Evaluación y promoción de la salud en una comunidad suburbana: diseminación del programa entrenamiento a padres. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Trejo, D. M. (2001). Psicología de la salud en México. Estilos de vida y hábitos de salud. Tesis de Licenciatura inédita. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM.
- Unikel, S. C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de maestría inédita. Facultad de Psicología. UNAM.
- Unikel, S. C. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria: actualidad en México. Recuperado el 23 de junio de 2006. <http://gmexico.colmex.mx/TCA.jsp>
- Unikel, S. C. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Espectros de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, (1), 141-151.
- Unikel, S. C., Mora, J. y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología*, 33, 11-29.
- Vandereycken, W. y Noordenbos, G. (2000). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.

- 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.
- Vega, F. L. (2000). *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México: El Manual Moderno.
- Wade, T., Davidson, S. y O´Dea, J. (2003). A preliminary controlled evaluation of school based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 371-383.
- Zas, R. B. (2005). Prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Recuperado el 5 de diciembre del 2005.
<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P- RV- AVR)

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

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

GRACIAS

Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Facultad de Psicología, UNAM

Los derechos de autor están registrados.

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

Copyright, México 1998

Revisión 2003

Lic. Silvia Platas Acevedo

Lic. Rodrigo C. León Hernández

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

MUCHAS GRACIAS

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

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

1.1 Grado: _____ 1.2 Grupo: _____

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

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

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5. Edad de tu primera menstruación

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

6. Tu menstruación se presenta...

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

7. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

8. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

9. Años de estudio de tu padre:

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

10. Años de estudio de tu madre:

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

11. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) No tiene trabajo.
- B) Obrero
- C) Empleado
- D) Vendedor ambulante
- E) Comerciante establecido-
- F) Profesionista

- G) Empresario
- H) Jubilado
- I) Otra: _____

12. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

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

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

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

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

¿Porqué?_____

SECCIÓN C

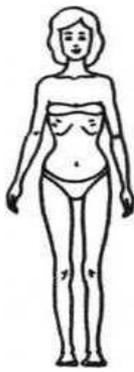
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



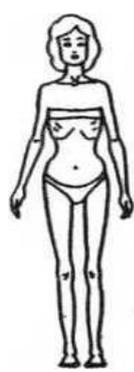
(1)



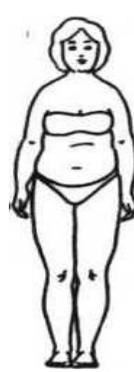
(2)



(3)



(4)



(5)



(6)



(7)



(8)



(9)

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

A = No me describe nada

B = Me describe un poco

C = Me describe regular

D = Me describe bien

E = Me describe exactamente

Soy una persona:

ME DESCRIBE:

	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Independiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Triste	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Insegura	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Agresiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Atractiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Controlada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Dominante	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Ágil	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Responsable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Agradable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Incompetente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Rígida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Comprensiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Eficiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Sociable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Fuerte	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Pesimista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Desconfiada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Trabajadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Falsa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Triunfadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Torpe	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Exitosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Inteligente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Estudiosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Optimista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Fracasada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Ansiosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Inestable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Productiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

ESCALA A

INSTRUCCIONES

En el siguiente cuadro encontrarás unas frases que podrás usar para decir algo de ti misma. Lee cada frase y señala la respuesta que mejor diga cómo TE SIENTES SIEMPRE (en general), no sólo en éste momento. No hay respuestas malas ni buenas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor diga cómo te encuentras GENERALMENTE.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1. Me preocupa cometer errores.	A	B	C
2. Siento ganas de llorar.	A	B	C
3. Me siento desgraciada (infeliz)	A	B	C
4. Me cuesta trabajo tomar una decisión.	A	B	C
5. Me cuesta trabajo enfrentarme a mis problemas.	A	B	C
6. Me preocupo demasiado.	A	B	C
7. Me encuentro molesta.	A	B	C
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan.	A	B	C
9. Me preocupan las cosas del colegio.	A	B	C
10. Me cuesta trabajo decidirme en lo que tengo que hacer.	A	B	C
11. Noto que mi corazón late más rápido.	A	B	C
12. Aunque no lo digo, tengo miedo.	A	B	C
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.	A	B	C
14. Me cuesta trabajo quedarme dormida por las noches.	A	B	C
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	A	B	C
16. Me preocupa lo que los otros piensen de mí.	A	B	C
17. Me afectan tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.	A	B	C
18. Tomo las cosas demasiado en serio.	A	B	C
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida.	A	B	C
20. Me siento menos que feliz que las demás chicas.	A	B	C

PARTES CORPORALES

INSTRUCCIONES: Marca con una x en el cuadro que corresponda,

¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?.

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
1.Cara	A	B	C	D	E
2.Cuerpo	A	B	C	D	E
3.Estatura	A	B	C	D	E
4.Espalda	A	B	C	D	E
5.Brazos	A	B	C	D	E
6.Busto	A	B	C	D	E
7.Estómago	A	B	C	D	E
8.Cintura	A	B	C	D	E
9.Cadera	A	B	C	D	E
10.Pompas	A	B	C	D	E
11.Piernas	A	B	C	D	E
12.Muslos	A	B	C	D	E

¿Qué tan satisfecha te encuentras con cada aspecto de tu cuerpo?

	MUY SATISFECHA	SATISFECHA	INSATISFECHA	MUY INSATISFECHA
13.Tono muscular	A	B	C	D
14.Cabello	A	B	C	D
15.Peso	A	B	C	D
16.Altura	A	B	C	D
17.Cara	A	B	C	D
18.Apariencia total	A	B	C	D

BURLA Y CRÍTICA

INSTRUCCIONES: Marca con una (X) en la columna que corresponda alguna de las situaciones con las que te enfrentas constantemente.

	Padre	Madre	Hermanos	Amigos	Otras personas	Yo misma
1. Critican tu estatura.	A	B	C	D	E	F
2. Critican tu peso corporal.	A	B	C	D	E	F
3. Comparan tu peso con el de tus amigos.	A	B	C	D	E	F
4. Te molestan porque quieren que estés más delgada.	A	B	C	D	E	F
5. Te molestan porque quieren que subas de peso	A	B	C	D	E	F
6. Se burlan de ti porque estas gorda	A	B	C	D	E	F
7. Se burlan de ti porque estas flaca	A	B	C	D	E	F
8. Se burlan de ti porque eres de estatura baja	A	B	C	D	E	F
9. Critican tu cuerpo delante de los demás	A	B	C	D	E	F
10. Critican tu cara	A	B	C	D	E	F
11. Critican tu cabeza.	A	B	C	D	E	F
12. Critican tu ropa	A	B	C	D	E	F
13. Critican tu cabello	A	B	C	D	E	F
14. Critican tu apariencia general	A	B	C	D	E	F
15. Critican tus manos	A	B	C	D	E	F
16. Critican tus pies	A	B	C	D	E	F
17. Critican tu tono muscular	A	B	C	D	E	F
18. Critican tu busto	A	B	C	D	E	F
19. Critican tu cintura	A	B	C	D	E	F

1. En el último año:

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

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

- 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. ¿Te preocupa tu peso corporal?

- A) Me preocupa demasiado.
- B) Me preocupa mucho.
- C) Me preocupa de manera regular.
- D) Me preocupa poco.
- E) No me preocupa (pasa a la pregunta 5).

4. ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?

_____ años (**recuerda anotarla en tu hoja de respuesta**).

5.- En los últimos 6 meses:

- A) No he hecho cambios en mi alimentación (pasa a la pregunta 6).
- B) Sí he hecho cambios en mi alimentación.

5.1 Estos cambios fueron:

- A) Para bajar de peso.
- B) Para subir de peso.

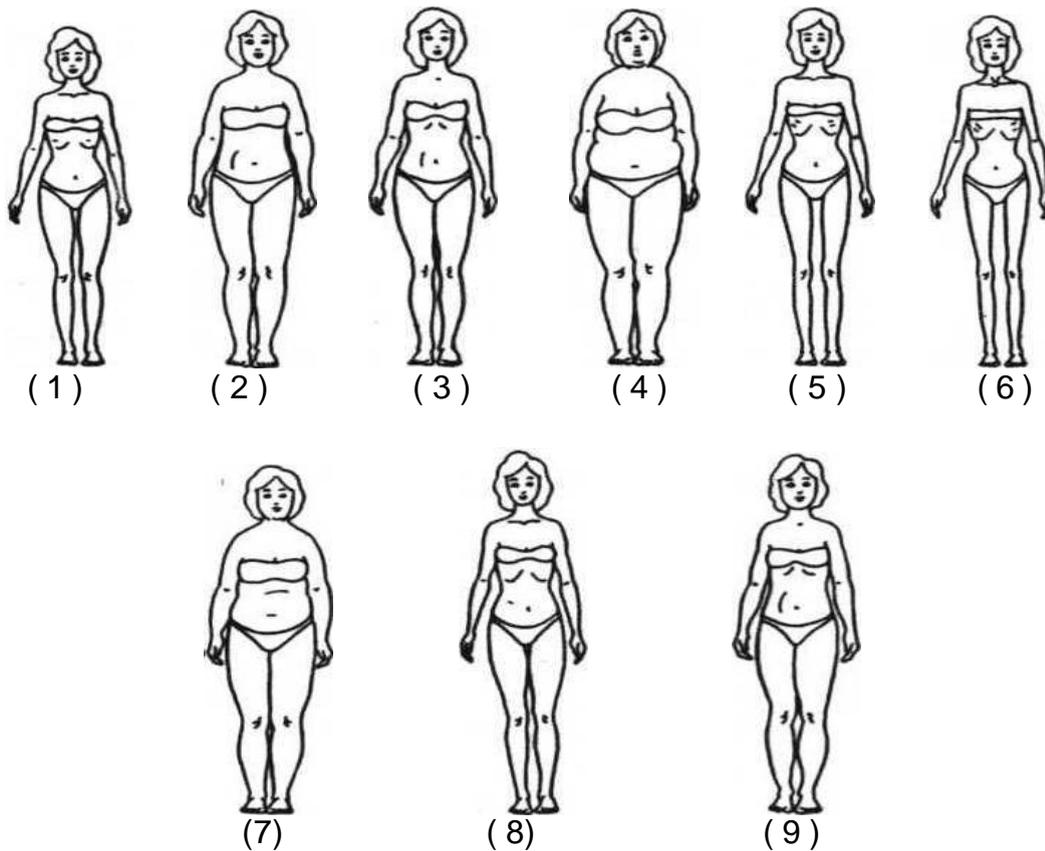
6. ¿A qué edad hiciste tu primera “dieta” (dejar de comer ciertos alimentos)?

_____ años (**recuerda anotarla en tu hoja de respuesta**).

7.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:

- A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres
- B) Detienes tu dieta
- C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

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



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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

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

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

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

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

4. Llegar a estar gorda :

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

5. Cómo me ven los demás:

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

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

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

7. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

ESCALA P.N.

INSTRUCCIONES. Las siguientes afirmaciones son algunas de las ideas o pensamientos que acostumbramos decirnos a nosotras mismas. Indica con qué frecuencia tienes estos pensamientos o ideas:

	Nunca	Algunas veces	Frecuente- mente	Muy frecuente- mente	Siempre
1. Mis amigas son bonitas, no tengo amistades feas o gordas.	A	B	C	D	E
2. Las chicas guapas son altas y delgadas.	A	B	C	D	E
3. Las personas gordas son feas.	A	B	C	D	E
4. Cuando mi novio (pareja, amigo) se pone serio pienso que es porque ya no le gusto.	A	B	C	D	E
5. Cuando veo que las chicas de la escuela cuchichean entre ellas pienso que se están burlando de mí cuerpo.	A	B	C	D	E
6. Las cosas (películas, comida, ropa, etc.) son buenas o malas, para mí no hay puntos medios.	A	B	C	D	E
7. Las modelos son las mujeres más felices.	A	B	C	D	E
8. Las chicas delgadas son bonitas.	A	B	C	D	E
9. Prefiero usar ropa suelta porque siento que estoy gorda.	A	B	C	D	E
10. Me siento tan gorda que odio verme al espejo.	A	B	C	D	E
11. Una chica guapa tiene asegurado el éxito.	A	B	C	D	E
12. Ser delgada es lo máximo.	A	B	C	D	E
13. Las gordas me dan lástima, nadie las quiere.	A	B	C	D	E
14. Una chica delgada tiene asegurado el amor.	A	B	C	D	E
15. Lo que importa es lo que se ve, no lo que se piensa.	A	B	C	D	E
16. Daría lo que fuera por tener un cuerpo de modelo.	A	B	C	D	E

17. La ropa entallada es para las chicas guapas.	A	B	C	D	E
18. Ser perdedora y ser gorda es lo mismo.	A	B	C	D	E
19. Para triunfar en el amor hay que tener un cuerpo delgado.	A	B	C	D	E
20. Las chicas ricas son las que mejor cuerpo tienen.	A	B	C	D	E
21. Con inteligencia se puede lograr todo, hasta tener un cuerpo de modelo.	A	B	C	D	E
22. Lo más importante para las mujeres es su "look", el cómo se ven.	A	B	C	D	E
23. Como te ves te tratan.	A	B	C	D	E
24. Aunque mis amigas me digan que estoy bien, sé que lo hacen para que no me sienta mal.	A	B	C	D	E
25. Prefiero no ir a fiestas antes que pasar por la vergüenza de que vean mi cuerpo.	A	B	C	D	E
26. Si fuera atractiva, sería más fácil mi vida.	A	B	C	D	E
27. La suerte les sonríe a las mujeres bonitas.	A	B	C	D	E
28. Es más importante como te ves que cómo te sientes.	A	B	C	D	E
29. Una mujer delgada es una mujer perfecta.	A	B	C	D	E

ESTRÉS SITUACIONAL

INSTRUCCIONES. ¿Qué tan frecuentemente tienes sentimientos negativos en relación a tu apariencia en cada una de las siguientes situaciones? Escribe tus respuestas en los paréntesis que aparecen en cada situación:

	Nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Muy frecuente-mente	Siempre
1. En reuniones sociales en las que conozco a pocas personas	A	B	C	D	E
2. Cuando soy el centro de la atención social	A	B	C	D	E
3. Cuando estoy con gente atractiva de mi mismo sexo	A	B	C	D	E
4. Cuando estoy con gente atractiva de sexo opuesto	A	B	C	D	E
5. Cuando alguien mira aquellas partes de mi cuerpo que no me gustan	A	B	C	D	E
6. Cuando alguien me hace un cumplido sobre mi apariencia	A	B	C	D	E
7. Cuando pienso que alguien me ha ignorado o rechazado	A	B	C	D	E
8. Cuando el tópico de la plática es la apariencia	A	B	C	D	E
9. Cuando alguien hace un comentario desfavorable de mi apariencia	A	B	C	D	E
10. Cuando se habla bien de la apariencia de otra persona y nadie dice nada sobre la mía.	A	B	C	D	E
11. Cuando oigo que alguien critica la apariencia de otra persona	A	B	C	D	E
12. Cuando estoy con personas que están hablando sobre el peso o dietas.	A	B	C	D	E
13. Cuando veo gente atractiva en la TV o en revistas	A	B	C	D	E

14. Cuando me estoy probando ropa en las tiendas	A	B	C	D	E
15. Cuando tengo ropa entallada o ajustada	A	B	C	D	E
16. Cuando mi ropa no se ajusta bien	A	B	C	D	E
17. Si mi amigo (a) o compañero(a) no nota mi nuevo "look"	A	B	C	D	E
18. Cuando me veo en el espejo	A	B	C	D	E
19. Cuando me veo desnuda al espejo	A	B	C	D	E
20. Cuando me veo en una foto o en un video	A	B	C	D	E
21. Cuando me toman una foto	A	B	C	D	E
22. Después de haber comido mucho	A	B	C	D	E
23. Cuando me subo a la báscula para pesarme	A	B	C	D	E
24. Cuando pienso que he subido de peso	A	B	C	D	E
25. Cuando pienso en cómo me veía cuando era más joven	A	B	C	D	E
26. Cuando pienso en cómo me gustaría verme	A	B	C	D	E
27. Cuando pienso en cómo puedo verme en un futuro	A	B	C	D	E
28. Cuando alguien toca accidentalmente aquellas partes de mi cuerpo que me disgustan	A	B	C	D	E

➤ P: A continuación se te presentan estas instrucciones, léelas en voz alta. Si tienes alguna duda, las iremos resolviendo conforme se presenten. Da clic en “Siguiente”.

➤ P: Ahora tienes en pantalla 9 figuras que se pueden visualizar al apretar los botones con el mouse. Elige aquella que más se parezca a tu cuerpo. Puedes hacerla girar para apreciarla mejor. Tómate el tiempo que necesites. // (Una vez elegida la *figura*, se le indica a la U: Da clic en “Siguiente”).

Tiempo: _____

➤ P: A continuación, podrás modificar algunas partes de la figura con la finalidad de que parezcan lo más cercanamente posible a tu cuerpo. Puedes tomarte el tiempo que necesites. *Una vez modificada la figura, se le indica a la U: Da clic en “Siguiente”.*

Tiempo: _____

➤ Ahora, podrás modificar partes más específicas de la *figura*. Puedes tomarte el tiempo que necesites. Al terminar.

Tiempo: _____

IV. Mientras la U. Moldea el avatar según “como se percibe”, OBSERVAR y REGISTRAR:

La P. debe detectar qué parte o partes corporales manipula más la U:

Caderas: _____
Abdomen: _____
Espalda: _____
Tórax: _____
Brazos: _____
Piernas: _____
Otra (s): _____

PREGUNTAR:

7. ¿crees que tus..., son más grandes (o más pequeñas) de lo que a ti te gustaría?

Más grandes _____

Más pequeñas _____

VI. Después de modelar el avatar y antes de que aparezca la diferencia entre el cuerpo real y el cuerpo percibido, PREGUNTAR:

8. Del 0 al 4: ¿En qué medida crees que tu cuerpo realmente es así?	0 _____ 4
9. Del 0 al 4: ¿En qué medida crees que los demás te ven así?	0 _____ 4

P: Presiona por favor el botón “Siguiente”. ¿Recuerdas que tenemos todas tus medidas? Observa bien la figura. Como puedes ver, ésta figura te muestra cómo es realmente tu cuerpo. Como podemos apreciar, hay una diferencia entre la figura que aparece en la pantalla y la sombra que la rodea. Esta diferencia te dice que te estás percibiendo más gruesa/más delgada (*según sea el caso*) de lo que eres. En este caso te percibes:_____ E Incluso es posible que esto suceda sólo con algunas partes de tu cuerpo.

10. ¿Qué emociones o sentimientos te produce ver la representación de tu cuerpo?	<hr/> <hr/>
A. Del 0 al 4: ¿En qué medida te molesta?	0 _____ 4
B. Del 0 al 4: ¿ En qué medida te sientes satisfecha?	0 _____ 4

<p>11. P. ¿Por qué crees que sobreestimas (o subestimas) tu cuerpo (<i>según sea el caso</i>)?</p>	<hr/> <hr/>
<p>12. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto aceptas que estás distorsionando tu cuerpo?</p>	<p>0 _____ 4</p>
<p>13. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto te afecta emocionalmente que veas tu cuerpo como no es (más grueso o más delgado, según sea el caso)?</p>	<p>0 _____ 4</p>
<p>14. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto coinciden las partes de tu cuerpo que menos te gustan con el hecho de que son las que alteras? (<i>sobreestimas ó subestimas, según sea el caso</i>).</p>	<p>0 _____ 4</p>
<p>15. P. ¿De dónde crees que proviene la insatisfacción con nuestro propio cuerpo?</p>	<hr/> <hr/> <hr/>

Leer P.: No existe duda de que hoy en día los estándares sociales de la belleza femenina enfatizan de manera exagerada una figura tan delgada que en la vida real es casi imposible de alcanzar, al menos por medios naturales.

¿Sabes que?

En la década de los 90s éramos tres mil millones de mujeres en el mundo y sólo ocho eran Top Models (supermodelos). ¿No es increíble? Sólo Ocho mujeres tenían esas medidas inalcanzables, que sólo con la ayuda del bisturí y otras conductas poco saludables pueden lograrse. Estos valores de la cultura de la delgadez junto con el efecto del halo (la generalización de "lo bueno" o de "lo malo" a partir de un atributo, por ejemplo, una chica bonita también se le piensa como "buena", "inteligente" "agradable" etc.,) son difundidos y explotados con propósitos comerciales por los medios de comunicación social (TV., revistas, cine, etc.). Esta actividad de los medios que **sólo buscan vender** explica una de las razones por la que las mujeres desde que somos niñas adoptamos y aprendemos a desear una figura corporal ideal que puede causarnos muchos problemas en nuestra salud física y mental.

¿Sabes que hay un peso saludable para cada una de nosotras?

- a) El **peso** es una característica individual (es particular, propia de cada persona porque depende de su estatura, complexión, sexo, edad, etc.)
- b) está genéticamente determinado (el peso de nuestros antecesores, abuelos y / o padres, intervienen como parte hereditaria);
- c) el peso tiene un rango de variación y ese rango es estable a largo plazo.

El **peso saludable** se relaciona con el **Índice de Masa Corporal** ($IMC = \text{Peso} / \text{estatura}^2$). Se obtiene dividiendo tu peso (en kg) entre tu estatura (m²) elevada al cuadrado. Ahora, vamos a sacar tu IMC:_____.

El peso saludable corresponde a un IMC = 19 a 23.9, que puede variar (+-1).

<p>P: Te voy a pedir que te veas al espejo...</p> <p>Frente al espejo preguntar:</p>	
<p>5. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto has analizado partes de tu cuerpo?</p>	<p>0 _____ 4</p>
<p>6. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto has tomado medidas de partes de tu cuerpo?</p>	<p>0 _____ 4</p>
<p>7. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto te preocupan las medidas de tu cuerpo?</p>	<p>0 _____ 4</p>
<p>* 8. P. ¿Qué parte o partes de tu cuerpo te gustan más? <i>Para cada parte calificar del 0 _4</i></p>	<p>Caderas: 0 _____ 4</p> <p>Abdomen: 0 _____ 4</p> <p>Espalda: 0 _____ 4</p> <p>Busto: 0 _____ 4</p> <p>Brazos: 0 _____ 4</p> <p>Piernas: 0 _____ 4</p> <p>Glúteos: 0 _____ 4</p> <p>Otras:</p> <p>_____ 0 _____ 4</p>
<p>* 9. P. ¿Con cuál o cuáles estás más insatisfecho? <i>Para cada parte calificar del 0 _4</i></p>	<p>Caderas: 0 _____ 4</p> <p>Abdomen: 0 _____ 4</p> <p>Espalda: 0 _____ 4</p> <p>Busto: 0 _____ 4</p> <p>Brazos: 0 _____ 4</p> <p>Piernas: 0 _____ 4</p> <p>Glúteos: 0 _____ 4</p> <p>Otras:</p> <p>_____ 0 _____ 4</p>

Después de modelar el avatar y antes de que aparezca la diferencia entre la figura ideal y el cuerpo real, PREGUNTAR:	
10. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto se parece esta imagen a tu cuerpo real?	0 _____ 4
11. P. Del 0 al 4: ¿Qué tanto te gustaría que tu cuerpo fuera igual?	0 _____ 4
* 12. P. Cuando ves T.V (publicidad, concursos de belleza, TV novelas , etc.) y / o chicas (en la calle, en una fiesta, en la escuela, etc) con cuerpos muy delgados te sientes (del 0 al 4):	
Tranquila:	0 _____ 4
Ansiosa:	0 _____ 4
Satisfecha:	0 _____ 4
Insatisfecha:	0 _____ 4
Deprimida:	0 _____ 4
Indiferente:	0 _____ 4

P. Recuerda que tenemos todos tu datos. Esta imagen te muestra tu figura real y tu figura ideal (Cómo quisieras estar). Esta diferencia significa que quisieras estar (más delgada / más gruesa) de lo que realmente eres.

¿SABES QUE NOS SENTIMOS Y NOS COMPORTAMOS DE MANERA DIFERENTE SEGÚN INTERPRETEMOS LAS COSAS QUE NOS SUCEDEN?

Hay personas que teniendo un cuerpo que no está mal, o incluso que estando muy bien se sienten insatisfechas, mientras que otras que aún teniendo un defecto físico se sienten satisfechas. La diferencia es la **interpretación** que se hace de la situación. La causa de que nos sintamos alegres, tristes, enojadas, es por la **interpretación que de ellas hacemos**.

¿Crees que harías lo mismo o sentirías lo mismo si a medianoche y estando sola en tu casa de repente escuchas un ruido de cristales rotos y piensas: 1. ha entrado un ladrón por la ventana”; ó 2. “El viento ha roto el cristal”

P. Hagamos un ejercicio:

1. Cierra los ojos e imagina que ha entrado un ladrón, ¿cómo te sientes?.¿qué harías?_____

Ahora imagina:

2. que el viento rompió el cristal....¿cómo te sientes? ¿qué harías?..._____

P. Destacar las respuestas de la situación de miedo a las que conduciría la interpretación 1 a **diferencia** de lo que sucedería con la interpretación 2. ¿Qué conclusión podemos sacar?: _____

P. COMO VES LA ÚNICA DIFERENCIA ES COMO INTERPRETAMOS LA SITUACIÓN.

P. Las situaciones o los hechos que ocurren en nuestra vida no son los que nos conducen a la tristeza, la desesperación o a la insatisfacción con nuestro cuerpo, somos nosotras mismas, **SEGÚN VALOREMOS O INTERPRETEMOS POSITIVA O NEGATIVAMENTE LO QUE NOS SUCEDE**

P. INFLUYE MÁS LO QUE NOS DECIMOS A NOSOTRAS MISMAS QUE LO QUE NOS DICEN LOS DEMÁS.

P. dice a la U: Analiza esta afirmación e imagina en voz alta una situación en la que así suceda.

¿Estás de acuerdo con el mayor efecto que tiene en nosotros nuestra plática interna?
Si _____ No _____

Del 0 al 4: ¿Qué tan de acuerdo estás con la afirmación anterior? 0 _____ 4

IDENTIFIQUEMOS LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Para vencer los pensamientos negativos que te producen tristeza o insatisfacción con tu cuerpo u otras emociones desagradables es necesario aprender a conocerlos. ¿Cómo son?

1. **Son automáticos** se presentan de manera muy rápida y a veces nos engañan. Pero la señal de que han estado ahí es que dejan su huella emocional. Por eso es más fácil empezar a identificarlos a partir de las emociones que sientes

2. Pueden detectarse porque **empiezan con “debería”, “debo”, o “tengo que”** Esta es una manera des- adaptativa de pensar porque utiliza términos absolutos que no permiten pensar de un modo alternativo (“tengo que estar delgada”, “debo dejar de comer” “tengo que estar más delgada para que me sienta bien”, Si no adelgazo...”).

3. **Aparecen expresiones como “todo, nada, siempre, nunca”** que son términos absolutos y engañosos: “siempre tengo que...” lo que parece una tarea imposible o al menos muy cansada ¿siempre? , ¿en todo momento? ¿no puedo descansar? Lo mismo puede decirse de nunca (¿seguro que en ningún momento?, ¿todo el mundo... Somos muchos en el mundo para no encontrar una voz discordante...).

4. **Catastrofizan y adivinan el futuro.** Tendemos a anticipar las situaciones, pero se trata de estar convencidos de que lo que va a pasar será algo horrible y un cúmulo de desgracias (no le voy a gustar, pareceré una estúpida). De entrada existe la misma probabilidad de parecer estúpida como de no parecerlo.

Para identificar los pensamientos negativos y emociones consecuentes, debemos conocer que existen:

ACTIVADORES ¿Qué eventos y / o situaciones específicas despiertan tus pensamientos y sentimientos con respecto a tu cuerpo? (cuando vas a una fiesta; cuando estás con tu novio; cuando te pruebas ropa que quieres comprar; cuando ves un concurso de belleza; etc)

CREENCIAS ¿Qué pensamientos, percepciones e interpretaciones ocurren en tu mente? (nada me queda bien; me veo gorda y chaparra; detesto como se ve mi cuerpo; como me gustaría estar como las chicas del concurso; etc)

CONSECUENCIAS Cómo reaccionas emocionalmente (me deprimó, me da coraje, me siento frustrada, me da envidia) y cómo reaccionas conductualmente (me veo al espejo con disgusto; procuro dormirme para ya no pensar; busco dietas).

Diario de Imagen Corporal

Fecha _____

Situación y / o evento que despertó pensamientos y sentimientos relacionados con tu cuerpo:

Tipo de emociones sentidas. Marca todas las emociones que sentiste y en cada una califica la intensidad de las emociones: con 0= nada intenso; 1 = algo intenso; 2= medianamente intenso; 3 = intenso, hasta 4 = muy intenso).

- Ansiedad
- Coraje
- Depresión
- Vergüenza
- Culpa
- Disgusto
- Envidia

Otra(s)

Cuál(es)? _____

Duración del episodio. ¿Cuánto duró el estrés? Registrar si pasaron minutos u horas antes de sentirte totalmente bien.

Tratas de salirte de la situación: _____

- Piensas en otra cosa.
- Te vas a la cama y tratas de dormir.
- Prendes la TV para olvidarte.
- Culpas a los demás
- Tratas de no ver la parte de tu cuerpo que te disgusta.
- Buscas dietas
- Haces planes para bajar de peso

Otra (s) ¿Cuál (es)?

**MANUAL PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “FORMACIÓN DE AUDIENCIAS CRÍTICAS HACIA LA PUBLICIDAD TELEVISIVA”
(Versión Realidad Virtual)**

Objetivo General:

- Formar receptores críticos hacia la publicidad televisiva.

Objetivos Específicos:

- Las participantes identificarán mensajes contenidos en la publicidad televisiva que resulten perjudiciales para la salud.
- Las participantes evaluarán las consecuencias de la adopción de creencias y sentimientos basados en mensajes perjudiciales para la salud.
- Las participantes elaborarán mensajes que promuevan la salud alimentaria.

Sesión	Objetivo	Actividades	Técnica	Materiales	Duración	Evaluación	Actividades extra-sesión
1	Identificar la promoción del ideal de delgadez en la publicidad televisiva.	1) Presentación de videos con anuncios publicitarios dirigidos a mujeres. 2) Elaborar listas de estereotipos asociados a la belleza, salud, obesidad y delgadez. 3) Identificar formas de presión hacia la delgadez	1) Observación. 2) Lluvia de ideas. 3) Discusión dirigida por la(s) facilitadora(s).	1) Cd con videos publicitarios, laptop, proyector, pizarrón, plumones. 2) Pizarrón, plumones, hojas de papel y lápices.	1) 20 minutos. 2) 20 minutos. 3) 20 minutos.		Las participantes reflexionarán sobre las distintas formas con las que se puede hacer frente a la presión por el ideal de delgadez de distintas fuentes (familia, amigos y medios de comunicación – publicidad-).

		en la publicidad.					
2	Identificar formas de resistencia a la presión hacia la delgadez. Describir los elementos de un anuncio publicitario.	1) Grabación de una escena en la que se haga frente a la presión hacia la delgadez de 3 fuentes: familia, amigos y medios. 2) Análisis de un anuncio publicitario.	1) Role-playing. 2) Observación dirigida.	1) Cámara de video, disfraces y elementos de caracterización, laptop, proyector. 2) Laptop, proyector, cd con anuncios publicitarios, preguntas para dirigir la observación.	1) 30 minutos. 2) 30 minutos.	1) Discusión de la escena final. 2) Respuestas obtenidas a partir del análisis del anuncio publicitario.	Las participantes analizarán tres anuncios publicitarios que se proyecten actualmente por televisión, de acuerdo con un formato que se les proporcionará.
3	Identificar formas de participación activa en la recepción de mensajes publicitarios. Expresar opiniones e ideas acerca de los mensajes en la publicidad televisiva y en los medios en general.	1) Ejecutivas de una agencia publicitaria. 2) Activismo 1 3) Grabación de un comercial.	1) Exposición (facilitadora) y lluvia de ideas. 2) Lluvia de ideas, role-playing, exposición	1) Hojas de papel, lápices. 2) Pizarrón, plumones. 3) Cámara de video, laptop, proyector, rotafolio, plumones, vestuario y elementos de escenografía y caracterización.	1) 40 minutos. 2) 20 minutos. 3) 60 minutos	1) Explicación de la campaña publicitaria propuesta. 2) Análisis del comercial proyectado	Las participantes propondrán un anuncio publicitario en el que se presenten las principales ideas adquiridas en el taller para promover la imagen corporal saludable.