

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE REALIDAD VIRTUAL Y ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES
SOCIALES COMO PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON
LA IMAGEN CORPORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

OLVERA RUVALCABA AIDA JOSELYN

MERCADO GUTIERREZ LAURA

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 Universidad Nacional Autónoma de México,
especialmente a la Facultad de Psicología
por haberme forjado como profesionista.*

*A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
con gran admiración
por la dirección de este trabajo.*

*A la Dra. Corina Cuevas Renaud por sus
valiosas observaciones, ya que contribuyeron
a enriquecer el trabajo*

*Al Mtro. Arturo Martínez Lara
con profundo respeto y admiración, por todas
sus enseñanzas y
por haberme mostrado el camino que deseo continuar
en mi vida.*

*Con mucho cariño a los
Lic. Rosalía Rodríguez, Silvia Platas y Rodrigo León
por su constante apoyo y amistad.*

*Y a todas las demás personas
del cubículo once que siempre me brindaron
su apoyo y su muy valiosa amistad:
Laura, Chayo, Kas, Lulú, Came y Adri.*

*A todos los sinodales.
Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré; Dra. Corina Cuevas Renaud;
Mtra. Olga Livier Bustos Romero; Mtro. Arturo Martínez Lara;
y Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa.*

Joselyn Olvera

DEDICATORIAS

A toda mi familia

A mis padres:

***La Sra. Aida Ruvalcaba y el Sr Francisco Olvera
con todo el amor, admiración y agradecimiento
por haberme dado siempre todo
de si, los amo profundamente.***

A Augusto y Odette

mis hermanos:

***que tanto amo, agradezco que
estemos juntos.***

A mi abue:

***Gracias Tita, por todo lo que me has enseñado y todo
el amor que me has brindado desde mis primeros años
te quiero con todo mi corazón.***

***Y a todas las demás personas tan especiales para mí, que
me han querido, acompañado y apoyado incondicionalmente
desde el inicio y a lo largo de
toda mi vida, todos están en mi corazón.***

Joselyn Olvera

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, institución que me brindo una formación profesional.

A los maestros, en especial a la Dra. Gilda Gómez – Peresmitré.

A mis padres, hermanos y amigos, en especial a Silvia y Cia., Rosalía, Gis, Chayo, Kasandra, Rodrigo, Adriana, Lulu y Came.

Y muy especialmente a Joselyn Olvera, por su comprensión, apoyo y porque es una gran persona y amiga.

Laura Mercado.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1 SALUD-ENFERMEDAD	5
1.Salud-enfermedad.....	5
1.1.Perspectiva histórica.....	5
1.2.El proceso de salud-enfermedad.....	6
2.Promoción de la salud y prevención de enfermedad.....	10
2.1.Promoción de la salud.....	10
2.2.Estilos de vida.....	12
2.3. Estilos de vida y enfermedad.....	13
2.4. Modelos del comportamiento saludable.....	14
2.5. Prevención de la enfermedad.....	16
2.6. Prevención primaria.....	17
2.7. Prevención secundaria.....	18
2.8. Prevención terciaria.....	18
3. Prevención de los trastornos del comportamiento alimentario.....	19
3.1. Evidencia empírica de prevención en trastornos de la conducta alimentaria.....	23
CAPITULO 2 ADOLESCENCIA	27
1. Enfoque biológico.....	28
2. Enfoque psicoanalítico.....	29
3. Enfoque psicosocial.....	31
4. Enfoque ecológico.....	32
5. Desarrollo físico.....	34
5.1. Cambios físicos en las niñas.....	34
5.2. Cambios físicos en los niños.....	36
6. Desarrollo cognoscitivo.....	37
7. Desarrollo emocional.....	39
7.1. Relaciones interpersonales.....	40
8. Desarrollo de la personalidad.....	42
8.1. El autoconcepto y la autoestima.....	42
8.2. Valores y personalidad.....	43
9. Adolescencia y salud.....	44
10. Adolescencia y TCA.....	48
CAPITULO 3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	50
1. Antecedentes.....	50
2. Interpretaciones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	54
2.1. La perspectiva psicoanalítica.....	54
2.2. La perspectiva de desarrollo.....	54

2.3. Las perspectiva fisiológicas.....	55
2.4. Perspectiva actual en los TCA.....	55
3. Criterios diagnósticos de la Anorexia nervosa.....	56
3.1. Anorexia nervosa atípica.....	57
3.2. Epidemiología.....	57
4. Etiología.....	57
4.1. Factores biológicos.....	57
4.2. Factores familiares.....	57
4.3. Factores socioculturales.....	58
5. Sintomatología.....	58
6. Factores predisponentes.....	61
7. Factores desencadenantes.....	62
8. Factores de mantenimiento.....	62
9. Diagnóstico diferencialy comorbilidad.....	62
10. Tratamiento.....	63
11. Criterios Diagnósticos de la Bulimia Nerviosa.....	63
12. Epidemiología.....	65
13. Etiología.....	65
13.1. Aspectos biológicos.....	65
13.2. Aspectos familiares.....	65
13.3. Factores socioculturales.....	65
14. Sintomatología.....	65
15. Factores predisponentes.....	68
16. Factores desencadenantes.....	68
17. Factores de mantenimiento.....	68
18. Diagnóstico diferencial y comorbilidad.....	68
19. Tratamiento.....	68
20. Bulimia sin purga o “Binge eating”.....	69
21. Criterios diagnósticos del Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE).....	70
22. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México.....	70

CAPITULO 4 FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....72

1. Clasificación de los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.....	74
2. Imagen corporal.....	76
2.1. Concepto de imagen corporal.....	76
2.2. Factores incidentes en la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.....	79
2.3. Modelos explicativos de la insatisfacción con la imagen corporal.....	83
3. Alteración, distorsión y deseo de una figura ideal delgada.....	85
4. Presión social hacia la delgadez.....	89
5. Actitud negativa hacia la obesidad.....	91

6. Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria y prácticas compensatorias.....	93
6.1. Modelo explicativo de dieta restrictiva.....	97
6.2. Práctica de ejercicio físico.....	98

CAPITULO 5 REALIDAD VIRTUAL

1. Concepto de realidad virtual.....	100
1.2. La realidad virtual en el área de la salud mental.....	101
1.3. Trastornos alimentarios y realidad virtual.....	103
1.4. Evidencia empírica de la aplicación de la realidad virtual en trastornos alimentario..	105
2. Estrategias cognoscitivo-conductuales de tratamiento en factores de riesgo asociados con la imagen corporal en los trastornos alimentarios.....	108
2.1. Reestructuración cognoscitiva.....	108

CAPITULO 6 HABILIDADES SOCIALES.....110

1. Antecedentes.....	110
1.2. Definición de habilidades sociales.....	111
1.3. Componentes de las habilidades sociales.....	113
1.4. Características de las habilidades sociales.....	115
1.5. Modelos explicativos de las habilidades sociales.....	116
1.6. Modelo de adquisición de las habilidades sociales según la teoría del aprendizaje social	120
1.7. Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales.....	122
1.7.1. Modelo del déficit de las habilidades sociales.....	122
1.7.2. Modelo de inhibición por ansiedad.....	122
1.7.3. Modelo de inhibición mediatizada.....	123
1.7.4. Modelos de percepción social.....	123
2. Relación entre habilidades sociales, y trastornos de la conducta alimentaria; evidencias empíricas.....	123
3. Entrenamiento de las habilidades sociales.....	126
3.1. Técnicas utilizadas en los entrenamientos en habilidades sociales.....	128
3.1.1. Role-playing.....	128
3.1.2. Reestructuración cognoscitiva.....	128
3.1.3. Modelamiento	129
3.1.4. Relajación	129
3.1.5. Retroalimentación y reforzamiento.....	129
3.1.6. Imaginación guiada	129
4. Evidencias empíricas que destacan la importancia del entrenamiento en habilidades sociales como factores protectores en la génesis de los trastornos alimentarios.....	130

CAPITULO 7 PLAN DE INVESTIGACIÓN.....132

Objetivo General.....	132
Objetivo Específico.....	132
Problema General.....	132

Problemas Específicos.....	132
Definición de variables.....	132
MÉTODO.....	137
Muestra.....	137
Diseño de investigación.....	137
Instrumentos, aparatos y mediciones.....	137
Procedimiento.....	138
<i>CAPITULO 8 RESULTADOS.....</i>	140
1. Descripción de la muestra.....	140
1.2. Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal.....	144
1.3. Alteración con la imagen corporal.....	145
1.4. Figura ideal.....	146
1.5. Actitud negativa hacia la obesidad.....	147
2. Comparación de las variables PRE – TEST / POST – TEST.....	156
2.1. Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	156
2.2. Alteración con la imagen corporal.....	157
2.3. Figura ideal.....	158
2.4. Actitud negativa hacia la obesidad	159
3. Habilidades sociales.....	166
4. Análisis de datos de realidad virtual	168
4.1. Alteración con imagen corporal.....	169
4.2. Insatisfacción con la imagen corporal.....	170
4.3. Volumen real y aproximado	171
<i>CAPITULO 9 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</i>	173
Sugerencias y limitaciones.....	177
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	178
ANEXOS.....	189
Anexo 1 Cuestionario de Alimentación y Salud.....	189
Anexo 2 Escala de Habilidades Sociales para adolescentes.....	208
Anexo 3 Sesión de Realidad Virtual.....	213
Anexo 4 Sesiones de Habilidades Sociales.....	225

RESUMEN

La presente investigación* de tipo exploratorio, tuvo como propósito probar la eficacia de un Programa Realidad Virtual y Entrenamiento en Habilidades Sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal, en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se acudió a una escuela secundaria pública y se invitó a las estudiantes a participar en la investigación. La investigación estuvo constituida de 9 sesiones en total, en la primera se midió y pesó a una primera muestra de (N=81). Se aplicó el Cuestionarios de Alimentación y Salud y la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva, posteriormente se llevó a cabo una selección de aquellas participantes que se encontraran en riesgo, es decir, que tuvieran un IMC menor a 27 y eligieran la figura 1 (emaciada) y 2 (delegada) como su figura ideal, a esta muestra no probabilística de (N=20) cuya media de edad se situó en 14.60 años con una desviación estándar de 0.68; se les aplicó el programa computarizado de realidad virtual en cuatro sesiones, dos de éstas fueron empleadas como post-test y tres sesiones del entrenamiento en habilidades sociales; en una última sesión se volvieron a aplicar los instrumentos mencionados anteriormente para verificar la eficacia de la intervención. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con mediciones dependientes pre-test, post-test. Los resultados permitieron observar una reducción en la variable de insatisfacción con la imagen corporal y deseo de una figura ideal, sin embargo no se encontraron diferencias en las variables de alteración con la imagen corporal y actitud negativa hacia la obesidad. Se sugiere realizar un seguimiento en diferentes intervalos de tiempo para saber si estos resultados se mantienen y para futuras investigaciones se propone realizar estudios en muestras más grandes y con diferentes grupos de edad.

*Forma parte de una investigación mayor: *Programa de realidad virtual. Modelo escolar en la prevención de trastornos alimentarios y obesidad.* Proyecto PAPIIT IN305006

INTRODUCCIÓN

En décadas recientes se ha observado un incremento dramático en los trastornos de orden alimentario sobre todo entre las jóvenes adolescentes, sector vulnerable a los intereses empresariales de consumo que intentan introducir en el imaginario social una figura estética y delgada. Así mismo la incidencia de este tipo de trastornos se ha extendido no sólo en los países industrializados, la cultura de la delgadez ha traspasado fronteras y se ha instalado en aquellas sociedades en vías de desarrollo (Killen, Maron, Robinson, Saylor, Taylor, Telch, 1986; Lysterla, Nidiffer, Welch, Zager, 1992, citados en Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999; Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Son muchos los factores de riesgo que intervienen en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria, los factores socioculturales, individuales y familiares son sólo algunos de estos. Las investigaciones demuestran que los factores de riesgo asociados al desarrollo de este tipo de trastornos se encuentran íntimamente relacionados con la sobrevaloración de una figura delgada, desordenes psicopatológicos de la personalidad y relaciones familiares destructivas. La etapa de la adolescencia puede representar de igual forma un factor de riesgo, ya que se encuentran presentes diversos cambios, tanto físicos como emocionales, esta puede representar un período de inadaptación social, vulnerabilidad a la presión sociocultural, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y una actitud negativa hacia la obesidad (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Por lo tanto en los últimos años el estudio de los Trastornos Alimentarios como la bulimia y la anorexia nervosas, ha resultado de gran interés para la psicología ya que representa uno de los problemas más actuales y frecuentes dentro de nuestra sociedad, de esta forma pueden llevarse a cabo intervenciones que estén encaminadas a prevenir aquellos factores que puedan llegar a generarlos promoviendo estilos de vida saludables, la autoaceptación y el entrenamiento en habilidades sociales, generando así factores protectores ante estos problemas de salud que afectan biológica emocional y socialmente a aquellos individuos que los padecen (INSALUD, 2006).

El estudio de los Trastornos Alimentarios se debe abordar desde distintas disciplinas, por un lado representa un problema de salud, en donde la rehabilitación médica juega un papel preponderante; desde el punto de vista social se considera la influencia de los valores culturales respecto a la belleza física y figura ideal; y el impacto que estos tienen en la población y para la psicología son considerados como los factores de riesgo que van a fomentar su desarrollo (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Hoy en día la salud-enfermedad se concibe como parte de un proceso dinámico y multidimensional, en donde se encuentran interactuando permanentemente los factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales, es necesario que exista un equilibrio pleno entre aquellos factores que determinan el bienestar del individuo en todas sus áreas, de esta forma deben tomarse en cuenta la totalidad del individuo y crear espacios que permitan y promuevan la salud integral de cualquier población (Rodríguez, 1999).

De esta forma la presente investigación intenta explorar los efectos de un programa de intervención para la prevención de los factores de riesgo asociados con la imagen corporal que puedan resultar en un trastorno de orden alimentario, el cual recurre al uso de la Realidad Virtual (RV) y el Entrenamiento de Habilidades Sociales (EHS).

Se ha encontrado que el concepto de imagen corporal juega un papel importante, sobre todo si consideramos que dentro de nuestra sociedad existen mensajes relacionados con el aspecto físico en distintos ámbitos en especial el relacionado con la publicidad, la moda y los espectáculos, es decir actividades en las que se expone a la persona a la crítica. De ahí la importancia de abordar el tema de las habilidades sociales que posee el individuo para afrontar la presión social y la información que recibe en torno a su aspecto físico (Mintz y Betz, 1988, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Por otro lado, dado que la población en la que se centra la intervención es de adolescentes la realidad virtual es un avance tecnológico que permite utilizar herramientas más actuales y cercanas al contexto de las participantes.

Pueden mencionarse otras ventajas con las que cuenta la tecnología informática en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, dada su naturaleza pueden conformarse espacios visuales que se ajusten a cualquier situación e invita al usuario a que entre en acción, de esta manera se convierte en el paso intermedio entre la intervención y el mundo real, ofrece un mayor grado de confidencialidad, estimula varias modalidades sensoriales, permite diseñar una serie de contextos en los que el paciente puede afrontar virtualmente; puede enfrentar cara a cara con su representación mental ya que posibilita moldear, plasmar y corporizar la imagen corporal (Baños, Botella y Perpiña, 2000).

Es necesario mencionar que dado el carácter exploratorio de la intervención se debe promover su continuidad y perfeccionamiento a fin de encontrar más y mejores formas de abordar la problemática de los Trastornos Alimentarios.

La presente investigación se encuentra compuesta de nueve capítulos, en el primer capítulo se describe el proceso de salud-enfermedad, así como aquellas variables que intervienen en el equilibrio dinámico y que determinan la continuidad de dicho proceso; se destaca la importancia de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en materia de trastornos alimentarios, se encuadran evidencias empíricas acerca de la prevención de dichas patologías alimentarias.

En el capítulo dos, se aborda por un lado algunas de las posturas teóricas más importantes que proponen la etapa de la adolescencia como una de las más cruciales en la vida de una persona; y por otro de los principales cambios por lo que atraviesa un adolescente y su vinculación con la salud y prevención de TCA.

En el capítulo tres se hace una breve reseña histórica de los trastorno de la conducta alimentaria, y posteriormente se describe su etiología, cuadros clínicos, factores desencadenantes y de mantenimiento; al final se muestra un panorama general de la situación actual de los TCA en nuestro país.

El cuarto capítulo contempla la determinación multifactorial para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria; la cual incluye variables asociadas principalmente con imagen corporal; así mismo variables asociadas a la conducta alimentaria; dentro de esta descripción se consideran una serie de evidencias empíricas que permiten dilucidar la relación entre estas condiciones de riesgo y la vulnerabilidad que se presenta en el desarrollo de un trastorno de orden alimentario.

El quinto y sexto capítulo se expone una descripción de las principales características de las dos estrategias preventivas en las que se encuentra basada la presente investigación: la Realidad Virtual (RV) y el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), así como una serie de estudios de carácter empírico en los que se demuestra la efectividad de dichas estrategias de intervención preventiva en el desarrollo de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

El séptimo capítulo aborda el plan de investigación y la metodología que delimitó el seguimiento de la presente investigación. En el octavo y noveno se exponen los resultados obtenidos en el presente estudio así como las conclusiones que resaltaron de la realización de dicha investigación.

CAPITULO 1

SALUD-ENFERMEDAD

1.1 Perspectiva histórica

El concepto de salud es dinámico e histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales, este concepto puede incluir diversas variaciones de un grupo social a otro. Hasta el siglo XIX la noción de salud se ha encontrado caracterizada por una concepción biologicista definida a partir de la enfermedad y esta última se ha tratado de explicar desde varias perspectivas teóricas: la teoría demoníaca primitiva afirmaba que la muerte y la enfermedad eran causadas por espíritus malignos. En Grecia la teoría de los humores propuesta por Hipócrates afirmaba que la alteración de los cuatro elementos esenciales del cuerpo (flema, sangre, bilis amarilla y bilis negra) producía la enfermedad. En la segunda mitad del siglo XIX, los trabajos de Pasteur y Koch abren paso hacia el predominio de la enfermedad a través del hallazgo del germen que la origina, y se circunscribe a la etiología como causa única (López y Frías, 2002).

Los chinos también concebían a la enfermedad como una ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energía influido por las emociones y los comportamientos. Aún en el presente mantienen esta creencia, basada sobre la idea de una energía primordial que es necesario cuidar y regular para mantener la vida. En la edad media se adaptó un enfoque espiritualista, la práctica médica se encontraba bajo el control de la iglesia católica, la enfermedad era concebida como la consecuencia de pecados, de la violación de la ley divina y la curación como obra de fé y arrepentimiento del pecado. Durante el renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas y se produjo un desarrollo importante de las prácticas y estudios científicos, además se iniciaría el surgimiento del modelo biomédico el cual tuvo una vigencia de trescientos años hasta nuestros días (Labiano, 2004).

De acuerdo con Engels (1977 citado en Labiano, 2004), este modelo sostiene que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente a una dimensión espiritual, de esta manera la enfermedad se limita a una serie de reacciones químicas dejando de lado los aspectos emocionales. A partir del surgimiento del psicoanálisis, debido a que este reconocía los factores psicológicos de la enfermedad, se abre paso a la medicina psicosomática que se desarrolló con la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad.

En la actualidad otro modelo ha tenido gran aceptación, el denominado modelo biopsicosocial admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan tanto en la salud como en la enfermedad son de naturaleza diversa, pues en este continuo interactúan factores tales como contexto social, ambiente, condiciones socioeconómicas, factores demográficos así como cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc. Además este modelo presta atención al aspecto preventivo y de promoción de la salud (Labiano, 2004).

De acuerdo con Sarafino (2002), desde esta perspectiva biopsicosocial algunos factores biológicos que influyen en el proceso de salud-enfermedad son: el material genético, las características inherentes heredadas de los padres y el funcionamiento fisiológico del cuerpo por ejemplo: defectos estructurales como malformaciones o daño cerebral, funcionamiento del sistema inmunológico, etc. El cuerpo se encuentra constituido por enormes y complejos sistemas: órganos, huesos y nervios que forman tejidos y órganos, a su vez están constituidos por células, moléculas y átomos, la eficiencia y efectividad de esos sistemas depende en como operen e interactúen unos con otros. Entre los factores psicológicos pueden citarse los procesos cognoscitivos como la percepción, aprendizaje, memoria, pensamiento, creencias y resolución de problemas, las emociones o sentimientos subjetivos afectados por pensamientos, creencias y procesos fisiológicos; la motivación constituye otro factor de carácter emocional el cual explica porque las personas se comportan de la manera en que lo hacen. Los factores sociales pueden estar constituidos por los valores y la cultura que se promueven en las diferentes instancias sociales como la familia, los medios de comunicación, la comunidad circundante etc.

1.2 El proceso de Salud-Enfermedad

Desde el año de 1948, la Organización Mundial de la Salud estableció una definición de salud, señalándola como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 1998). En la carta de Ottawa (1986), se destacan determinados prerrequisitos para la salud, de acuerdo con la definición dada por la OMS, entendida como derecho humano fundamental, entre estos se encuentra la paz, contar con adecuados recursos económicos y alimentarios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Lo anterior pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las relaciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

Sin embargo se ha considerado que la anterior definición sobre salud es un tanto utópica e inadecuada para las condiciones político sociales en constante cambio, de tal forma la OMS, expone una definición que comprende una meta mas modesta bajo la consigna “salud para todos en le Siglo XXI”, la cual se basa en un estado que permita llevar una vida social y económicamente productiva.” De esta forma la salud no se concibe como un estado, si no como un proceso en construcción, siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y la vida; la salud y enfermedad son parte de un proceso multidimensional, es un eje donde el individuo va acercándose a uno u otro de estos dos extremos dependiendo si se rompe o refuerza el equilibrio entre los factores que se encuentran interactuando permanentemente: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Las enfermedades no pueden desaparecer, pero hoy en día pueden reducirse en número y en la gravedad que representen, y a diferencia del pasado, hoy en día existe la posibilidad de previsión y prevención de las enfermedades (Rodríguez-Salgado, 1999).

Como anteriormente se menciona, en el último tercio del siglo XX se han desarrollado nuevos modelos de salud con un enfoque ecológico que tratan de explicar la salud desde el proceso adaptativo del hombre a su medio físico y social. Dubos, en 1959, presenta a la salud y a la enfermedad como acontecimientos o fenómenos en que lo cósmico, lo histórico y los aspectos biográficos individuales y colectivos aparecen unidos permanentemente en

un marco de estructuras sociales definidas. La actual concepción de salud hace referencia a una variable dependiente influenciada por diversos factores que interactúan de manera permanente y es imposible concebirlos de forma aislada; entre estos factores pueden hallarse los determinantes genéticos, el envejecimiento, la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural, las conductas de salud y los servicios de salud con los que cuentan las poblaciones (López y Frías, 2002).

Es bien sabido que en la actualidad no es posible admitir que la salud sea concebida sólo como la ausencia de enfermedad, la noción de salud implica tanto ideas de variación así como de desadaptación; de esta forma entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios que va de la adaptación perfecta a la desadaptación o enfermedad. El proceso de salud-enfermedad comienza con un período silencioso o de incubación, y este puede ser válido para todo tipo de enfermedades, puede ser muy corto o muy largo. En la segunda etapa aún preclínica, podría diagnosticarse si se pudieran aplicar las técnicas de laboratorio con las que hoy se dispone y si el paciente se preocupara por controles de salud. En la tercera etapa ya hay síntomas mas o menos manifiestos que pueden o no ser descubiertos por el médico y a los que el paciente puede o no dar importancia. En la etapa final la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo en tal forma que el proceso patológico interfiere con el funcionamiento normal del organismo y aún con la vida del paciente (San Martín, 1992).

De acuerdo con San Martín (1992), la salud y la enfermedad son dos grados extremos en la variación biológica, resultantes del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones ambientales. Por tanto un individuo sano es aquel que muestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones, de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y bienestar individual y colectivo. Puede afirmarse entonces que la salud es un estado orgánico y de equilibrio entre los medios internos y externos del individuo, este estado orgánico toma en cuenta aquellas variaciones genéticas entre los individuos y sus condiciones de vida, donde los factores que intervienen en su determinación y variación no son solo biológicos, también lo son aquellos ecológicos, ambientales, sociales y culturales. Engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo), el problema de salud y de enfermedad siempre esta relacionado con el hábitat de la población del individuo, con su cultura y educación, con los comportamientos sociales y con el nivel de desarrollo social.

De acuerdo con Sánchez-Sosa (2002), se ha reconocido que existen dos tipos de enfermedades que predominan hoy en día en la escena global; el primer tipo comprende aquellas causadas por la invasión de virus, bacterias u otros agentes dañinos, este tipo de enfermedades son conocidas como infecciosas y pueden mostrar muchos niveles de intensidad y producir muchos tipos de daños y en diversos grados de severidad al organismo, este tipo de enfermedades son consideradas como típicas de las naciones pobres o en desarrollo, esto debido a la falta de infraestructura sanitaria y la relativa falta de educación en salud entre otros factores. El segundo tipo incluye aquellas enfermedades que se encuentran asociadas a las condiciones de vida encontradas en los países industrializados, en este tipo de enfermedades se incluye la diabetes, cáncer o las

enfermedades del corazón, este tipo de enfermedades producen un deterioro gradual estructural o funcional del cuerpo, órganos o sistemas.

Otro tipo de problemas de alta significancia epidemiológica lo constituyen las disfunciones psicológicas en general y las adicciones en particular y los trastornos de la conducta alimentaria; esos problemas usualmente toman forma de reacciones emocionales anormales, dificultades interpersonales, conflictos o conductas ligadas a deficiencias adaptativas o enfermedades somáticas (orgánicas) como el caso de las adicciones; sin embargo usualmente las disfunciones psicológicas incluyen los tres tipos de signos o síntomas. Existen muchos factores que contribuyen a preservar, perder o recobrar la salud, sin embargo son cinco condiciones consideradas fundamentales que intervienen en este proceso: los factores hereditarios, la calidad de nuestro ambiente, el acceso y la calidad de los servicios de salud y los comportamientos humanos (Sánchez-Sosa, 2002).

Cómo lo expone Sánchez-Sosa (2002), existen tres componentes conductuales (emociones, pensamientos y conducta instrumental) que han sido ampliamente estudiados, ya que pueden contribuir en cambios relativamente específicos en un contexto de salud-enfermedad, debido a que actúan juntos y se afectan mutuamente durante toda la vida. Existen al menos dos formas en las que las emociones juegan un papel importante en la preservación, pérdida o recuperación de la salud; por una parte el sostener frecuentes episodios de algunas emociones como el estrés y la ansiedad pueden interactuar con nuestros estados emocionales y conducir a períodos de debilitamiento, por otro lado las emociones pueden generar influencia en nuestra conducta instrumental y así interferir con ciertas acciones que puedan contribuir a la enfermedad o la recuperación, por ejemplo el cambiar la manera en como nos sentimos o adaptándonos a la nueva situación, modulando las emociones negativas, puede contribuir a permanecer sano o enfermarse. Con respecto al segundo componente conductual, puede afirmarse que los pensamientos constituyen otro elemento a lo largo del continuo de salud-enfermedad, aquí también existen al menos dos formas en que las ideas, los pensamientos y las convicciones personales pueden situarnos en la enfermedad o protegernos, una de ellas ocurre cuando nuestras cogniciones afectan nuestra conducta instrumental, es decir, lo que actualmente hacemos.

Cuando retenemos una idea tendemos a comportarnos de manera acorde a ésta y situarnos en comportamientos que nos pongan en riesgo o nos protejan; la segunda forma se deriva del efecto de nuestras ideas y convicciones en la regulación de las emociones, un conjunto de ideas es probable que impulse sentimientos y emociones ligadas a respuestas emocionales, si se torna en emociones muy intensas o persistentes, también puede tener un efecto en la “preservación o no” de la salud. El tercer componente fundamental que afecta nuestra posición a lo largo del continuo de salud-enfermedad, es el comportamiento instrumental, comprende toda la actividad y sirve como un instrumento que afecta tanto el ambiente interno como el externo, conduciendo a consecuencias relativamente específicas; por ejemplo, conductas como el fumar, conducir demasiado rápido, no lavarse las manos antes de comer o abusar del alcohol, combinadas con otros factores de riesgo, pueden traer como consecuencias el cáncer de pulmón o enfermedades del corazón, tener accidentes de tránsito o contraer infecciones en el trácto digestivo. El presentar conductas opuestas como lavarse las manos etc, probablemente contribuirá a mantener nuestra salud (Sánchez-Sosa, 2002).

Según Nevid, Rathus & Rubenstein (1998), parte de lo que es la salud psicológica es el desarrollo de una personalidad saludable, la salud psicológica se refiere a un sentimiento de bienestar, en el sentido de que las cosas están bien con uno mismo. Entre algunos de los rasgos que constituyen la personalidad saludable puede mencionarse: la autoestima, la confianza en uno mismo, la autodirección o autonomía, la asertividad, la resistencia psicológica, el sentido del humor, etc. La autoestima es el componente central de la personalidad saludable, se refiere a nuestro sentido de valía propia y juega un papel importante en las decisiones que tomamos acerca de nuestra salud, las personas que presentan un alta autoestima también presentan menos conductas insalubres tales como el beber en exceso, practicar conductas sexuales sin protección e ignorar aquellos signos de enfermedad. La confianza en uno mismo es creer que se tienen las habilidades para realizar las metas propuestas y encarar los desafíos de la vida antes de sentirlos como algo amenazante; la confianza en uno mismo es generalmente un fuerte predictor de buena salud, por ejemplo, puede predecir quien se recuperara mas satisfactoriamente de un ataque al corazón o quien será capaz de lidiar con el dolor de una artritis.

Aquellas personas que continúan funcionando satisfactoriamente a pesar de sentirse estresados, es un claro ejemplo de lo que se conoce como fortaleza psicológica y constituye la salud psicológica así como la autonomía y el optimismo, este último también se encuentra relacionado con una buena salud física. En suma, todos estos rasgos son parte de los que se conoce como personalidad saludable y nos ayudan a apreciar las cosas buenas de la vida y a lidiar con las que no lo son. Muchos factores contribuyen al desarrollo de una personalidad saludable: los factores biológicos, hereditarios, los factores psicológicos y los socioculturales (Nevid, Rathus & Rubenstein, 1998).

No sólo la interacción de aquellos factores individuales del ser humano contribuyen a la perdida o preservación de la salud, como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, diversas enfermedades y muertes son determinadas por diversas variables de tipo ambiental, las condiciones de vida carentes de higiene que afectan sobre todo a las naciones latinoamericanas como la falta de control de aguas residuales, alimentos sin control sanitario y falta de alimentos, la carencia de condiciones laborales aceptables así como diversos tipos de violencia; aunado a esto, los países industrializados generan problemas cada vez más graves como la utilización masiva de vehículos, evacuación de residuos industriales no depurados, contaminación abiótica atmosférica, calefacción, ruido ambiental y radiaciones electromagnéticas, son condiciones que desfavorecen el ambiente al que esta expuesto el ser humano, de igual forma el desequilibrio natural debido al crecimiento demográfico, desarrollo industrial y al consumo desmedido de los recursos naturales, inciden de forma directa sobre la salud (Labiano, 2004).

En 1974 el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, identificó cuatro determinantes de la Salud: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria. Únicamente el primer factor no puede ser modificable, de esta forma las acciones de salud pública deben dirigirse a los tres factores restantes de manera prioritaria; así, se hace evidente que sin el cambio, la promoción social y el control de los factores sociales negativos, resultará difícil que el sistema de salud pública pueda modificar de manera positiva la salud de la comunidad; de todo esto surge la necesidad de reorientar el sistema

de asistencia sanitaria hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Frías & Palomino 2002).

La salud, por tanto, es un derecho básico e indispensable para el desarrollo social y económico y la promoción de esta, es un elemento de suma importancia para su desarrollo; la promoción de salud consiste en un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos (OMS, 1997).

De esta manera el concepto de salud pública cobra importancia, ya que se considera como “una condición o grado de bienestar físico mental y social de la comunidad; una ciencia y un arte cuyo objetivo es promover y procurar el mas alto nivel de bienestar físico; mental y social de la comunidad; una actividad multiprofesional especializada en la aplicación de ese arte y esa ciencia, una pragmática racional destinada a convertir en hechos los objetivos trazados según un orden lógico de prioridades y bajo el principio de una sana justicia distributiva; un conjunto de estructuras y condiciones físicas, administrativas, legales y financieras que aseguren la efectividad y continuidad de las acciones; una evaluación permanente de los resultados y los métodos empleados, con una apertura para la investigación de todos los fenómenos que afectan la vida del hombre y la comunidad para asegurarse el goce pleno de sus derechos a la salud y el bienestar, físico, social y económico” (Sonis, 1982 en López y Frías, 2002, p.7).

La salud pública es un concepto de carácter social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; es la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad (OMS, 1998, p. 12).

2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

2.1 Promoción de la Salud

La promoción de la salud “es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer el máximo control sobre su propia salud y así poder mejorarla (Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, 1986). Puede afirmarse que la salud no es solo responsabilidad del sector sanitario para llegar al bienestar, por tanto constituye una estrategia que vincula a la gente con su entorno y que combina la elección personal con la responsabilidad social, dentro de este mismo documento se hacen patentes diversas estrategias de promoción de la salud. Se propone que las intervenciones en promoción de la salud deben estar dirigidas a elaborar una política pública sana, crear medios que favorezcan la salud, reforzar la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud (Frías y Palomino, 2002).

La promoción de la Salud constituye un proceso político, social y global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar el impacto en la salud pública individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. La participación activa es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud (OMS, 1998).

La carta de Ottawa (1986), identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud: La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud:

Establecer una política pública saludable. Una política saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. Su finalidad principal consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable.

Crear entornos que apoyen la salud. Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas contra la salud, comprende la comunidad local de la población como su hogar o área de trabajo, esparcimiento y las oportunidades para la adquisición de un mayor control sobre las acciones y decisiones que afectan la salud.

Fortalecer la acción comunitaria para la Salud. Se refiere a fortalecer los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

Desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios. Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un compromiso adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana; la reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación mas explícita en lograr resultados de salud para la población reflejados en las formas de organización y financiación de los servicios sanitarios (Frías y Palomino, 2002, pp. 51-52).

De acuerdo con Martínez Calvo (1994 citado en Morales 1999, p. 144), la forma de ejecutar en la práctica las acciones de promoción salud serían las siguientes:

- a) Determinar modelos de salud ya que solo se tienen modelos de enfermedad
- b) Fomentar estilos de vida sanos
- c) Establecer estrategias de comunicación social
- d) Desarrollar técnicas de trabajo comunitario

2.2 Estilos de vida

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo por tanto fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales caracterizados por patrones de comportamiento identificables pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilo de vida, la acción no debe ir dirigida solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones comportamiento (OMS, 1998).

De acuerdo con Gil Roales-Nieto (1998), se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. En primer lugar, de una forma genérica puede conceptualizarse como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. Otra tendencia se encuentra basada en los denominados estilos de vida socializados, los cuales se encuentran relacionados con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, la cultura y la educación; desde esta perspectiva se conceptualiza el estilo de vida como una interacción entre la responsabilidad individual y política, y se pretende cambiar los estilos de vida a través del cambio de las condiciones de vida. Finalmente existe una tercera aproximación al concepto de estilo de vida, el enfoque pragmático que parte de la evidencia empírica que demuestra que, para la salud, ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras, así mismo se caracteriza por intentar fijar empíricamente los componentes del estilo de vida importantes para la salud.

Algunos autores han propuesto la idea de dos estilos de vida: el estilo de vida saludable, el cual comprende conductas denominadas de sobriedad, ya que incluye hábitos como el no fumar, no ingerir alcohol, consumir alimentos saludables, etc, así como actividad o participación en actividades deportivas, ejercicio regular, etc. La segunda idea acerca de los estilos de vida se encuentra caracterizada por aquellos comportamientos contrarios a los mencionados anteriormente como el consumo de alcohol y alimentos no saludables, etc. Desde este punto de vista se engloban los objetivos de la OMS, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad a través de los cambios en los estilos de vida (Fusté-Escolano, 2004).

Por otro lado, los comportamientos promotores o protectores de la salud se incluyen dentro de las denominadas “conductas de salud”, y tienen una función básicamente preventiva. Sin embargo, cuando una persona se encuentra bien y está sana es muy difícil que se involucre en este tipo de conductas, porque normalmente suponen esfuerzo. El que una persona sana lleve a cabo comportamientos protectores de la salud depende de factores motivacionales que, a su vez dependen de la percepción que la persona tiene de la amenaza que implica la enfermedad para ella, de la eficacia que cree que tendrá la conducta para reducir la amenaza y la atracción que ejerzan sobre ella los comportamientos alternativos. Los comportamientos saludables (promotores o protectores/preventivos), como la gran mayoría

de los que constituyen el repertorio del comportamiento humano, se adquieren mediante procesos de aprendizaje, por experiencia directa o por modelos sociales (experiencia vicaria). Cuando los comportamientos se encuentran ya instalados en el repertorio humano y se ejecutan de forma recurrente tienden a convertirse en hábitos. En ese momento aunque la conducta se hubiera adquirido gracias a refuerzos contingentes positivos, dependerá cada vez menos de sus consecuencias y se harán muy resistentes al cambio. Por eso es importante desarrollar conductas saludables tan pronto sea posible (Rodríguez, 1995).

Según Rodríguez Salgado (1999), la epidemiología pasa a ocuparse también de la relación entre las enfermedades y el modo de vida, es decir de los comportamientos y hábitos individuales que se entrecruzan con el trabajo y con la estratificación social difundidos en toda la población; de esta forma puede referirse a cierto tipo de enfermedades como buscadas o “queridas”, es decir opciones personales libres, pero incompatibles con la salud como comer demasiado o alimentarse sobriamente, hacer deporte o condenarse a una vida inmóvil, mas allá de aquellas causadas por fenómenos naturales o ambientales. Lo anterior ha influido notablemente en la salud mental de las poblaciones y ha modificado las tendencias epidemiológicas dando lugar a diversas categorías de sufrimiento psíquico. Sin embargo Norman Sartorius, funcionario de la OMS, considera que la mayoría de los padecimientos de salud mental son prevenibles, que la salud mental puede mejorar la calidad de vida.

2.3 Estilos de vida y enfermedad

Aquellas características o condiciones que se encuentran asociadas con el desarrollo de la enfermedad o algún tipo de lesión son los llamados ***factores de riesgo***, algunos de estos pueden ser de orden biológico resultado de la herencia genética, otros son de orden conductual, por ejemplo, una persona que acostumbra fumar cigarrillos es mas propensa a desarrollar enfermedades de tipo canceroso que otra que no lo acostumbre, ya que el fumar constituye un factor de riesgo para enfermedades de tipo pulmonar. Otros factores de riesgo que contribuyen en el desarrollo de enfermedades de tipo canceroso incluyen las dietas con altas cantidades de grasa saturada y el poseer una historia familiar con la enfermedad; las personas que realizan estas conductas más comúnmente o poseen más de estas características genéticas son mas propensas a contraer cáncer de las que no lo son o presentan menos conductas de riesgo, es necesario tener en cuenta que los factores de riesgo se encuentran asociados con la enfermedad pero no necesariamente son causantes de esta (Sarafino, 2002).

Muchos factores de riesgo resultan de la forma en que la gente se comporta: algunos de los factores de riesgo de tipo conductual que se encuentran asociados con las 5 principales causas de muerte son:

1. Enfermedad del corazón: fumar, dieta alta en colesterol y falta de ejercicio.
2. Cáncer: fumar, alto consumo de alcohol y la dieta.
3. Derrame cerebral: fumar, dieta alta en colesterol y falta de ejercicio
4. Enfermedades Pulmonares Crónicas como el enfisema: fumar

5. Accidentes incluyendo los automovilísticos: abuso de alcohol y otras drogas, manejo de vehículos a altas velocidades y falta de uso de cinturones de seguridad. (McGinnis, 1994; Departamento de Censos de EEUU (USBC), 1999 citado en Sarafino, 2002, p. 11).

La posibilidad de predecir riesgos, en las distintas etapas del ciclo vital constituye un ejemplo de aplicación para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. El estilo de vida, con los riesgos autogenerados puede dividirse en tres elementos (Rodríguez-Salgado, 1999, p3-4):

1 Riesgos inherentes al ocio; por ejemplo la falta de ejercicio genera obesidad y lleva a falta de un buen estado físico.

2. Riesgos inherentes a lo ocupacional; por ejemplo la presión del trabajo causa estrés y angustia.

3. Riesgos inherentes al modelo de consumo, este tipo de riesgo autogenerado puede estar ejemplificado con el consumo excesivo de algunos alimentos, lo que puede resultar en un incremento del índice de los trastornos del comportamiento alimentario. Entre otros factores se encuentran aquí por ejemplo: el marketing de la salud y los intereses empresariales de consumo, que desde la publicidad han logrado instalar en el imaginario social, la necesidad de la dieta para mantenerse joven y bella. Los trastornos del comportamiento alimentario no son solo desordenes metabólicos sino expresión corporal de relaciones sociales conflictivas.

2.4 Modelos del comportamiento saludable

Rodríguez (1995), expone algunos modelos que se han propuesto en el campo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud los cuales intentan explicar el comportamiento de salud en el ser humano. El primer modelo es el de creencias sobre la salud, propuesto por (Maiman & Becker, 1974 y Becke & Maiman, 1982,), el cual trata de establecer una explicación acerca del comportamiento protector/preventivo, centrándose en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teorías psicológicas bien establecidas como la teoría de campo social de Lewin, la teoría de “expectativa de valor o del “valor esperado” y la de “toma de decisiones en condiciones de incertidumbre”. La hipótesis central de este modelo se basa en que la persona no llevará un comportamiento de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento y rehabilitación), a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevante sobre salud, se vea a sí misma como potencialmente vulnerable y vea la condición (enfermedad en cuestión como amenazante), este convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta en salud (Rosentock, 1974 citado en Rodríguez, 1995).

El segundo modelo expuesto por Rodríguez (1995), es el de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) de Fishbein y Azjen, (1975); Azjen y Fishbein, (1980). Este modelo hace hincapié en el papel de los factores cognoscitivos como determinantes de la conducta en general y de las conductas en salud, en particular. Esta teoría supone que los seres humanos son habitualmente razonables y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen, además de que las personas consideran las implicaciones de sus actos antes de

Llevar a cabo o no una conducta dada. A su vez, la intención de una persona de llevar a cabo un determinado comportamiento es función de dos determinantes básicos: uno de naturaleza personal y otro que refleja la influencia social, el factor personal es aquella actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción; el segundo determinante de la intención se basa en la creencia que tienen las personas de que existen presiones sociales que ejercen sobre ella para que se realice o no la acción en cuestión, este factor se denomina norma subjetiva. Según esta teoría, las actitudes son creencias sobre los atributos del objeto de la actitud, primero, y de la valoración que el sujeto hace de esos atributos. En general, si una persona cree que realizar una conducta dada lo conducirá muy probablemente a unos resultados determinados y juzga que estos serán positivos para ella, entonces tendrá una actitud favorable hacia la ejecución de dicha conducta.

La Teoría de la Acción Social (TAS) propuesta por Ewart (1991, citado en Rodríguez, 1995), sustenta un modelo que concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta, activamente, alcanzar objetivos específicos, y como un sistema de retroalimentación compuesto por un conjunto de elementos dispuestos serialmente por etapas. El modelo incluye básicamente tres dimensiones que representan: 1) auto-regulación como una acción estado deseada, 2) un conjunto de mecanismos de cambio interconectados; y 3) un subcomponente de sistemas socioambientales más amplios que determinan contextualmente cómo operan los mecanismos de cambio personal. De este modo las intervenciones preventivas implican casi siempre la creación de hábitos protectores en la forma de secuencias comportamentales muy rutinizadas que disminuyen el riesgo personal, en un hábito saludable la autorregulación es la condición de su propio mantenimiento, un equilibrio dinámico entre las actividades autoprotectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas.

De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998), son varios los tipos de variables que determinan las conductas en salud:

- 1 La clase y el entorno social pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona; por ejemplo, el grupo social en el que se desenvuelve un individuo puede ser determinante para que este comience a fumar.
2. La percepción del síntoma influye de manera en que las personas decidan realizar un cambio en sus conductas de salud, ya que en el momento en que aparecen síntomas inesperados, muchas personas deciden realizar un cambio en ciertas conductas en salud y de esta forma reducir el riesgo percibido.
3. Los estados emocionales como la ansiedad o el aburrimiento pueden traer como consecuencia conductas perjudiciales para la salud; por ejemplo comer en exceso, abusar del alcohol y el tabaco, el sedentarismo, etc.
4. Las creencias influyen de manera importante sobre los hábitos de las personas. Cada quien elabora un modelo explicativo acerca de la salud, sus causas y consecuencias de las enfermedades y el significado que le otorga a la misma así como el concepto acerca de cómo realizar cambios (pp.305-307).

2.5 Prevención de la Enfermedad

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención primaria esta dirigida a evitar la aparición de una enfermedad o dolencia, la prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad (OMS, 1998).

La prevención consiste en interrumpir la historia de la enfermedad en cualquiera de sus fases, es decir, anticipar los hechos que tienen posibilidad de ocurrir y adoptar medidas adecuadas para que sean aplicadas a una población definida en un tiempo y lugar determinado. El campo de la salud comprende factores agrupables en cuatro divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y biología humana, relacionándose y modificándose entre sí forman los paradigmas de bienestar y el campo de fuerzas de la salud, que incluyen la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales (Rodríguez-Salgado, 1999).

El campo de la salud pública propuso un modelo para ubicar la prevención dentro del proceso de ruptura del equilibrio de la salud, definiendo la prevención como el evitar cualquier problema de salud en la población; de acuerdo con este, nuestro organismo se encuentra luchando constantemente por contrarrestar una serie de fuerzas que tienden a romper el estado de salud, es importante señalar que son combinaciones de fuerzas físicas, biológicas, mentales y sociales y no una sola. El modelo distingue entre factores ambientales y del individuo mismo, tendientes a afectar el estado de salud, todas las condiciones e influencias externas que afectan al organismo humano y a su desarrollo constituyen lo que han llamado factores ambientales y éstos no sólo se refieren a aspectos físicos sino también a aspectos sociales; existen además otras condiciones que contribuyen al proceso y que aporta el individuo mismo. Estas condiciones son la edad, el sexo y ciertas predisposiciones. Otras como sus hábitos, estilos de vida y costumbres son el producto de la interacción del individuo con su ambiente a lo largo de su historia personal, es decir ocurren bajo la influencia de características genéticas y factores ambientales en constante interacción (Gollin, 1981; Plomin, De Fries & Fulker, 1988). Sin embargo el individuo las trae consigo como propias cuando se enfrenta a situaciones nuevas (Hernández-Guzmán, 1999).

Prevenir en el ámbito de la salud, es realizar una acción con la intención de modificar la probabilidad de la ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido. Desde esta perspectiva, el desarrollo de la medicina preventiva ha estado en íntima relación con el avance en el conocimiento de la pérdida de la salud, de los determinantes asociados a éste y del desarrollo o historia natural de la enfermedad, de esta forma, las acciones preventivas se diferencian según la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que intervienen. Un proceso mórbido, se caracteriza por ser evolutivo, dinámico y cuya evolución natural, sin tratamiento, cursa hacia la curación, cronicidad, invalidez o muerte. Leavell y Clark

diferenciaron tres fases en la historia natural de la enfermedad (Torío y García, 2002, p.208):

Fase prepatogénica o de susceptibilidad. Se inicia cuando los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia de una enfermedad empiezan a actuar, en esta etapa aún no se ha iniciado el proceso mórbido y por tanto no existe un cambio anatomopatológico relacionado con él.

Fase patogénica. En esta se inician dichos cambios anatomopatológicos, y por lo tanto, la enfermedad. Pueden diferenciarse dos fases:

1.-La presintomática o fase latente; es una fase subclínica en la que no se aprecian signos ni síntomas de enfermedad.

2.-La fase sintomática o clínica de la enfermedad; es el proceso mórbido que ha ocasionado una lesión orgánica y aparecen manifestaciones clínicas de la enfermedad (Signos y síntomas).

Fase de resultados. Esta corresponde a la etapa evolutiva final, la cual puede resultar en curación, muerte o detección de la evolución del problema con distintos grado de discapacidad.

2.6 Prevención Primaria

La prevención primaria se refiere a las actividades que actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad y que se centran en impedir o disminuir la aparición de una enfermedad, por tanto estas acciones deben incidir en aquellos determinantes o factores que han mostrado estar relacionados con un mayor riesgo a enfermar y que sean susceptibles de ser modificados (factores de riesgo ambientales y conductuales), en este sentido, las acciones preventivas pueden ser clasificadas en varias medidas de prevención y promoción de la salud; estas medidas se encuentran encaminadas a controlar los factores de riesgo medioambientales físicas o sociales que intervienen de forma negativa en la salud de la comunidad (Torío y García, 2002).

Catalano y Dooley (1980 citados en Austin, 2000), proponen que la prevención primaria se debe subdividir más a fondo en estrategias reactivas y proactivas. Definen la prevención primaria reactiva como estrategias para mejorar respuestas que hacen frente y para aumentar la resistencia del individuo a los estresores potencialmente dañinos, los autores dan el ejemplo de la vacunación de la poliomielitis como prevención primaria reactiva de la enfermedad. Prevención primaria proactiva, que definen como estrategias para eliminar agentes causales, así mismo proponen el ejemplo de eliminar las aguas estancadas u otros elementos de crianza para los mosquitos que llevan malaria como prevención primaria proactiva; la prevención primaria reactiva puede ocurrir antes o después del estímulo estresante, se dirige a la preparación del individuo para reaccionar con eficacia al estresor. En contraste, la prevención primaria proactiva procura evitar el estresor en conjunto Para ofrecer un ejemplo de la promoción del comportamiento de la salud, los programas diseñados para animar a niños de la escuela primaria a que resistan la presión de la industria

del tabaco para el consumo de cigarrillos serían considerados una estrategia primaria reactiva de la prevención, mientras que la prohibición de las máquinas de venta del cigarrillo de los lugares en donde los niños tienen acceso serían considerados prevención primaria proactiva.

2.7 Prevención secundaria

Las intervenciones en este nivel de prevención se centran en el período patogénico presintomático de la enfermedad y pretenden, mediante una detección precoz, mejorar su pronóstico en comparación con los resultados que se obtendrían cuando se interviene en el período patogénico sintomático (diagnóstico clínico habitual); el instrumento básico en prevención secundaria es el cribado a personas aparentemente sanas, para identificar a aquellas que tienen una alta probabilidad de padecer una enfermedad, o si se trata de un cribado de determinantes de riesgo, identificar las que tienen una mayor probabilidad de padecer un problema de salud, es importante señalar que un cribado no tiene un fin diagnóstico y por tanto no confirma el estado de enfermedad, por tanto es necesario llevar a cabo un proceso de diagnóstico habitual para saber quien se encuentra enfermo y quien no y poner en marcha un tratamiento (Torío y García, 2002).

2.8 Prevención terciaria

Las acciones destinadas a este nivel de prevención inciden en el período patogénico sintomático de la enfermedad, cuando las lesiones son irreversibles y el problema adquiere un carácter crónico. El objetivo de este nivel de prevención consiste en retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales del paciente, atenuar las incapacidades cuando existan, ya sea de carácter físico o psíquico, las acciones en prevención terciaria son conocidas como tratamiento o atención médica y de enfermería habitual, rehabilitación física, ocupacional y la reinserción social, en este nivel se pretende que el paciente alcance el máximo bienestar posible así como calidad de vida (Torío y García, 2002).

De acuerdo con Hernández-Guzmán (1999), se ha propuesto la exclusión de este tipo de intervención ya que rebasa los límites de la prevención (The Institute of Medicine, 1994), cualquier intervención terapéutica sirve para prevenir que se exacerbe un trastorno identificado, esta misma propuesta cambia de nombre a lo que se conocía como prevención secundaria, e introduce el término intervención preventiva indicada, esta se aplica cuando el problema no es muy severo aún y se busca acortar su duración y reducir sus consecuencias negativas. Implica el detectar los signos tempranos de disfunción e intervenir para que el problema no se complique. Sin embargo, al igual que en el caso de prevención terciaria los primeros signos de disfunción ya son detectables.

También para lo que se consideraba prevención primaria se introdujo el término intervención preventiva selectiva, esta difiere en gran medida de los dos anteriores y se dirige a quienes todavía no están afectados por la combinación de factores de riesgo, su intención es evitar que aquellos que no presentan aún signos de enfermedad se enfrenten a esos factores. El período en el que esta forma de prevención actúa es la primera etapa, cuando el individuo todavía no se ve afectado por los factores que sabemos tienden a

romper el equilibrio de la salud. Los factores son identificables pero aún no impactan al individuo (Hernández-Guzmán, 1999).

3. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Los problemas relacionados con el comportamiento alimentario han adquirido gran relevancia ya que son considerados como problemas de salud pública en los países occidentalizados, es por ello que se han sugerido programas para la prevención de conductas patológicas en el comer, que promuevan una alimentación saludable en niños adolescentes, la prevención en TCA es necesaria aunque implica un grado de dificultad ya que los adolescentes en numerosas ocasiones son objeto de inducción al consumo publicitario, por ello es necesario llevar a cabo programas de prevención que resulten beneficiosos, deben estar cuidadosamente diseñados por profesionales entrenados para cubrir el riesgo de producir mas daños que beneficios. De acuerdo con este último punto se hace mención de cuatro criterios importantes para el diseño de programas de prevención (INSALUD, 2006, pp. 5-6):

- **Datos de prevalencia e incidencia.** Señalan hacia un posible incremento sostenido en las últimas dos décadas de prevalencia hasta afectar una parte significativa de la población femenina en un continuo que va desde la normalidad hasta la población en riesgo, y de ella, quienes presentan síndromes parciales que en porcentaje importante termina en el cuadro completo.
- **La gravedad de las patologías y su impacto sobre las familias.** Los TCA cursan con severa comorbilidad médica y psiquiátrica. El impacto sobre el grupo familiar es intenso y prolongado favoreciendo el desarrollo de una nueva patología alimentaria en las hermanas.
- **El mejor conocimiento de la población en riesgo.** La mujer joven y adolescente aquella que hace dieta para adelgazar (la principal conducta de riesgo), más aún, si se realizan otras actividades de riesgo y se le suman otros eventos desencadenantes que condicionen un estado emocional negativo.
- **Patologías contagiosas.** La enfermedad parece transmitirse entre las niñas actuando algunas de ellas como vectoras y pone a prueba la capacidad de las familias para cortar el circuito de propagación del adolescente. La enorme presión para adelgazar y huir de la obesidad actúa como factor patogénico permanente.

De acuerdo con INSALUD (2006), el abordaje preventivo de los TCA puede ser integrado con respecto a los tres niveles de prevención propuestos por las ciencias de la salud:

Nivel de Prevención	Objetivo	Métodos
<i>Primario</i>	Reducir la incidencia del trastorno. (prevenir la aparición de nuevos casos)	Actuar sobre la vulnerabilidad y Factores de Riesgo
<i>Secundario</i>	Reducir la prevalencia (acortar la duración del trastorno, el tiempo que media entre la aparición y la búsqueda de tratamiento)	Detección Precoz y tratamiento Precoz
<i>Terciario</i>	Reducir las consecuencias del trastorno	Evitar la aparición de complicaciones. Tratamiento adecuado de las complicaciones.

Fuente: INSALUD (2006, p.5).

La prevención primaria abarca todos los esfuerzos para reducir la incidencia de los trastornos alimentarios en aquellos individuos que no han desarrollado ningún síntoma significativo, estos esfuerzos se basan en el supuesto de que es posible identificar y posiblemente anular los factores causales involucrados en este tipo de trastornos. Los enfoques de la prevención primaria pueden subdividirse en dos grandes categorías: aquellos destinados a eliminar o anular los factores causales del trastorno y aquellos que procuran fortalecer al huésped con el fin de protegerlo de las influencias nocivas. Otro parámetro de clasificación es basado en el nivel de prevención, es decir puede llevarse a cabo la prevención desde el nivel individual social (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

La etiología de los trastornos alimentarios es multifactorial, es decir, el riesgo emerge de una combinación de factores específicos de riesgo, propios de una enfermedad específica y factores generales de riesgo (relacionados con una serie de trastornos), que la exposición al riesgo ocurre en ambientes variados (por ejemplo la familia, la escuela o el grupo de pares), la fuerza de los factores de riesgo deriva en parte del momento evolutivo en el que ocurren y este riesgo es acumulativo ya que cuanto mas factores de riesgo se presenten mayor es la posibilidad de desarrollar un Trastorno Alimentario (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 2000).

En lo que se refiere a la prevención primaria, por lo general en factores considerados de riesgo, se han empleado estrategias de carácter educativo las cuales comprenden:

- Información en población en general y en particular en la población de riesgo principalmente en las escuelas.
- Identificación de los grupos de riesgo.
- Acciones dirigidas a modificar aquellas conductas que podrían favorecer el comienzo de la enfermedad principalmente comienzo de dieta.

- Las intervenciones sobre estereotipos culturales, negocios de adelgazamiento y belleza (García-Camba, 2002, p24).

Slader (1995 citado en García-Camba, 2002), propone que las tres dianas fundamentales de la prevención primaria en los trastornos de la conducta alimentaria son:

- a) El deseo de adelgazar y la consiguiente tendencia a hacer dietas. Los métodos de intervención en este apartado comprenderían por una parte la educación escolar y por otra las actuaciones sobre los medios de comunicación con los que se relacionan más los grupos de riesgo, no descalificando la delgadez, sino considerando la diversidad en las formas corporales y el peso.
- b) La cultura de la población general sobre los TCA.
- c) El grupo de alto riesgo es decir, las adolescentes y adultos jóvenes. Informando y contribuyendo a que los jóvenes se conozcan mejor a sí mismos, impulsando al personal escolar a llevar a cabo las estrategias de intervención dando un asesoramiento previo. (p. 25).

En las etapas del desarrollo que comprenden desde la niñez hasta la adolescencia tardía, se plantean estrategias que van encaminadas a la prevención de trastornos alimentarios desde un primer nivel, considerando aquellos factores que pueden constituir un riesgo dependiendo del estadio de desarrollo por el que se atravesase (INSALUD, 2006, pp. 10-15):

En la niñez:

- Se enseñe a aceptar un amplio rango de siluetas corporales.
- Guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendientes al éxito sin basarse en su imagen corporal.
- Enseñar alimentación saludable, hábitos de ejercicio así como los efectos negativos de las dietas.
- Enseñar formas de tolerar bromas sobre el propio peso o la presión para hacer dietas.
- Informar sobre los distintos aspectos y estadios del desarrollo para disminuir la ansiedad hacia la pubertad y enfatizar la normalidad de la ganancia de peso en esta etapa del desarrollo.

En la adolescencia temprana entre los 11 y 13 años, la mayoría de las chicas se encuentran insatisfechas con sus propios cuerpos y quieren adelgazar, surgen actitudes y conductas alimentarias no saludables que pueden ir en aumento, por tanto es un período crítico para la intervención; se recomienda:

- Informar sobre el desarrollo puberal, ya que la maduración temprana funge como un factor de riesgo provocando una mayor insatisfacción con el propio cuerpo.
- Establecer vínculos de comunicación y aceptación con los padres de las necesidades de independencia.
- Informar sobre la acumulación normal de grasa en zonas específicas del cuerpo resultando en aumento de peso como un cambio propio de la adolescencia y los cambios psicosociales con los padres y grupos coetáneos.
- Aprender a afrontar burlas y críticas
- Relajación para regulación de emociones
- Educar sobre conductas inadecuadas para afrontar las emociones como abuso de ingesta de alimentos o alcohol.
- Entrenamiento en habilidades sociales y de manejo de tiempo para resistencia de presiones académicas.
- Proporcionar información clara y veraz sobre alimentación saludable, hábitos de ejercicio físico y efectos de la restricción arbitraria de alimentos, de los peligros físicos y psicológicos de la pérdida drástica de peso como resultante de estas prácticas.

En la adolescencia media entre los 14 y los 16 años existe mas evidencia sobre dietas, vómitos provocados, uso de laxantes y diuréticos, atracones, sentimientos de sobrepeso, insatisfacción con la imagen corporal, estos factores presentan gran relevancia ya que indican aquella población que se encuentra en riesgo, es necesario también considerar los déficits de autoestima, autorregulación y autocontrol emocional, de esta manera las estrategias preventivas deben de atender la alimentación y la autorregulación, para ello es recomendable:

- El uso de estrategias cognoscitivo-conductuales para el manejo de emociones, ayudando a establecer vínculos entre emociones y alimentos, manejo adecuado de afecto negativo, etc.
- Llevar a cabo autoevaluaciones o autovaloraciones con respecto a diferentes ámbitos como el académico.
- Discusión del papel de los medios en la imposición de modelos estéticos corporales extremadamente delgados en la mujer.

- Desarrollo de habilidades de afrontamiento mediante resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas en los diferentes conflictos que se presenten en la familia y otros ambientes.

En la adolescencia tardía entre los 17 y 20 años, se propone trabajar con:

- Aumento de la independencia y relaciones de grupo.
- Logro del sentimiento integrador del yo.

Las acciones pertinentes que deben tomarse en cuenta en la prevención secundaria es decir aquellas acciones dirigidas a reducir el tiempo que media entre la aparición del trastorno y la puesta en marcha de un tratamiento eficaz son las siguientes:

- Formación adecuada de aquellos profesionales que puedan estar en contacto con la población de riesgo y actuar como detectores de TCA (maestros, psicólogos, etc.).
- Formación adecuada de profesionales para diagnosticar el trastorno de manera precoz.
- Desarrollo de dispositivos asistenciales de segundo y tercer nivel para un tratamiento adecuado de los casos ya detectados.

En lo que respecta a la prevención terciaria, es decir la evitación de secuelas mediante un tratamiento precoz y adecuado se recomienda:

- Un tratamiento interdisciplinario entre médicos, psiquiatras, pediatras, psicólogos, etc, debe:
- Favorecer la continuidad del tratamiento
- Disminuir las hospitalizaciones
- Reducir la estancia médica
- Actuar sobre aquellos factores de mantenimiento
- Evaluar las necesidades asistenciales a corto y largo plazo así como brindar el apoyo social necesario, es indispensable para prevenir una discapacidad futura.

3.1 Evidencia Empírica de Programas de Prevención en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

De acuerdo con Stice y Shaw (2004), la primera generación de programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria se centraba en material didáctico de carácter psicoeducativo acerca de dichos trastornos, los cuales se impartían en muestras universales de adolescentes, este tipo de intervenciones se basaba en la suposición de que la información acerca de los efectos adversos de los desordenes del comer detendría los comportamientos desadaptativos iniciales. La segunda generación de programas preventivos estuvo basada de forma similar en un aspecto didáctico de carácter universal pero en esta se incluían componentes basados en la resistencia a aquellas presiones

socioculturales que juegan un papel importante en la etiología de las patologías del comer y la de que los adolescentes realizan dietas restrictivas y conductas compensatorias con el propósito de pérdida de peso, la tercera generación de intervenciones ha incluido programas selectivos cuyo objetivo son aquellos individuos que se encuentren en alto riesgo de padecer un trastorno alimentario, estos se basan en ejercicios interactivos centrados en aquellos factores de riesgo que han sido mostrados como predictores de dichas patologías.

Dentro de los moderadores de los efectos de la intervención se encuentran: el estatus de riesgo de los participantes, ya que se sugiere que los programas donde se seleccionan aquellos participantes con alto riesgo resultan con mayor efectividad; dentro de la delimitación de las muestras también se debe considerar el sexo (ya que en las mujeres la incidencia es mas alta), la edad (ya que las investigaciones indican que las patologías alimentarias emergen con mayor probabilidad en edades entre 15 y 19 años); el formato del programa, ya que se consideran mas efectivos aquellos programas interactivos que los programas teóricos; la duración del programa, se ha concluido que los programas de sesiones breves con duración de una hora son efectivos para producir un cambio actitudinal y conductual a largo plazo; el contenido del programa es otro factor importante a considerar debido a que se ha encontrado que las intervenciones que se enfocan en factores de riesgo establecidos para las patologías alimentarias serán más efectivos que aquellos que se centran en factores de riesgo no establecidos (Stice y Shaw, 2004).

Leadelle, Sapia, Nathanson & Nelson (2000), evaluaron un programa de prevención de trastornos alimentarios en tres muestras de adolescentes de sexo femenino: de secundaria(N=253 en el grupo control y N=277 en el grupo experimental, con edades de 11 a 15 años), preparatoria (N=159 en el grupo control y N=153 en el grupo experimental con edades de 13 a 16 años) y universidad (N=46, sin grupo control, con edades entre los 18 y 25 años), fue un programa de intervención de seis sesiones de mediciones pretest-postest, el cual intentó promover aquellos factores de resiliencia y al mismo tiempo aminorar los factores de riesgo que han sido identificados mediante múltiples análisis jerárquicos de regresión múltiple y subsecuentes análisis de una muestra epidemiológica grande (Phelps, Johnston & Augustiniak, 1999 citados en Leadelle, Sapia, Nathanson & Nelson, 2000); el programa estuvo integrado de la siguiente manera: en la sesión uno se intentó reducir la internalización de la presiones socioculturales mediante la discusión del impacto sociocultural de delgadez, la sesión dos se centró en incrementar la autoestima física mediante feedback de los atributos personales positivos y la motivación al ejercicio físico como alternativa de las dietas de restricción, la tercera sesión fue diseñada para construir la competencia personal mediante la facilitación del desarrollo del locus de control interno, cultivando mejores y mas efectivas estrategias de afrontamiento, la sesión cuatro se dirigió a reducir la insatisfacción corporal mediante la muestra de ilustraciones de las diferentes formas corporales así como la provisión de información sobre aspectos biológicos de la pubertad y la descripción de referencias visuales normativas del cuerpo y la talla, la quinta sesión se centró en explorar aquellos métodos apropiados de control de peso y las posibles consecuencias de las dietas de restricción, la sexta sesión consistió en la presentación de historias personales de mujeres adultas rehabilitadas después de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria incluyendo preguntas y respuestas. Este programa tuvo éxito en la facilitación de un conocimiento en la construcción de una autoestima del propio cuerpo y competencia personal, reducción de la insatisfacción con la imagen corporal; en alertar a las

participantes de los usos de productos farmacéuticos o conductas anormales asociadas a este tipo de trastornos, así como la facilitación de conocimientos sobre la presión sociocultural de un look demasiado delgado y cambio de actitudes acerca de los estándares de belleza.

Baranosky y Hetherington (2001), probaron la eficacia de un programa de prevención en trastornos alimentarios, centrado en el mejoramiento de la autoestima y conductas alimentarias, esta intervención fue administrada en mujeres preadolescentes del primer grado de secundaria con edades entre los 11 y 12 años, antes de aplicar la intervención se llevaron a cabo mediciones en variables de autoestima, seguimiento de dieta restringida y patología alimentaria, 16 participantes fueron incluidas en el programa de intervención y 13 en un programa control. Los resultados indican que la variable de dieta restringida en ambos grupos se redujo después de la intervención; así mismo autoestima mejoró en el grupo del programa experimental.

Stewart, Carter, Drinkwater, Hainworth y Fairburn (2001), se propusieron evaluar la efectividad de un programa de prevención en trastornos alimentarios diseñado para reducir el seguimiento de dieta restringida y la preocupación sobre la forma y el peso en adolescentes del sexo femenino; la muestra a la que se aplicó este programa estuvo constituida por 386 participantes que se encontraban entre los 13 y 14 años; se realizaron mediciones antes y seis meses después de la intervención. Los resultados muestran que inmediatamente después de la intervención hubo una pequeña reducción en la variable de seguimiento de dieta restringida y actitudes hacia el peso y la figura, sin embargo esta reducción no se mantuvo en los seis meses siguientes.

En un estudio longitudinal dirigido a evaluar un programa de intervención preventiva sobre actitudes con respecto a la alimentación y al propio cuerpo en una muestra de escolares adolescentes italianas se comprobó que entre las chicas consideradas de alto riesgo el programa evaluado no producía modificaciones significativas respecto al grupo control, sin embargo, en las de bajo riesgo reducía claramente la insatisfacción con el propio cuerpo y la posibilidad de desarrollar actitudes bulímicas (Santonastaso, Zanetti, Ferrara, Olivotto, Magnavita y Navarro, 1999 citados en García-Camba, 2002).

En un estudio se propuso evaluar la efectividad de un programa de promoción de habilidades diseñado para mejorar la satisfacción de la imagen corporal y la autoestima, mientras se reducen actitudes negativas hacia el comer y actitudes y conductas de perfeccionismo, este programa se efectuó en una muestra de 258 participantes con una media de edad de 11.8 años, a 182 de las participantes se les aplicó la intervención y 76 pertenecieron a un grupo control, a cada una de las participantes se les aplicaron mediciones una semana antes de la intervención y una semana, 6 meses y 12 meses después de la intervención mediante cuestionarios que evaluaban satisfacción de la imagen corporal, autoestima global, conductas y actitudes hacia el comer y perfeccionismo, la intervención escolar estuvo basada en actividades como grupos de discusión, presentaciones de video, etc, cuyos temas estuvieron basados en influencias de los medios de comunicación, mejoramiento de la autoestima y la imagen corporal, aceptación de la talla corporal, hábitos saludables, manejo de estrés y relaciones positivas. Las sesiones fueron impartidas semanalmente durante 6 semanas con una duración de 50 minutos. Los resultados fueron

exitosos en cuanto al mejoramiento de la satisfacción de la imagen corporal, autoestima global y se redujeron puntajes solo de actitud dietante. Sin embargo en un seguimiento, después de 12 meses los resultados arrojados anteriormente no se mantuvieron (Mc Vey, Davis, Tweed, Shaw, 2004).

CAPITULO 2

ADOLESCENCIA

Anteriormente al terminar la niñez e iniciar los primeros cambios físicos los niños y las niñas asumían roles de adulto, se realizaban rituales de iniciación para que socialmente se hiciera evidente el cambio de niño a adulto y se asumieran las responsabilidades propias de esta nueva condición social (Papalia y Wendkos 2002). Posteriormente se estableció el término adolescencia para hablar de la etapa de vida entre la infancia y la adultez. Etimológicamente la palabra adolescencia se deriva del verbo latín “*adoleceré*” que significa crecer. En el Diccionario de la Real Academia de Lengua Española (1992 p. 47) se define como “*La edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo*”. El término “teenager” o adolescente en español, se cita por primera vez en los años 40’s en el *Reader’s Guide to Periodical Literatura* (Rice, 2000). Dentro del ámbito psicológico la adolescencia se ha definido, de manera simple, como una etapa de desarrollo por ejemplo:

“Periodo evolutivo del individuo que empieza en la pubertad y concluye al iniciarse la vida adulta” (Enciclopedia de Pedagogía y Psicología, 1998, p.13).

“Periodo evolutivo de transición entre la infancia y etapa adulta: que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales” (Rice, 2000, p. 14).

“Etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano. Abarca un largo periodo de la vida que comprende, por lo general de los 10 a 12 años de edad hasta los 22 años” (Dulanto, 2001, p.143).

O más específicamente cuando se señalan los cambios que ocurren a lo largo de este periodo de vida, por ejemplo:

“Periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimiento de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos” (Ingersoll, 1957 citado en Dulanto, 2001, p. 155).

“Biológicamente comienza desde el momento en que se inicia el desarrollo pubescente hasta aproximadamente un año después de la pubertad; cronológicamente se denomina al periodo de los 13 a los 21 años; y sociológicamente es una creación del mundo occidental, la adolescencia social se refiere al hecho que se ha sobrepasado el estatus social de niño, pero sin que se otorguen todavía los privilegios del adulto” (Wolman, 2002, p. 82).

“Es la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio le ofrecía mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil. Periodo de la vida entre la pubertad y la edad adulta y se caracteriza por la elevación del influjo de las hormonas sexuales que lleva cambios morfológicos y psíquicos” (Olazo, 2003, p. 32).

Como se puede apreciar la adolescencia es considerada como una etapa del desarrollo en la que se enfatizan los cambios que llevan a un niño a convertirse en adulto. La adolescencia ha sido abordada desde diferentes puntos de vista teóricos, enfatizando los procesos de adaptación y definición de la identidad y estado adulto. Entre las teorías más importantes se encuentran los siguientes:

1. Enfoque biológico

Esta postura teórica considera los aspectos físicos de la adolescencia, el representante es Arnold Gesell (1956), quien plantea que la adolescencia inicia alrededor de los 11 y termina cerca de los 20; considera que la edad y la maduración determinan el comportamiento de un individuo.

Bajo esta perspectiva a cada edad le corresponden una serie de características conductuales y emocionales, denominados perfiles y rasgos de madurez, los cuales se van modificando de acuerdo al ritmo de crecimiento. En el caso de el o la adolescente, existen cambios en sus características motoras, cuidado personal, emociones, sueños y temores, la sexualidad, relaciones sociales, juegos y manejo del tiempo libre, rendimiento académico, ética y filosofía de vida (Gesell, 1959).

De acuerdo con Gesell (1959), a los 10 años, se inicia la transición, el o la adolescente aún no se reconoce y hay un vínculo con los padres como figuras de autoridad; inician los problemas con los hermanos menores; se disfruta la compañía de amigos del mismo sexo, surge el “mejor amigo” y aún no hay interés en el sexo opuesto; se disfrutan las actividades físicas colectivas; el pensamiento aún es concreto y práctico; comienzan a manifestarse una diversidad de gustos e intereses; en cuestión ética aumenta la atención por no “hacer mal” e incluso se puede culpar a otros.

A los 11 años aumenta el apetito, la estatura y el peso; continua un alto nivel de actividad motora; el estado de ánimo es cambiante y ambivalente, de la risa al enojo; hay una constante irritación; se expresa la curiosidad y se vuelve más negativo e inoportuno; se muestra rebeldía hacia la autoridad, la crítica; y resistencia hacia las tareas domésticas y escolares.

A los 12 años aumenta la capacidad de razonamiento, se considera sólo el sí mismo, pero disminuye el egocentrismo; en relación al sexo opuesto, los niños disfrutan hacer travesuras y molestar a las niñas; con la autoridad se muestra cooperación, hay un gusto por discutir y debatir, el pensamiento se hace más conceptual; surge la iniciativa y confianza en sí mismo.

A los 13 años cambia la postura, coordinación, aspecto, voz, expresiones faciales y cambios fisiológicos evidentes; la apariencia es de gran importancia y se evalúa el aspecto físico, se experimentan cambios en la apariencia, se compara la propia imagen con la de los demás; aumenta la crítica hacia sí mismo y la sensibilidad a las críticas e impresión de los otros; comienzan las salidas con personas del sexo opuesto; se perciben exigencias de padres y maestros, se evita la colectividad y se acepta un “confidente”; distanciamiento de los padres. Aumenta la capacidad de aprendizaje; surge la fantasía; se reconocen los sentimientos, intereses, tensiones y actitudes; se desarrolla un fuerte sentido del deber y una tendencia a identificarse con protagonistas de series de televisión, historietas, libros, etc.

A los 14 años hay más objetividad, el pensamiento es más científico; hay conciencia de las diferencias y afirmación de la individualidad; se confrontan las cualidades personales con las de los padres; se aprecia la pertenencia a un grupo, las llamadas, chismes y saber lo que hace el otro, surgen los aliados; las chicas tienen más interés por el sexo opuesto; las amistades son numerosas, variadas y selectivas; se considera una edad adecuada para la instrucción, guía u orientación por la disposición al debate.

A los 15 años, se necesita comprensión y comprender; se busca independencia; disminuye el apetito; se atiende al estado de ánimo; aumenta el detalle y el perfeccionismo en el área cognitiva y conductual; se asume la lealtad a un grupo; surge la oposición ante cualquier tipo de restricción, de ahí que es una edad de vulnerabilidad para adquirir conductas delictivas; se busca tiempo para gustos personales; sin embargo, hay disposición para escuchar consejos fuera del ámbito familiar.

Y a los 16 años aumenta la talla, peso y en general la apariencia es de un preadulto; hay confianza en sí mismo; autonomía y tolerancia; las actitudes y conductas son positivas y se busca la socialización; hay entusiasmo por participar en actividades fuera de casa como campamentos y excursiones; por otro lado las tareas domésticas son realizadas con cierta molestia y desmotivación; en cuestión intelectual la escuela es vista como el paso para llegar a la universidad; en el deseo de independencia se puede buscar trabajos ocasionales o de verano, esto aumenta la confianza y libertad de actuar. Disminuyen los conflictos con los padres y hermanos, a estos últimos se les pueden llegar a cuidar como una forma de autoempleo; con las personas del mismo sexo se comparten intereses y opiniones, hay una clara y evidente atracción sexual, en ambos sexos se habla del matrimonio como una experiencia futura (Gesell, 1959).

Cómo se puede ver cada año ocurren cambios físicos, psicológicos y/o contextuales y se realiza una integración evolutiva acumulativa, que permite la adaptación del individuo, este proceso continúa a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, la adolescencia es considerada como la edad en que aparecen cambios físicos que evidencian que el niño está creciendo y que alcanzará una madurez física característica de la vida adulta

2. Enfoque psicoanalítico

Esta teoría se enfoca en los cambios del aparato psíquico y su relación con el medio externo, para su representante Sigmund Freud (1985), el desarrollo psicosexual del ser humano comienza al principio de la vida, cuando el instinto sexual deposita su satisfacción

en la boca y, posteriormente, alrededor de los 3 años en los esfínteres, pasando por un periodo de latencia y culmina en la adolescencia. El inicio de la pubertad es también el momento en que el instinto sexual busca un objeto de placer y la zona genital se convierte en el medio para conseguirlo, aunado a esto, el cuerpo está listo para ejercer su función reproductora. Durante la adolescencia, el objeto y fin sexual deben ser concordantes, el fin es la obtención de placer, y el objeto un depósito o medio para obtenerlo. En la infancia, el objeto de amor está dirigido a los progenitores y en la adolescencia se buscará mayoritariamente en una persona del sexo opuesto.

La respuesta sexual o excitación sexual puede ser generada por estímulos externos, a través de las zonas erógenas; por estímulos internos asociados a la respuesta biológica del organismo; o por estímulos anímicos internos. La excitación sexual genera tensión mientras se llega a la satisfacción, y esta situación es común en la adolescencia. El adolescente puede llegar a usar la fantasía como mecanismo para disminuir la tensión sexual, ya que son representaciones mentales que no llegan a convertirse en actos, y facilita la elección de objeto sexual al ser intentos imaginarios de satisfacción de placer sexual (Freud, 1985).

Posteriormente, Ana Freud (1969, pp. 165-203), describe que de las tres estructuras del aparato psíquico: Ello, Yo y Super yo; el Yo tiene como función lograr un equilibrio entre los impulsos internos y externos; a través de mecanismos que adecuen los impulsos, los ideales y los objetos amorosos y es alrededor de seis meses después del nacimiento cuando el Yo comienza a ser el mediador que busca solucionar los conflictos entre el interior y exterior con el fin de no generar ansiedad, durante la adolescencia aparecen cambios que exigen una adaptación de la personalidad, los principales ajustes ocurren a nivel de:

- Impulsos: como ya se mencionó, aumenta el impulso sexual e incluso puede dirigirse a objetos amorosos familiares, o tener cierto rasgo de agresividad debido a la intensidad con que se manifiesta la sexualidad.

- Organización del Yo: esta estructura se ve fuertemente amenazada por la necesidad de satisfacción inmediata de los impulsos; en respuesta utiliza mecanismos de defensa como represión, formación reactiva, identificación, proyección, intelectualización y sublimación, entre otros. El aumento de la tensión ocasiona una conducta cambiante, el adolescente puede mostrarse muy estricto, rígido o defensivo, agresivo e instintivo.

- Relaciones Objetales: los objetos amorosos se trasladan a uno que corresponderá a la edad adulta. El mecanismo para que esto se lleve a cabo es el alejamiento de los padres a través de conductas rebeldes, agresivas e indiferentes. En ocasiones, se manifiestan conductas regresivas de dependencia hacia los progenitores, pero en general el adolescente busca en otros lados el nuevo objeto de placer.

- Ideales y relaciones sociales: el cambio en las relaciones objetales trae como consecuencia un desapego con los padres y una búsqueda de nuevas relaciones; de ahí que el adolescente tiene ídolos que pueden ser maestros, artistas, etc. O bien el líder del grupo de pares. Estas nuevas relaciones no sólo influyen en cuestión social, sino también en cuestiones morales y estéticas.

Para el psicoanálisis, la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad por el aumento de tensión y desgaste emocional asociados al control de los impulsos sexuales, en el que surgen conflictos que se manifiestan en fijaciones, regresiones, etc. o se gestan futuros trastornos de personalidad; además la salud mental depende del equilibrio del mundo interno – mundo externo (Freud, 1969).

Durante esta etapa se pueden presentar cambios drásticos en el estado de ánimo, en el tipo de relaciones y en general en todo el organismo; sin embargo, es necesaria esta desorganización para llegar a un ajuste y se construya la estructura de la personalidad adulta en algunos casos son los padres lo que necesitan apoyo para saber cómo actuar y no generar tensiones extras en el adolescente (Freud, 1976).

Como se puede apreciar, la teoría psicoanalítica, considera aspectos biológicos y psíquicos, relacionados con la sexualidad emergente, además de resaltar que es una etapa de transición en la que se generan conflictos y la resolución de éstos influye en el inicio de la edad adulta.

3. Enfoque psicosocial

Esta perspectiva teórica, influenciada por el psicoanálisis, está representada por Erick Erickson (1968). Este autor considera que a lo largo del ciclo vital de una persona se presentan una serie de conflictos internos y externos, que representan crisis en el desarrollo. A partir del nacimiento el bebé se enfrenta a un primer conflicto: confiar en una persona, que generalmente es la madre quien lo cuidará y protegerá. La forma y estrategias a través de las cuales se van resolviendo estas crisis determinan las características de la identidad y personalidad del individuo.

ETAPA DEL DESARROLLO	TIPO DE CRISIS
Infancia	Confianza - desconfianza
Niñez temprana	Autonomía y vergüenza - duda
Primera infancia	Iniciativa - culpa
Edad escolar	Destreza - inferioridad
Adolescencia	Identidad - confusión
Edad adulta temprana	Intimidad - aislamiento
Madurez	Productividad - estancamiento
Vejez	Integridad del Yo - disgusto y la desesperanza

Fuente: Erikson, 1968 (pp.91-141)

De acuerdo con esta postura, los principales cambios que ocurren en la adolescencia son: 1) físicos, ya que el organismo adquiere la maduración de un adulto; 2) sociales, por la adquisición de nuevas responsabilidades; 3) y de identidad. En esta última influyen las crisis anteriores, porque se consolida y se hace consciente el proceso de autoconciencia y elaboración del Yo. Además, se requiere evaluar los recursos personales, reconocer las responsabilidades reales y aprender a utilizar ambos para saber quién sé es y quién se quiere llegar a ser (Erickson, 1968).

Para Erickson (1968), el conflicto de identidad del adolescente involucra elementos importantes como:

- a) La ubicación temporal; el adolescente tiene que aprender a ubicarse en el tiempo y darle un sentido real dentro de su existencia en su cultura.
- b) La confianza en sí mismo; la cual se obtiene a través del conocimiento y conciencia de uno mismo en relación a la imagen física y las capacidades o habilidades por medio de las experiencias y relaciones sociales.
- c) La delimitación de funciones y roles, el adolescente debe conocer diferentes actividades básicamente del ámbito social, para lo cual es necesario tener iniciativa y no haber desarrollado culpas que lleven a la inhibición, de manera que sea flexible y abierto al cambio de funciones y así logre encontrar su propio papel dentro de su entorno social.
- d) La sexualidad; el adolescente debe identificarse con un sexo, ya que a partir de esto desarrollará su identidad sexual incluyendo la adquisición de los roles de género, es decir, “femenino” o “masculino”.
- e) Liderazgo y relación con la autoridad; el adolescente se relaciona con sus pares y al mismo tiempo reconoce líderes dentro del grupo. Por otro lado, experimenta desagrado por las figuras de autoridad como padres, maestros, etc. En esta dinámica el adolescente se siente obligado a ser fiel a los amigos o la pareja y evitar problemas con sus superiores por lo que manifiesta una confusión y al mismo tiempo aprende a escuchar las ideas de los otros y actuar de acuerdo con sus propios intereses. Lo importante es que el adolescente vaya consolidando sus propios valores y prioridades personales que le permitirán responder a las exigencias de las diferentes instancias de autoridad, y al mismo tiempo expresar sus necesidades, pensamientos y sentimientos.
- f) La formación de un esquema de valores y una ideología completa el sentido a la identidad personal (pp. 91-141).

De acuerdo con lo anterior la adolescencia es un periodo de alta vulnerabilidad para presentar una confusión en alguno de los elementos mencionados, lo que puede desencadenar en una disfunción de la identidad o un trastorno grave de la personalidad. Posteriormente los diferentes eventos como el matrimonio, el desempleo, la paternidad, el divorcio, etc. también implican crisis de identidad; sin embargo, el éxito en la adaptación y solución de estos conflictos está determinado por las capacidades desarrolladas en la adolescencia (Erickson, 1968).

4. Enfoque ecológico

Este enfoque incluye a las teorías que enfatizan el papel del contexto en la conducta del adolescente. La también llamada “teoría de campo” está representada por Kurt Lewin (1973) quien postula que la conducta es una función de la persona y su entorno, cada uno es independiente, pero interactúan originando lo que se denomina “espacio de vida o espacio psicológico”, que incluye fuerzas internas y externas.

La percepción de un objeto o hecho puede generar una intención, un deseo, necesidad o una conducta orientada a una meta específica. Este tipo de patrones de comportamiento forman los llamados procesos totales, que se activan por medio de la tensión que se genera en el campo vital. A lo largo del desarrollo y durante la adolescencia hay ajustes a estos procesos y en las fuerzas que componen el espacio vital (Lewin, 1973).

Otra teoría es la representada por Urie Brofenbrenner (1979), quien propone que el desarrollo humano depende de la interacción entre la persona y su entorno, al igual que en la teoría de Lewin, la forma en que se percibe el medio es más importante que la realidad objetiva, y considera la conducta como el producto de las influencias sociales y del contexto en que se desarrolla.

Para explicar su teoría Brofenbrenner (1979, pp. 23-34) propone que la persona es el centro de un sistema y el entorno se divide en:

- **Microsistema:** se refiere a las influencias más cercanas como son la familia, amigos y compañeros frecuentes. La influencia que se reciba puede ser en sentido positivo o negativo; sin embargo, lo más saludable es un microsistema que favorezca el aprendizaje de conductas de la vida adulta.
- **Mesosistema:** se conforma por interacciones que hay entre los diversos grupos a los que pertenece la persona. En el caso del adolescente, las relaciones con familiares, amigos y autoridades interactúan e influyen entre sí. Si el microsistema y el mesosistema resultan congruentes serán reforzantes para la persona, pero si se contradicen ocasionan conflictos.
- **Exosistema:** son las influencias indirectas que recibe la persona, corresponden a escenarios en que no tiene una participación directa, pero sí una relación con una persona o institución que está dentro de dicho contexto. Por ejemplo, el ambiente laboral de los padres, las decisiones gubernamentales o los medios de comunicación.
- **Macrosistema:** es una serie de normas y valores culturales que determinan el papel de la persona dentro de su grupo. Incluye ideologías religiosas, sexuales, morales, políticas y educativas (pp. 23-34).

Este tipo de enfoques resalta las características de la conducta de la persona influenciada por un contexto, siendo la adolescencia un periodo de adaptación al entorno y movilidad social. Independientemente del enfoque que se adopte para estudiar la adolescencia, se observa de manera consistente que es una etapa de transición en la que se sufren una serie de cambios y adaptaciones que tienen un impacto directo en la posterior etapa adulta.

En este estudio se considera que la adolescencia inicia alrededor de los 12 ó 13 años y termina aproximadamente a los 20 años, cuando el individuo tiene una madurez física, emocional, social e intelectual; esto significa tener una identidad propia, ser independiente, actuar de acuerdo a un sistema de valores, iniciar y mantener relaciones de amistad y de

pareja, establecer metas académicas o laborales y en general tener un plan de vida (Papalia y Wendkos, 2002).

5. Desarrollo físico

Alrededor de los 11 años, aparecen los cambios biológicos que marcan el fin de la infancia, a este periodo se le denomina pubescencia; es el momento en que aparecen las características sexuales primarias y secundarias; se alcanza la madurez sexual o pubertad y se adquiere la capacidad reproductora.

La pubertad es un periodo de crecimiento físico y acaba antes que concluya la adolescencia. Es importante mencionar que existen factores genéticos, de salud, alimentación y hormonales que determinan el inicio y curso de los principales cambios físicos (Papalia y Wendkos, 2002). En un principio lo primero que se observa es un aumento de talla y alrededor de seis meses después, de peso. En las niñas ocurre en promedio a los 9 años, incrementando su estatura en 8 cm por año y en peso 8 kg. aproximadamente; en los niños se presenta hasta los 11 años y aumentan en talla unos 10 cm y en peso 9 kg. (Santrock, 2004).

A nivel hormonal, existe un área del cerebro denominada hipotálamo, éste secreta la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual llega a la glándula hipófisis, que se encarga de secretar la hormona del crecimiento humano (HGH) u hormona somatotrópica (HS), responsable del crecimiento del sistema óseo. Las hormonas gonadotrópicas que son la foliculo estimulante (HEF) y la luteinizante (HL), actúan en los ovarios y testículos para producir óvulos y espermatozoides; y la hormona luteotrópica (HLT), que contiene prolactina, promueve la producción de leche en las glándulas mamarias. Aquí se diferencia el funcionamiento hormonal de acuerdo al sexo (Santrock, 2004).

5.1. Cambios físicos en las niñas

En el caso de las niñas las hormonas foliculo estimulante y luteinizante actúan sobre los ovarios, y éstos a su vez comienzan a secretar estrógenos y progesterona. Los estrógenos están relacionados con el funcionamiento de aparato sexual femenino, de las mucosas, crecimiento del tejido capilar, sensibilidad olfativa y estimulan la aparición de las características sexuales, las cuales se dividen en:

PRIMARIAS	SECUNDARIAS
<p>Relacionadas con los órganos reproductores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Labios: menores y mayores crecen, en especial éstos últimos se agrandan. - Vagina: aumenta su tamaño y la capa 	<p>Relacionadas con la fisiología y maduración del aparato reproductor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición del vello púbico: inicia con finos vellos lacios hasta terminar con un patrón de triángulo inverso. - Aparición del vello facial: es muy fino lacio y aparece principalmente sobre el labio

<p>mucosa se engruesa, se hace elástica, se hace ácida y cambia de color.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utero: aumenta al doble su tamaño. - Ovarios: aumenta su peso y tamaño; y maduran los folículos. - Trompas de Falopio: transportan a través de contracciones el óvulo maduro. 	<p>superior, mejillas y barbilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aparición del vello axilar: es grueso y oscuro. - Aparición del vello corporal en brazos y piernas. - Crecimiento de los senos: después de tener en la infancia una apariencia lisa, se elevan, se pigmenta el área alrededor del pezón o aureola y aumenta la cantidad de grasa en la glándula mamaria. - Cambio de la voz. - Crecimiento de la pelvis y ensanchamiento de las caderas por acumulación de grasa en esta zona. - Aumento en la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas. - Menarca.
---	--

Fuente: Santrock, 2004 (pp.59-62)

La hormona progesterona está muy relacionada con el inicio y regulación de la menstruación. La menarquía ocurre entre los 9 y los 18 años, la edad más común es 12 ó 13 años. El ciclo menstrual tiene una duración de entre 20 y 40 días, con un promedio de 28 días y se divide en cuatro fases (Rice, 2000):

1.- La fase folicular o proliferadora: inicia después de la menstruación y termina hasta que el folículo madura, la hormona folículo estimulante se encuentra en altas concentraciones y promueve la producción de estrógenos para favorecer la maduración del óvulo. Cuando el nivel de los estrógenos se eleva provoca el crecimiento del endometrio y al mismo tiempo el hipotálamo disminuye la producción de hormona folículo estimulante y aumenta la de hormona luteinizante.

2.- La fase de ovulación: inicia una vez que el endometrio está listo y el folículo maduro, el aumento de hormona luteinizante provoca la ovulación, en este momento el óvulo sale y emigra, a través de los oviductos, a la trompa de Falopio. Esta etapa es la más breve del ciclo.

3.- La fase lútea o excretora: ocurre cuando el óvulo está en las trompas, se mantiene ahí y la alta concentración de hormona folículo estimulante genera la formación del cuerpo lúteo o amarillo dentro del ovario, el cual secreta progesterona que mantendrá el endometrio y el óvulo hasta ser fecundado.

4.- La fase menstrual: si no ocurre la fecundación; las hormonas descienden y el endometrio es expulsado. A esto se le llama menstruación, está formada por sangre, mucosas y tejido deteriorado. En este momento se envía de nuevo la señal al hipotálamo de producir hormona liberadora de gonadotropina e iniciar el ciclo (pp. 87-109).

5.2. Cambios físicos en los niños

En este caso la hormona liberadora de gonadotropina llega a la hipófisis y se secreta hormona folículo estimulante, la cual favorece el desarrollo de esperma en los testículos (espermatogénesis); y la luteinizante, que también participa en la espermatogénesis y en la activación de los testículos para producir testosterona. La regulación de las hormonas masculinas es constante, y se da en sentido negativo, la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) estimula la producción de hormona luteinizante (HL), esto a su vez favorece la producción de testosterona, si ésta aumenta el hipotálamo lo detecta y disminuye la concentración de GnRH, de HL y por consiguiente de testosterona; cuando el hipotálamo detecta que bajo el nivel de testosterona, incrementa la GnRH, la HL y así sucesivamente se mantiene el nivel hormonal adecuado. Existe otra hormona llamada inhibina que se produce en los testículos, y tal vez en el esperma, su función es inhibir la producción de hormona folículo estimulante y disminuir la producción de esperma (Rice, 2000).

La hormona folículo estimulante y la luteinizante permiten que en 10 días el espermatozoonio primitivo madure y se convierta en espermatozoide, en este momento los conductos seminíferos se contraen y el esperma llega al epidídimo, ahí permanece hasta 6 semanas. Posteriormente, por movimientos ciliares pasa por los conductos deferentes hasta las vesículas seminales. En la próstata se hace más móvil ya que se agrega el fluido seminal que es alcalino y lechoso permitiendo que los espermatozoides vivan sanos y activos. Cuando ocurre la eyaculación salen por el pene a través de la uretra (Rice, 2000).

Los testículos, por acción de la hormona luteinizante, producen hormonas masculinas o andrógenos. Una hormona masculina es la testosterona que permite la aparición de las características sexuales:

PRIMARIAS	SECUNDARIAS
<p>Relacionadas con los órganos reproductores.</p> <ul style="list-style-type: none">- Testículos: aumentan dos veces y medio su tamaño y ocho veces y medio su peso. Además desarrollan células de esperma maduras.- Próstata: comienza a producir líquido prostático, es alcalino y forma la mayor parte del líquido seminal.Vesículas seminales: secretan fluidos para facilitar la viabilidad del esperma.Escroto: aumenta su tamaño y la piel se hace más oscura.Conductos seminíferos o deferentes: por medio del movimiento ciliar transporta el	<p>Relacionadas con la fisiología y maduración del aparato reproductor.</p> <ul style="list-style-type: none">- Crecimiento de los testículos y el saco escrotal.- Aparición del vello púbico: inicia con finos vellos en la base del pene hasta terminar con un patrón de diamante.- Aparición del vello facial: bigote, mejillas y barba, casi unido al nacimiento del cabello.- Aparición del vello axilar: es grueso y oscuro.- Aparición del vello corporal.- Crecimiento de la masa muscular, principalmente hombros y pecho.- Crecimiento del pene, próstata y vesículas

esperma. -Epidídimo: conserva y almacena el esperma. - Pene: duplica su longitud y su diámetro.	seminales. - Cambio de la voz, por crecimiento de la laringe (nuez de Adán). - Aumento en la actividad de las glándulas cebáceas y sudoríparas. - Primera eyaculación
---	--

Fuente: Santrock, 2004 (pp. 65-68).

Los cambios anatómicos y fisiológicos que tiene lugar en el cuerpo del o la adolescente, tienen un impacto directo en el concepto de sí mismo, ya que ocurren de manera conjunta y a un ritmo de crecimiento más acelerado en comparación con la infancia. Como consecuencia, hay inestabilidad en el estado de ánimo o incluso aislamiento, esto tiene que ver con que al mismo tiempo se está adquiriendo la capacidad de asimilación, reflexión y razonamiento que les permite modificar el concepto de si mismo. A continuación se describen los cambios en el área cognitiva que permiten la aparición del razonamiento abstracto, crítico y orientado hacia el futuro.

6. Desarrollo cognoscitivo

Durante la adolescencia existen cambios importantes a nivel cerebral y cognitivo que permiten un razonamiento más abstracto. Se ha observado que a lo largo de esta etapa, especialmente al final, las conexiones neuronales se refinan, se sustituyen o bien, desaparecen, lo que permite obtener el pico máximo de proliferación de conexiones neuronales correspondientes al área prefrontal, encargada de las funciones cognitivas superiores (razonamiento y autorregulación), lo cual está relacionado con factores genéticos y ambientales (Greenough, 1990; Greenough y Black, 1992 citados en Santrock, 2004).

En relación con las funciones de pensamiento, Jean Piaget(1955) es el primero en desarrollar una teoría sobre la génesis de la inteligencia. Consideró que en el desarrollo cognoscitivo intervienen factores de maduración, experiencias y la influencia del medio.

Piaget (1955) describió las estructuras mentales o esquemas que, a través de la experiencia, se van formando y nos permiten organizar los conocimientos adquiridos a lo largo del desarrollo. Ante una nueva experiencia se produce un conflicto y un desequilibrio que favorece la maduración del pensamiento. De ahí que la “equilibración” sea el mecanismo por medio del cual los niños y adolescentes pasan de un estadio de pensamiento a otro. Existen dos procesos mentales para usar y adaptar los esquemas:

- Asimilación: consiste en incorporar información nueva a un esquema ya existente.
- Acomodación: ocurre cuando se ajustan dos o más esquemas para formar uno nuevo.

Piaget (1955), define cuatro estadios o etapas de pensamiento, que están relacionados con la forma en que se entiende el mundo a través de los distintos períodos del desarrollo.

1.- Estadio sensoriomotor: va desde el nacimiento hasta los 2 años y se caracteriza porque el bebé comprende el mundo a un nivel sensorial y sus acciones son físicas o motoras. Durante el primer mes de vida son sólo los patrones motores innatos o reflejos los que le permiten interactuar con el medio. Al final del estadio ya posee esquemas sensoriomotores complejos y es capaz de utilizar símbolos de comunicación primitiva. El pensamiento está dirigido hacia los objetos y al final se inicia el juego simbólico, la imitación y representaciones mentales.

2.- Estadio preoperacional: abarca de los 2 a los 7 u 8 años, los esquemas de los niños incluyen imágenes, dibujos y palabras. La interacción con el mundo es a través de información sensorial y simbólica. El razonamiento es de tipo transductivo, lo que significa que va no se puede generalizar y sus juicios son sincréticos, es decir, se basan en una sola experiencia sin buscar una comprobación. Otra característica del pensamiento de este periodo es el egocentrismo ya que no tienen la capacidad para entender el punto de vista de los otros y utilizan el suyo como único referente cognitivo para emitir respuestas, por lo que aún no hay una reversibilidad, es decir la lógica va en una sola dirección.

3.- Estadio de las operaciones concretas: inicia alrededor de los 7 – 8 años y termina cerca de los 11 años. Los niños realizan operaciones mentales o razonamientos lógicos basados en información concreta. El pensamiento deja de ser sensorial e intuitivo para basarse en información real, observable y específica, las operaciones mentales que se utilizan para la solución de problemas son por ensayo y error, a partir de observar la información concreta se emite una conducta y de acuerdo al resultado se da otra respuesta y así sucesivamente hasta que se encuentre la solución adecuada. Surge la reversibilidad, es decir, si un niño establece una relación lógica entre dos conceptos lo hace en ambos sentidos, por ejemplo, si descubre que el gato es un mamífero, puede también afirmar que un tipo de mamífero es el gato.

Hay tres habilidades importantes que se adquieren en esta etapa del pensamiento, precursoras del pensamiento científico: 1) la conservación es la capacidad de entender que las propiedades físicas de los objetos (longitud, cantidad, masa, área, peso y volumen) son constantes, se conservan a pesar de que se modifique la forma de la materia; 2) la clasificación, se refiere a la asociación y organización sistemática de ideas, conceptos u objetos; 3) la seriación, es el ordenamiento de objetos basados en un atributo que permite establecer una relación entre los elementos de la serie.

4.- Estadio de las operaciones formales: va de los 11 a los 15 años aproximadamente, es la etapa que corresponde propiamente a la adolescencia. En esta etapa el pensamiento se vuelve más abstracto, es capaz de realizar inducciones y razonamientos lógicos sin necesidad de tener presente los objetos o la información. También tiene que ver con la capacidad para hipotetizar, suponer y predecir. El pensamiento básicamente utiliza el conocimiento que hasta ahora se ha adquirido del mundo concreto, para utilizarlo como información y realmente funciona con representaciones verbales y experiencias imaginarias. El pensamiento cuestiona aspectos relacionados con el “si mismo”, de manera introspectiva se reflexionan conductas o aspectos que antes se presentaban. A medida que la lógica del pensamiento se hace más abstracta, el adolescente, que enfrenta un problema, es capaz de probar de manera sistemática las posibles soluciones, ésto se define como

pensamiento hipotético – deductivo. Cada solución se basa en una hipótesis que al ser corroborada o eliminada permite formular la siguiente y encontrar la respuesta correcta (pp. 207-230).

Otro teórico que habla de la inteligencia en relación con el ambiente es Vigotsky (1978) quien define el término “Zona de Desarrollo Próximo (ZDP)”, y se refiere a la potencialidad de una persona para solucionar problemas y alcanzar un estado de mayor madurez cognitiva. Las tareas que una persona es capaz de realizar de manera independiente, comprenden el límite inferior de su ZDP; las que lleva a cabo mediante la instrucción o ayuda de un experto son el límite superior de su ZDP (pp.125-140).

Para Vigotsky (1978) la interacción social es un medio facilitador de aprendizaje y define el término “andamiaje” como el apoyo necesario para la solución de problemas, éste se dá de manera gradual de forma que al final se garantice la ejecución independiente y el aprendizaje efectivo de nuevos contenidos. Otro de los recursos que considera esta teoría es la ayuda de instrucciones, modelamiento, asistencia de tutores, estrategias de aprendizaje cooperativo y enseñanza recíproca o autodidacta.

Es evidente, que las distintas áreas de desarrollo se relacionan entre si y se ve reflejado en la conducta del adolescente, principalmente la relación entre lo emocional y el desarrollo de habilidades de pensamiento. Al respecto se ha observado que los adolescentes pueden resolver de manera lógica situaciones de contenido académico, pero no ocurren lo mismo en situaciones sociales y/o emocionales (Santrock, 2004)

7. Desarrollo emocional

En cuestión emocional debemos considerar dos aspectos: 1) los sentimientos y estados de ánimo del o la adolescente y 2) al manejo de las relaciones interpersonales. La adolescencia se caracteriza por la manifestación de sentimientos contradictorios, debido a los cambios fisiológicos, hormonales y a nivel de pensamiento. El papel que juega el adolescente dentro de la sociedad implica nuevas responsabilidades, surgen otros tipos de convivencia, de logros y sobre todo una búsqueda del “sí mismo”. El o la adolescente es capaz de comprometerse con un ideal y lo defiende, puede sentir admiración por figuras para él relevantes, es decir su ideal de yo. Tiene gusto por fantasear y el contenido puede ser sexual, de logros y éxitos, siendo protagonistas de historias, de personajes, representando sus anhelos por tener ciertos objetos, entre otras. Sin embargo las fantasías pueden predominar y superar a la realidad, como consecuencia el o la adolescente sueña despierto y pasa tiempo sólo o dormido; con esto deja de realizar algunos hábitos y obligaciones en el hogar y comienzan las primeras dificultades con los padres (Macías - Valadez, 2000).

Se reconocen al menos seis necesidades importantes referentes al papel del adolescente en un ámbito socioemocional: 1) tener relaciones afectivas y satisfactorias; 2) conocer y formar amistades de diferentes condiciones sociales, incluye tener nuevas experiencias e ideas; 3) encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos; 4) mostrar interés y amistades de carácter heterosexual, o de acuerdo a la preferencia sexual que se defina; 5) aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades sociales en los diferentes encuentros sociales, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social; 6) identificar

un rol sexual (masculino o femenino) y aprender las normas de género o conductas de acuerdo al sexo (Rice, 2000).

7.1. Relaciones interpersonales

Al respecto los cambios físicos y cognitivos que tiene el o la adolescente influyen en la manera como interactúa con el entorno social en que se desarrolla, ya sea con la familia, las figuras de autoridad y sus iguales. En relación con el papel de la familia, se ha encontrado que juega un papel importante no sólo en aspectos sociales sino personales del o la adolescentes, por un lado se satisfacen las necesidades básicas de alimentación, vestido, casa y recreación; y por otro, en situaciones de estrés, la ayuda de los padres y un ambiente de unidad en la familia son una fuente importante de apoyo. Aún en situaciones donde hayan existido diferencias entre las opiniones y conflictos entre los miembros de la familia se sigue considerando que el apoyo de la familia aunado al de los pares y la sociedad es un punto clave en la vida del o la joven (Seiffge - Krenke, 1988; Pineda y Aliño, 2000).

En cuanto a los padres como figuras de autoridad Rice (2000) menciona cuatro estilos que se suelen utilizar para marcar límites y emplear su autoridad: 1) Autocrático, no hay diálogo y los padres toman las decisiones familiares, no hay lugar para las opiniones personales; 2) el autoritario democrático, las reglas y decisiones se toman de manera conjunta entre padres e hijos; 3) el permisivo, el adolescente toma sus decisiones de manera aislada sin comunicarlo a los padres; y 4) el ambiguo, los límites son inconsistentes, se va del autoritarismo al permisivo de manera inesperada.

En la adolescencia surgen los conflictos o más bien se expresan de manera integral, ya que en este momento se hacen evidentes los resultados del estilo de crianza como sobreprotección, falta de atención, ansiedad, rechazo, exigencias exageradas, inconsistencia en los límites, etc. (Pineda y Aliño, 2000).

También se ha observado que si los padres dan un apoyo positivo a sus hijos, generan relaciones positivas, ya que la familia es el primer modelo de expresión y manejo de afecto y otros sentimientos. Los padres que dan afecto positivo y promueven una buena comunicación generan de manera casi automática un ambiente de aprobación y confianza que en futuro permite la separación e individuación del adolescente. Cuando los padres no permiten que el o la adolescente se sienta aceptado y valorado empiezan a generar sentimiento negativos entre ellos y si a esto se le suma que hay padres que tienen expectativas irreales respecto a lo que son sus hijos, da como resultado un ambiente de desconfianza y alejamiento emocional entre padres e hijos; incluso muchos padres empiezan a proyectar en sus hijos e hijas sus miedos, ansiedades y culpas (Rice, 2000).

Lo importante en la adolescencia es llegar a la individuación, que significa ser independientes a nivel psicológico, tener una propia forma de pensar, opinar, actuar y al mismo tiempo seguir participando activamente como miembro de la familia y no tener una ruptura total con los padres. En el caso de los padres, éstos deben ir dando de manera gradual la independencia a sus hijos, ya que caer en un exceso de control o un abandono provoca efectos negativos en el desarrollo (Kimmel y Weiner, 1998).

El papel de las amistades es de suma relevancia a lo largo de toda la vida y en la adolescencia se pueden apreciar diferentes formas de relación, entre iguales, siendo las más importantes:

1) La relación con los hermanos: en el núcleo familiar influye en el desarrollo, la personalidad y las habilidades sociales. En el caso de los hermanos mayores, suelen adoptar responsabilidades y servir como modelos con los más pequeños; y así contribuir de manera positiva a la formación de su identidad. Los hermanos brindan amistad, compañía, afecto, confianza y cooperación que puede llegar a la complicidad (Rice, 2000).

2) Las relaciones de amistad en la adolescencia representa la oportunidad de compartir inquietudes, tener un apoyo, reafirmar la identidad al convivir con el otro, y la posibilidad de pertenecer un grupo, por lo que en esta etapa la ruptura o discusión con un amigo genera una gran inestabilidad (Reymond, 1986). Al inicio de la adolescencia, las amistades, se caracterizan por ser inestables, intensas, emotivas y llenas de conflictos (Rice, 2000).

Poco a poco las amistades del o la joven son más íntimas y recíprocas, es decir, hay una estrecha relación con la persona en un ambiente de igualdad y cooperación. Se ha observado que las mujeres dedican más tiempo a las conversaciones e intiman más con sus amistades que los hombres. Por otro lado, aunque parecería que las opiniones de alguien tan cercano y las de los padres estuvieran compitiendo más bien su función es permitir que surja la opinión personal (Kimmel y Weiner, 1998).

3) Las relaciones de pareja o “amor” en la adolescencia inician de acuerdo al contexto en que se desarrolle el adolescente, pero aproximadamente hasta antes de los 16 años, tienen un componente sexual, por el aumento de la actividad de los órganos sexuales; uno afectivo, es la expresión de sentimientos como la ternura; y uno de fantasía lo que en ocasiones lleva a la idealización de la pareja (Reymond, 1986).

Posteriormente, aunque la atracción sexual y el vínculo afectivo continúan, se modifica el tipo de pareja que se busca en un principio. Para el o la adolescente es más importante con qué persona lo ven y poco a poco busca una persona con quien disfrute estar; la madurez y la práctica permiten al adolescente adquirir las habilidades sociales necesarias para iniciar y mantener una relación de pareja efectiva y positiva, además de tener un efecto positivo en su autoestima (Kimmel y Weiner, 1998).

Durante la adolescencia se contempla la posibilidad de tener una pareja más estable, y de ahí la posibilidad de vivir juntos, o esperar más tiempo para contraer matrimonio (Rice, 2000). A lo largo de la adolescencia hay cambios cualitativos y cuantitativos respecto al manejo de las relaciones interpersonales, lo que representa un signo de la madurez propia de la edad adulta.

Como se puede observar, el ámbito socioemocional del adolescente le permite ir construyendo su identidad en la convivencia con otros, ya sea padres, hermanos, amigos o pareja. En cada interacción social el o la adolescentes aprende estrategias efectivas de convivencia y se conoce a sí mismos al reconocer su individualidad dentro del grupo social, de manera responsable, duradera y propositiva.

8. Desarrollo de la personalidad

La personalidad del o la adolescente se define de manera integral incluyendo las experiencias y conocimientos acumulados hasta esta etapa y los ajustes propios de la edad. El objetivo principal es la búsqueda de identidad propia, la parte central y conductora de la vida de una persona: el concepto de sí mismo, el “Yo”.

El concepto de “Yo” tiene como componentes básicos el autoconcepto y la autoestima. El primero se define como las percepciones, pensamientos y evaluaciones conscientes que un individuo hace sobre sí mismo; y la autoestima es la valoración emocional que se hace de sí mismo y puede ser positiva y negativa (Kimmel y Weiner, 1998).

8.1. El autoconcepto y la autoestima

Hay que señalar que estos dos componentes se vienen formando desde los primeros años de vida, como mencionamos anteriormente, la integración ocurre en la adolescencia, conjuntamente con los cambios propios de la etapa y; el reflexionar y pensar en lo que se quiere ser, lo que se puede ser y lo que se tiene derecho a hacer (Kimmel y Weiner, 1998).

El cuerpo cambia, surge el interés por la apariencia, y en general las distintas funciones y actividades que el adolescente realiza le brindan la oportunidad de conocer más de sí mismo y consolidar su identidad (Álvarez, 1999). En este mismo sentido se considera que en el proceso de desarrollo del concepto de “Yo” las estructuras cognitivas interactúan con las experiencias socioculturales, para comprender quienes somos, es decir tener una representación del yo incluyendo sustancia y contenido (Santrock, 2004).

Algunos de los elementos que utiliza el o la adolescente para llegar a formar su identidad son: 1) la comparación social, los otros sirven de referencia para evaluarse a sí mismos; 2) la introspección, se caracteriza por el aumento en la atención hacia sí mismo; 3) la autoprotección, son mecanismos de defensa para proteger al Yo, el más común es hablar del ideal; 4) los componentes inconscientes, a lo largo del desarrollo pueden haber experiencias que están en el inconsciente y que en este momento influyen en el concepto de sí mismo (Rice, 2000).

En relación a la autoestima, se ha observado un beneficio positivo en aquellos niños y adolescentes en los que sus padres muestran interés por ellos, los aceptan, los escuchan, los cuidan, tienen contacto físico con ellos, les hablan, juegan con ellos y les dan confianza. También la interacción con los amigos puede mejorar la autoestima porque con ellos se viven experiencias nuevas en un contexto de apoyo y confianza que les permiten tener atribuciones positivas de sí mismo (Demo, 2001).

Para Erickson (1968), la identidad se consolida en la adolescencia y continúa formándose en la edad adulta, a través de las siguientes crisis: la intimidad frente al aislamiento; la productividad frente al estancamiento; y la integridad del Yo frente al disgusto y la desesperanza.

La identidad es individual, es lo que hace diferente a cada persona e incluye aspectos como: fuerza del yo que brinda confianza y seguridad; una representación del cuerpo y una identidad sexual, que incluye el género y la preferencia sexual (Macias - Valadez, 2000).

Una persona con identidad positiva asume los cambios propios de su edad de una manera más productiva y proyectándose a un futuro, esto nos indica el grado de madurez alcanzado. La identidad permite que el o la adolescente reconozca su individualidad dentro de una cultura e incorpore al mismo tiempo los valores éticos, morales y culturales propios de su contexto. Sin embargo, al principio se observa un patrón de inestabilidad emocional debido a las crisis de valores, en el afán de encontrar los propios se muestra en contra de los ya establecidos, de ahí que el adolescente se manifieste como un ser rebelde y contradictorio (Macias - Valadez, 2000).

8.2. Valores y personalidad

La formación de los valores morales y de comportamiento atraviesa un proceso de desarrollo descrito por Lawrence Kohlberg (1992), consideró tres niveles con 6 etapas del desarrollo moral:

1.- Nivel de razonamiento preconventional, va de los primeros años de vida y hasta los 9 años, aún no se interiorizan valores morales y el comportamiento se regula por castigos y recompensas.

- Primera etapa: moralidad heterónoma, regulada por las consecuencias positivas o negativas.
- Segunda etapa: individualismo, las personas siguen sus intereses, buscan una igualdad y reciprocidad en las conductas

2.- Nivel de razonamiento convencional: la interiorización es intermedia, los criterios internos corresponden a criterios externos (figuras de autoridad).

- Tercera etapa: expectativas interpersonales, se adoptan los criterios de moralidad de las figuras autoridad y en ellos se basa la confianza, cuidado y lealtad hacia los demás. Esta etapa es la que caracteriza a la mayoría de los adolescentes.
- Cuarta etapa: moralidad de los sistemas sociales, los valores se basan en los de la sociedad, la ley, justicia y deber.

3.- Nivel de razonamiento postconvencional: los valores morales se han interiorizado, se reconocen alternativas distintas de valores.

- Quinta etapa: contrato social o utilidad y derechos individuales, los individuos reconocen que los principios, valores y derechos van más allá de las leyes y convenciones y antepone sobre todo los derechos humanos fundamentales.
- Sexta etapa: principios éticos universales: la persona basa sus valores morales en los derechos humanos universales (pp. 126-215).

Los mayoría de los y las adolescentes y algunos adultos se ubican en el periodo convencional, y sólo después de los veinte años algunos adultos llegan al postconvencional (Kohlberg, 1992).

Para terminar, la descripción de los principales cambios que ocurren en la adolescencia, se puede decir que una persona es un organismo integral y que su desarrollo depende de factores tanto personales como externos y la adecuada integración de éstos le permiten tener un desarrollo pleno como ser humano. A continuación se dedica un apartado para mencionar algunos de los aspectos a los que el o la adolescente es vulnerable y que lo pueden llevar al desequilibrio y producir un malestar físico o psicológico.

9. Adolescencia y salud

Es evidente que durante esta etapa ocurren una serie de conflictos y ajustes, en las distintas áreas de desarrollo, y esto a su vez ubica al adolescente en una posición de vulnerabilidad para presentar algún tipo de alteración física, emocional o social y generar problemas de salud. En relación a la salud física, actualmente en nuestro país la situación de los y las adolescentes de acuerdo a Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006), realizada en jóvenes de entre 10 y 19 años, de los cuales 51 % son hombres y 49% mujeres, nos indica lo siguiente:

El tabaquismo es más frecuente en zonas metropolitanas, y los principales consumidores son los jóvenes de entre 16 y 19 años (casi 1 millón de adolescentes), de acuerdo con el sexo, el mayor porcentaje lo ocupan los hombres.

La mayoría manifestó haber ingerido bebidas que contienen alcohol, sin embargo al considerar sólo los que consumen más de 5 copas en una ocasión, se observó un mayor porcentaje en hombres que en mujeres y de nuevo, el alcoholismo, es más frecuente en los de 16 a 19 años, tanto los que ingieren alcohol una vez al mes, como los que lo hacen 1 vez a la semana.

En torno al inicio de la vida sexual, la edad mínima fue el rango de 12 a 15 años. Sobre el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, el porcentaje más alto lo ocupan los hombres, siendo el más usado el condón. En las mujeres el 57 % declaró no haber utilizado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. La edad con más alto porcentaje en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual fue el rango de 16 a 19 años.

La tasa de embarazo total fue de 79 de cada mil, ocupando el mayor puntaje las mujeres de entre 18 y 19 años con una tasa de 225 de cada mil, en segundo lugar están las 16 a 17 años con 101 de cada mil.

Sobre las conductas alimentarias de riesgo, el 18 % reportó que en los últimos 3 meses les preocupó engordar, comieron demasiado y perdieron el control para comer. Un 3 % en los últimos 3 meses realizó dietas, ayunos y practicó en exceso ejercicio con el propósito de bajar de peso. En menor porcentaje se encontró el vomito autoinducido e ingesta de medicamentos. El grupo que presentó los porcentajes más altos fue el de 16 a 19 años.

En general, los accidentes aumentaron, tanto en hombres como en mujeres, en relación con la encuesta del 2000, la edad de mayor frecuencia de accidentes para hombres es de 10 a 12 años y en las mujeres de 13 a 15.

Para la categoría de agresión hacia los adolescentes, el mayor porcentaje son los golpes, patadas y puñetazos (59%), esto es más frecuente en los hombres. La agresión sexual es la de menor porcentaje, sin embargo cabe señalar que es más frecuente en las mujeres (16 %) que en los hombres (0.3%). El lugar de la agresión con más alto porcentaje fue la vía pública o transporte.

La conducta suicida fue más alta entre los 16 y 19 años y el grupo más afectado lo conformaron los que no tiene escolaridad, viven con una pareja, consumen alcohol y están en un ambiente de violencia.

Un aspecto primordial en la salud del o la adolescente es la alimentación, ya que es la base de un desarrollo saludable y está influenciada por el medio cultural donde se desarrolla el o la joven. Su rebeldía en ocasiones llega a manifestarse en la comida haciéndose muy selectivo en relación al tipo de alimentos que consume, dejar de comer para manifestar su disgusto, siguiendo dietas autodiseñadas o despreciando lo que se le ofrece en casa. La difusión que se hace en los medios de comunicación del consumo de alimentos no nutritivos , bebidas gaseosas, las distancias en las ciudades y la moda de lugares atractivos a los adolescentes para comer fuera con sus amigos, promueve un desorden en los horarios de alimentación (Dulanto, 2000).

El Consejo de Alimentos y Nutrición del Consejo Nacional de Investigación para Adolescentes recomienda que la dieta se establece en función del sexo, edad, peso y talla. Sin embargo, se calcula que las recomendaciones generales de una dieta saludable durante la adolescencia incluyen de 2000 a 2,4000 calorías para las mujeres y hasta 3000 calorías para los hombres, además debe incluir (Sileo, 2000):

- Proteínas, en 12 a 15%, necesario para la formación del nuevo tejido muscular.
- Hierro, 12mg/día en varones y 15mg/ día para las mujeres, debido al inicio de la menstruación..
- Calcio, 1,200 mg/día, para ambos sexos, ayuda al crecimiento de los huesos..
- Zinc, 12 mg/día en la mujer y 15mg/día en el hombre, sobre todo durante la pubertad, ya que ayuda al crecimiento y mantenimiento de los huesos.
- Magnesio, componenete de los huesos.
- Fósforo, elemento de dientes y huesos.
- Vitaminas A, C, D y E.
- Nitrógeno.
- Grasas
- Timina, riboflavina y niacina
- Ácido Fólico.
- Vitamina B6 y B12.

Para completar una dieta balanceada se recomienda tener hábitos alimentarios básicos: como no omitir alimentos, tener horarios fijos para comer, consumir alimentos ricos en nutrimentos como las frutas y los vegetales, evitar el consumo de bebidas carbonatadas que por su cantidad de ácido fosfórico interviene en el metabolismo del calcio, disminuir el consumo de grasas saturadas y colesterol LDL. Además de practicar algún tipo de actividad física o deporte, no obstante, es importante indicar que si se practica de manera constante se deben cuidar la dieta y ajustarse a 10 a 15% de proteína, 30% de grasa (10% monosaturada, 10% insaturada y 10% poliinsaturada) y 55 a 60 % de carbohidratos (Sileo, 2000).

Se reporta que la mayoría de los adolescentes mexicanos y de EUA, de entre 14 y 18 años ingieren un 20 a 30% de alimentos fuera de su hogar; el desayuno es la comida que más se evita; la comida se suple con refrigerios y golosinas y la cena es la que se realiza con más frecuencia incluyendo una gran cantidad de calorías y nutrientes. El resultado es deficiencias de hierro, vitamina A y C, niacina y calcio, lo que genera a largo plazo reducción de peso, fatiga, astenia, abulia, desinterés, bajo rendimiento escolar o laboral e irritabilidad (Dulanto, 2000).

En una investigación realizada por Álvarez (2004), con jóvenes de la Cd. de Nuevo León, de entre 14 y 20 años se encontró que los y las adolescentes se preocupan demasiado por el ejercicio, y por los hábitos alimentarios. Este mismo autor encontró que los jóvenes mexicanos de entre 14 y 20 años de edad, la mayoría carecen de buenos hábitos alimentarios y de ejercicio. De acuerdo al género, los hombres manifestaron practicar más deporte en comparación a las mujeres; por el contrario en lo referente a los cuidados alimentarios las mujeres obtuvieron un porcentaje más alto que los hombres. Hay que señalar que aunque las mujeres manifiestan una actitud positiva a cuidar su alimentación esto no es congruente con lo que hacen en realidad. Referente al consumo de alcohol y tabaco, la mayoría de los jóvenes consume bebidas alcohólicas, las mujeres fuman más que los hombres y éstos obtuvieron un mayor porcentaje en consumo de alcohol y, tabaco y alcohol combinados (Álvarez, 2004).

Por otro lado la edad a la que las mujeres adolescentes inician su desarrollo reporta que es muy importante, si se presenta antes que la mayoría de sus pares presenta efectos negativos; ya que al no terminar de adquirir y consolidar algunas habilidades adaptativas, se genera riesgo de problemas de adaptación; como consecuencia hay una mayor desajuste entre la adolescente y su contexto sociocultural (Seiffge - Krenke, 1998).

También se ha encontrado que la aparición temprana de la menarca está relacionada con problemas de alteración de la imagen corporal, en especial las chicas tienden a subestimarse, es decir percibirse más delgadas de lo que realmente son (Pineda, Gómez Pérez-Mitré, Platas y León, 2000). En otro estudio se observó como las adolescentes con menarca temprana y normal se muestran más insatisfechas con sus figuras y presentan una dieta restrictiva lo cual en un futuro puede desencadenar un trastorno de la conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitré, Pineda y Platas, 2000).

Como se puede apreciar hay un vínculo entre la salud física y mental, las adolescentes están preocupadas por la apariencia de su cuerpo y ser atractivas a los chicos, además consideran el proceso de maduración física como algo molesto, atribuyen aspectos negativos a su

autoimagen y están interesadas en conocer como se desarrollan las demás. Todo esto genera una constante comparación social entre las niñas que acarrea evaluaciones negativas de sí mismas sobre aspectos físicos (Seiffge - Krenke, 1998). Cabe mencionar que se ha encontrado una relación en las actitudes hacia el propio cuerpo y la autoestima, cuanto más el cuerpo se perciba como eficaz y atractivo más alta es la autoestima (Kimel y Weiner, 1998).

En el área emocional se ha encontrado una relación entre los niños y adolescentes que tuvieron padres que fomentaron una autoestima positiva y un mejor ajuste social, emocional y académico (Demo, 2001). Este estudio da cuenta de la importancia de una autoestima positiva en la adolescencia.

Respecto a la vida familiar se ha observado que las adolescentes tiene más confianza con sus madres, pero con ambos, padre y madre, muestran una drástica disminución de contacto físico (Seiffge - Krenke, 1988).

Otro factor dentro del ámbito social que influye en la salud del o la adolescente son los avances de la vida moderna, que generan situaciones nuevas que obligan a la adaptación. Estas situaciones se convierten en agentes estresantes. Cualitativamente existen cambios en el entorno, sobre todo factores macrosociales, que repercuten sobre todo en los adolescentes por estar en una etapa de adaptación constante y ser más sensibles a este tipo de cambios. Se ha observado que los adolescentes manifiestan síntomas somáticos por factores sociales estresantes. Por una parte están los eventos de la vida cotidiana que, por ser difíciles de enfrentar, producen síntomas como dolor de cabeza, náuseas, fatiga, ansiedad y/o tristeza; y por otro lado, éstos aumentan cuando ocurre un hecho social crítico, lo que pone a los adolescentes en una posición de vulnerabilidad para tener problemas de salud (Seiffge-Krenke, 1988).

La identidad también es un factor de vulnerabilidad en la salud mental de los adolescentes, una confusión de identidad se asocia a dos tipos de respuesta: el aislamiento y la pérdida de identidad en un grupo social (Erickson, 1968). Lo mismo sucede con el autoestima, se sabe que los niños y adolescentes con una autoestima positiva se ajustan mejor a los cambios en su entorno social, emocional y educativo (Demo, 2000).

Por todo lo anterior es necesaria hacer efectiva la prevención y atención de los adolescentes, con un enfoque multidisciplinario en el que se aborden temas como conductas de riesgo, familias disfuncionales, deserción escolar, accidentes, consumo de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, condiciones ambientales insalubres y extremas y problemas de ingreso a empleos y educación profesional. Y al mismo tiempo fortalecer la difusión de políticas sociales que favorezcan la investigación y difusión de programas que promuevan la comunicación familiar, desarrollo de ambientes seguros, técnicas de autocuidado y autoestima, bajo un enfoque biopsicosocial (Pineda, 2000).

Cabe señalar que si se considera la situación actual de los adolescentes en nuestro país, sobre todo de entre 16 a 19 años, aunado a que en varias investigaciones se reitera la importancia de la adolescencia, no sólo como una etapa de transición, sino de adaptación y riesgo en sus hábitos y estilos de vida, es válido decir que resultarán más efectivos los

programas de promoción de la salud y prevención, antes de los 16 años, enfocados a problemáticas como embarazo, alcoholismo, tabaquismo y propiamente sobre los factores de riesgo de enfermedades como diabetes, hipertensión, obesidad y trastornos de la conducta alimentaria.

10 .Adolescencia y TCA

Existen investigaciones que reportan como algunas de las características físicas, cognitivas, emocionales y de personalidad de la adolescente pueden favorecer la presencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En cuanto al aspecto físico, sabemos que durante esta etapa al iniciarse la actividad hormonal hay cambios significativos en la talla y peso de la adolescente, así como una nueva distribución de la grasa corporal; Gómez- Pérezmitre (1998), encontró que las preadolescentes mexicanas de entre 10 y 12 años reportan estar muy o demasiado preocupadas por estar gordas y al mismo tiempo un alto porcentaje desea una figura ideal delgada, lo que puede considerarse como factor de riesgo de trastornos asociados a la imagen corporal en población mexicana.

Debido a la preocupación que tiene las adolescentes por su peso corporal generan pensamientos negativos respecto a ciertos tipos de alimentos y modifican su alimentación cayendo en una dieta restringida, en la que dejan de cenar, se saltan comidas o eliminan alimentos que consideran “engordadores”, las investigaciones en población mexicana, de prepúberes, púberes y adolescentes (Gómez Peresmitré, 2004), demuestran que esto es más frecuente en las mujeres.

En el aspecto emocional es importante señalar que el aumento de la presión social por un cuerpo delgado hace que los adolescentes estén preocupados por su peso, incluso hay estudios (Gómez Peresmitré y Angulo, 1998), que reportan que niños de 5° y 6° grado de primaria, independientemente de su sexo, hacen cambios en su alimentación relacionado al peso y la imagen corporal. Además de presentar prácticas alimentarias como, no consumir grasas y carbohidratos y si preferir productos bajos en calorías o “light”. Si se toma en cuenta que la cultura de la delgadez, está influyendo en los púberes es lógico pensar que durante la adolescencia esto aumente y se sumen otros factores de riesgo de TCA.

Otros dos aspectos que hay que señalar dentro del ámbito socioemocional son la autoatribución y la percepción de la relación materna, ya que además de la sociedad y los amigos, la familia es un elemento importante en el desarrollo adolescente, al respecto se ha observado que en México, hombres y mujeres, perciben la relación materna de manera negativa y tienen atribuciones negativas de si mismos. Además esto último se asocia al seguimiento de dietas restrictivas (Gómez- Peresmitré, García, Acosta, Pineda, Llopis, García y Archilla, 2002).

Con respecto a la personalidad se debe considerar que en la formación de la identidad del adolescente intervienen factores socioculturales y en la actualidad existen modelos ideales para las adolescentes que promueven la delgadez y prácticas alimentarias no saludables. El resultado de acuerdo a las investigaciones es que las adolescentes mexicanas se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, aun estando debajo de su peso normal, y desean una figura ideal delgada (Gómez Peresmitré, 1997).

Finalmente, cabe resaltar que los cambios que enfrenta el adolescente principalmente respecto a su imagen, autoestima y la interacción con los demás, son puntos de vulnerables del desarrollo, que pueden desencadenar diversos tipos de alteraciones, y en el caso particular de los TCA, también interviene de manera importante el contexto sociocultural y su exaltación de la delgadez como sinónimo de belleza y éxito personal.

CAPITULO 3

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. Antecedentes

En los últimos años la investigación clínica en torno a los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) se ha incrementado debido a la incidencia de conductas alimentarias de riesgo y la influencia que ejerce el ideal de belleza delgado en nuestra sociedad. Cada día se tiene más conocimiento de los distintos factores que interviene su predisposición, inicio, mantenimiento y tratamiento (Mancilla, et al, 2006.) El estudio de estos trastornos ha evolucionado y a lo largo de la historia los TCA han estado presentes no como patologías, sí no como conductas de riesgo comunes en cierto sector de la sociedad. A continuación se presenta una cronología de los eventos descritos más relevantes, que han sido útiles para comprender y definir este tipo de trastornos:

Tabla 1.- Los Trastornos de la Conducta Alimentaria a través de la historia.

<i>SIGLO</i>	<i>EVENTOS</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
<i>a. c.</i>	Los egipcios practicaban el ayuno antes de entrar a los templos	El dejar de comer se asocia a la purificación del cuerpo.
<i>V – I a. c.</i>	Los soldados griegos practicaban el vomito y después los romanos como una forma de vaciar el estomago y participar en grandes banquetes.	La práctica del vómito es situacional, como parte de las conductas relacionadas a grandes festejos.
<i>IV d. c.</i>	Los “Padres del desierto” restringían su alimentación a sólo vino, carne o nada. Otros sólo comían cada tres meses Los penitentes practican el vómito	Se instaura el cristianismo y con éste el ayuno como medio de purificación y penitencia. Posteriormente se usaba ayuno y plegarias en los exorcismos. El vómito se usa como una forma de “arrojar los pecados”
<i>VI</i>	Sta. Wilgefortis, hija del rey de Portugal, se negó al matrimonio, practicó el ayuno, el ascetismo, su cuerpo se masculinizo y murió crucificada.	Su comportamiento la hace ser considerada santa en Holanda, España, Alemania e Inglaterra
<i>IX</i>	Friderada de Treuchtlingen, padeció una enfermedad que le provocó un apetito incontrolable. En el monasterio de Sta. Walpurgis disminuyó su alimentación y practicó vomito autoinducido después de comer algo.	Su condición se atribuyó a un milagro.

<i>SIGLO</i>	<i>EVENTO</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
XI	<p>Jóvenes religiosas practican el ayuno, y presentan cuadros de anorexia. (Sta. Verónica, María de Oignies, Beatriz de Nazareth, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovaina).</p> <p>La princesa Margarita practicó el ayuno, plegarias y realizaba múltiples tareas domésticas para estar muy activa. Todo esto se incrementó cuando la pretendieron casar, conduciéndola a la muerte.</p>	<p>Los porcentajes de mujeres que realizaban este tipo de practicas son, un 39% de 261 santas italianas, un 52% y 56% de 52 religiosas agustinas.</p> <p>Además de santas, personajes de la realeza europea presentaban el mismo cuadro de conductas patológicas.</p>
XII	Catharina Benincasa o Sta. Catarina de Siena practicó el ayuno excesivo, asociado a practicas de penitencia, ingería sólo pan y agua, y al final no tomaba nada de alimento lo que la llevó a la muerte en 1380.	Las prácticas de riesgo tenían un porcentaje de 50% de 42 santas.
XVI	<p>Inicia la Reforma Luterana, en algunos países el ayuno se torna negativo y es asociado a satanás.</p> <p>Se describe en un diccionario médico el “caninus appetitus” .</p>	<p>El realizar o no ayunos tiene motivaciones religiosas asociadas al contexto sociocultural de la época.</p> <p>Se habla de la bulimia como un padecimiento</p>
XVII	<p>Jeanne Balan y Eva Vliegen doncellas que practicaron el ayuno, restricción alimentaria y aislamiento.</p> <p>Marthe Taylor leía día y noche , sólo consumía jugos y almibar, padecía de vómitos y a los 18 años presentó amenorrea</p> <p>El papa Benedicto XIV disminuye el número de canonizaciones y erradica la importancia del ayuno.</p> <p>Enrique VIII y Eduardo de Inglaterra practican los atracones seguidos de vomito.</p>	<p>Asociaron sus conductas de ayuno con brujería y posesiones demoniacas.</p> <p>Se puede considerar como uno de los primeros cuadros clínicos, por la descripción que se hizo de su enfermedad.</p> <p>En religiosas la practica de ayuno tiene un porcentaje de 61% de 13.</p>
XVIII	Surgen los artistas del hambre o esqueletos vivientes, p.e. Claude Ambroise Seurat y Giovanni Succi.	El ayuno se empieza a disociar de la religión, y la delgadez extrema se exhibe en la vía pública.
XIX	<p>Ann Moore, practicó ayuno, vómitos y problemas gastrointestinales. Se creía que sobrevivía sin nada de alimento</p> <p>Se presentan casos de dispepsia y clorosis en adolescentes de clase media y media alta.</p>	El fundamento religioso y el científico se ponen a prueba, ya no se da por hecho lo milagroso del caso, se realiza una investigación para comprobarlo, se intenta buscar una causa física o personal.

<i>SIGLO</i>	<i>EVENTO</i>	<i>CARACTERÍSTICAS</i>
XX	<p>Charcot, menciona el miedo a engordar como el motivo del ayuno y restricción alimentaria.</p> <p>Se describe le “binge eating syndrome” Se presentan casos de dispepsia (alteraciones digestivas) y clorosis (rechazo de alimento y amenorrea) en jóvenes de clase media y alta.</p> <p>Con el inicio de la era victoriana se enfatiza la importancia de la “apariencia delgada en el cuerpo de la mujer”.</p>	<p>En las religiosas las conductas de ayuno ya sólo tienen un porcentaje 12% de 16.</p> <p>Los trastornos en las conductas alimentarias se relacionan con la apariencia y deseo de una figura esbelta.</p>

Fuente: Toro, 1999 (pp. 16-53).

De acuerdo con Toro (1999, pp. 39-53). Las aportaciones clínicas más relevantes en torno a los TCA son:

- Bell publicó “Holy Anorexia”.
- Morton describió por primera vez el trastorno como una consunción nerviosa
- Whytt destacó el origen nervioso de las alteraciones alimentarias.
- Lange mencionó la amenorrea en los cuadros clínicos (enfermedad de las vírgenes).
- Motherby describe tres tipos de bulimia la de hambre, hambre y vómito y hambre y desmayo.
- James describe un trastorno de atracón y vómito (boulimus).
- Pinel consideró la anorexia como neurosis del estómago, de tipo gástrica o nerviosa.
- Lasegue describió el curso de la anorexia histérica y edad de inició (entre los 15 y 20 años).
- Sorapán describió el hambre canina como comer y luego vomitar.
- Gull señaló la anorexia nervosa en mujeres, hombres y clases de la alta sociedad.
- Blachez indicó que puede haber periodos de anorexia y bulimia alternados.
- Charcot incorporó el miedo a la obesidad y el aislamiento de la familia (parentectomía) como forma de tratamiento.
- Lafora reafirmó la presencia del miedo a engordar.
- Gilles de la Tourette habló de anorexia mental primaria y secundaria y refirió la alteración de la imagen corporal.
- Janet relacionó este tipo de trastornos con la sexualidad.
- Simmonds refirió un componente neurológico (caquexia por lesión del lóbulo anterior de la hipófisis).
- Ryle señaló la influencia del modelo ideal delgado.
- Brunch resaltó el papel de la infancia y el locus de control.
- Selvini retomó la influencia de la familia, el nivel socioeconómico y las presiones sociales.
- Binswanger describió el uso de laxantes en la bulimia.
- Rusell definió el cuadro clínico completo.
- Stunkard habló por primera vez el “binge eating syndrome” (pp. 39-53).

Es importante mencionar que los TCA involucran una conducta básica del ser humano, el comer, la cual biológica y evolutivamente es necesaria y busca proporcionar al cuerpo los nutrientes suficientes para su crecimiento, buen funcionamiento y mantenimiento de la salud. Sin embargo, como se puede observar a lo largo de la historia, las conductas alimentarias, como ayunar, no comer o tener una dieta restringida puede obedecer a factores de tipo: 1) religioso, ya que se promueve el ayuno a manera de penitencia y forma de sacrificio que permite hacer una petición; 2) cultural, los alimentos tienen un significado dentro de cada nación, por ejemplo en México los tamales, el maíz, frijol y picante representan parte de nuestra identidad nacional; 3) social, hay alimentos relacionados a cierto tipo de eventos y alimentos que se consumen a diario, cierto tipo de comida se asocia a un nivel socioeconómico, es una forma de establecer relaciones interpersonales; y 4) emocional, desde bebés el ser alimentados por nuestra madre representa un componente de

confianza y satisfacción de necesidades que puede volver asociarse en etapas posteriores (Toro, 1999).

2. Interpretaciones de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

2.1. La perspectiva psicoanalítica

Desde este punto de vista la anorexia no es sólo negarse a comer, más bien se postulan varios orígenes de este síntoma, los cuales surgen conforme se va desarrollando la teoría, y son: asociaciones repulsivas y cargadas de afecto entre el acto de comer y eventos traumáticos en la infancia. Con el planteamiento de la teoría sexual se postula la hipótesis de la somatización de la repulsión de la sexualidad adolescente; establecer la relación comer-engordar-embarazo, se sufre una regresión a la etapa oral como una forma de evitar la genitalidad, en este mismo sentido se habla de la “fantasía oral de la fecundación”. Deseo de independencia y se busca la separación madre- hijo, alimento-boca. Represión de pulsiones llegando a la muerte por inanición; para preservar el “yo” cuando el alimento tiene un carácter persecutorio; como una forma de control y sublimación del acto de morder representante del impulso sádico. Respecto a la bulimia las hipótesis son las siguientes: se define el hambre de lobo, en las mujeres frías, como una forma de sustituir la actividad libidinal (Caparros y San Feliú, 1997).

La anorexia y la bulimia se conocen como las patologías de la abundancia y en la que el cuerpo es el objeto de rebelión contra la autoridad, las normas familiares, y se consideran como una la forma de narcisismo en la vida moderna consumista, sólo que en este caso el objeto de consumo de la persona es ella misma, se autoconsume (Valiente, 2000).

2.2. La perspectiva de desarrollo

Este período se caracteriza por el surgimiento de las funciones reproductivas propias de cada sexo, y un aumento de los impulsos sexuales. Se plantea que la anorexia es un intento de algunas chicas por buscar la infertilidad y la autodestrucción y evitar el futuro inminente. Al dejar de comer se interrumpe el desarrollo y el cuerpo parece volver al periodo de desarrollo previo, se vuelven asexuales, ya que incluso se presenta la amenorrea. Es así como baja fuerza yóica y una obsesión por rechazar la feminidad lleva a tomar a las chicas una decisión inconsciente: negar la posibilidad de comer y crecer (Gómez, 2003). Desde este punto de vista es una alteración en el desarrollo normal con base en problemas de identidad personal y sexual.

En este sentido son los padres, pero en especial la madre, los que también influyen, en la formación de la identidad del o la adolescente y en el caso de la anorexia son personas que se sienten controladas, que no tuvieron una respuesta adecuada y apropiada de su madre que les permitiera reconocerse e identificar su cuerpo para tener una identidad corporal y en su búsqueda de control llegan a la inanición. También se observa antecedentes de falta de autonomía para tomar decisiones en el núcleo familiar (Enguix y Madero, 1995).

2.3. La perspectiva fisiológica

A grandes rasgos el sistema nervioso central es el encargado de controlar los mecanismos fisiológicos que nos indican el momento de comer o no. Es un sistema en el que participa el hipotálamo medial y el núcleo paraventricular, que al detectar cambios en los niveles plasmáticos envían señales bioquímicas que promueven el hambre, el neurotransmisor involucrado es la dopamina; de la misma forma se envía señales cuando detecta un nivel constante de glucosa en sangre, y la serotonina se encarga de favorecer la saciedad. Considerando esto se ha observado que la dopamina además de favorecer el hambre tiene un papel importante en la depresión y estos dos aspectos se combinan en la bulimia (atracones y síntomas depresivos). En el caso de la anorexia el antagonista de la dopamina, triptofano se encuentra disminuido en la paciente anoréxica y por tanto se disminuye el apetito (Enguix y Madero, 1995).

2.4. Perspectiva actual en los TCA

El mundo occidental se caracteriza por el culto a la delgadez, aquí cabe mencionar que en Oriente no son tan frecuentes los TCA y si se llegan a presentar hay que resaltar dos condiciones, la primera es que no se presenta el temor a engordar y segundo los casos reportados son de personas que han emigrado o estado en contacto con la cultura occidental (Toro, 1999).

Una característica de la cultura de la delgadez es que la forma esbelta en el cuerpo femenino, los ayunos y abstinencias de ciertos alimentos están directamente relacionados con el adjetivo “belleza”. Las consecuencias son:

- 1) a nivel sociocultural se atribuye un valor estético positivo a un cuerpo sin grasa y delgado, y se relacionan con la aceptación y estatus social.
- 2) a nivel individual, la persona se aceptara a sí misma en la medida en que cumple con el estereotipo de “delgado o delgada”, incluso su autoestima se ve afectada y tiende preocuparse por su peso corporal al grado de llegar a sentir insatisfacción con su cuerpo, lo anterior es más frecuente en las mujeres (Toro, 1999). Al respecto se reporta que cuanto más eficaz y atractivo se perciba el cuerpo más alta es la autoestima (Kimel y Weiner, 1998).

Cuando se presenta el miedo obsesivo a engordar y la necesidad de perder peso, pueden aparecer las conductas alimentarias de riesgo como selección, restricción, eliminación o evitación de alimentos, vómitos, hiperactividad, uso de laxantes, diuréticos, ayunos, entre otros; y a su vez éstas pueden cursar un patrón obsesivo y generar un cuadro clínico (Chinchilla, 2003).

Actualmente los TCA son definidos como “procesos patológicos que generan actitudes y comportamientos anormales, en relación a la ingestión de alimentos, teniendo como base una alteración psicológica, una distorsión en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad” (Mancilla, Gómez – Peresmitré, Álvarez, Paredes, Vázquez, López, y Acosta, 2006. p. 123). El Manual Diagnóstico y Estadístico, de los trastornos mentales, en su cuarta edición, DSM- IV- TR (APA, 2004), describe que los TCA son alteraciones graves de la

conducta alimentaria y se incluyen la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno alimentario compulsivo (binge eating) y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado. El CIE – 10 (OMS, 2004) considera los siguientes trastornos: anorexia nervosa, anorexia atípica, bulimia nervosa, bulimia atípica, hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos (acontecimiento estresantes, duelos, accidentes, etc. e hiperfagia psicógena), vómitos asociados a otros trastornos psicológicos (por trastorno disociativo, trastorno hipocondríaco y vómitos excesivos en el embarazo), otros trastornos de la conducta alimentaria (pérdida de apetito psicógena); y trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

3. Criterios diagnósticos de la Anorexia nervosa:

La Anorexia nervosa se caracteriza por una grave pérdida de peso causada por una deliberada inanición. De acuerdo con el Breviario del Manual de Diagnóstico Estadístico DSM-IV-TR (2002), los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso por ganar o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negociación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea.

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas. (pp. 249-250)

El CIE – 10 (OMS, 2004) considera los siguientes criterios de diagnóstico:

Para Anorexia nervosa

- A. Pérdida de peso o, en niños, ausencia de ganancia, que conduce a un peso corporal de al menos un 15% por debajo del peso normal o del esperado por la edad y la altura.
- B. La pérdida de peso es autoinducido por evitación de “alimentos que engordan”.
- C. Distorsión de la imagen corporal, de estar demasiado gordo, con pavor intrusivo a la gordura, que conduce al paciente a imponerse a sí mismo un límite de peso bajo.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo–hipofisogonadal, que se manifiesta en mujeres por amenorrea y en hombres por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, cuya forma más frecuente es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. El trastorno no cumple los criterios A y B de bulimia nerviosa. (pp.140-141).

3.1. Anorexia nervosa atípica

Trastornos que cumplen con algunas de las características de la anorexia nervosa, pero cuyo cuadro clínico completo no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, uno de los síntomas clave, tal como amenorrea o un pavor marcado a estar gordo, puede faltar en la presencia de una pérdida de peso marcada y conductas de adelgazamiento. Este diagnóstico no debe hacerse si está presente algún trastorno orgánico conocido que se asocie a pérdida de peso.

3.2. Epidemiología

Se observa en un 0.5 a un 1%, de 100,000 habitantes. Hay una mayor incidencia en mujeres, de entre 10 a 25 años, la más frecuente es de 13 a 18 años. Hay un 70% a un 65% de heredabilidad en gemelos monocigotos.

4. Etiología

El modelo biopsicosocial es el que mejor explica el origen de los TCA considerando la interacción de factores de tipo: individual, biológicos y psicológicos, social, los familiares y socioculturales (Chinchilla, 2003).

4.1. Factores biológicos

Se subdividen en genéticos y endocrinos, en relación a los primeros las mujeres familiares de pacientes con TCA tiene un alto grado de heredabilidad, de hasta 60%; en general se han observado polimorfismos y mutaciones y delecciones en los genes asociados a la serotonina, dopamina, noradrenalina, POMC y neuropeptido (Fuentes, Hurtado, González, Escartí, y García 2002). A nivel endocrino las alteraciones hipotalámicas sobre todo por el alto nivel de serotonina, alteraciones del eje hipotálamo – hipofisi – tiroideas, por el aumento de T3, T4 normal o baja y sin respuesta a la hormona tiroestimulante (TSH). Aumento en la hormona del crecimiento con respuesta a un estado de malnutrición. Alteraciones en el nivel de glucosa, prolactina y 17beta- estradiol y aumento de cortisol. Son algunos de los cambios a nivel endocrino asociados a la presencia de la anorexia nervosa (García 2002; Chinchilla, 2003)

4.2. Factores familiares

Entre estos factores se señala a las familias con necesidades neuróticas en las que se impide la maduración, ambientes familiares que ponen demasiada atención a la apariencia física o que no hay comunicación directa, y se requiere de un mediador. También se señala la presencia de abuso sexual en la infancia (Chinchilla, 2003). Para Unikel, Aguilar y Gómez-Peresmitré (2005), la crítica del padre y la madre influyen en dos de los factores de riesgo, en la población mexicana.

4.3. Factores socioculturales

La cultura occidental de la delgadez, influye en la persona a través de varias vías entre las más importantes encontramos: la valoración positiva que tiene el estar delgado, el papel negativo y casi fóbico de tener grasa en el cuerpo, la interiorización de modelos de belleza difundidos por los medios de comunicación y publicidad. Al respecto se ha observado que en adolescentes mexicanas con un promedio de edad de 11 años ya se encuentra introyectado el valor positivo de la delgadez y la connotación negativa a subir de peso o llegar a estar gorda (Gómez-Peresmitré, 1999).

5. Sintomatología

Los principales síntomas que se pueden presentar como complicaciones de los constantes ayunos y la inanición son los siguientes (Silber, 2000):

a) La desnutrición la cual genera alteraciones a nivel metabólico y neuroendocrino, por lo cual la respuesta del organismo se divide en tres fases:

1. Para mantener el nivel de glucosa se realiza la gluconeogénesis hepática acelerada, utilizando la alanina como sustrato, la insulina y el glucógeno regulan el nivel de glucosa.
2. Si continúa la inanición inicia la cetocemia y reducción del catabolismo proteínico, se hace un cambio metabólico a fin de conservarla.
3. La hipoglucemia que se caracteriza por cetocemia, y se utiliza en lugar de la glucosa las cetonas;. Los ácidos cetónicos disminuyen el catabolismo del músculo, se tiende a la hipoglucemia. El resultado deficiencias de zinc y magnesio, hipoproteinemia, hipoalbuminemia y carotenodermia (p 129).

b) Los trastornos internos los cuales se presentan en diferentes niveles:

- 1) Electrolíticos, característicos de los cuadro de tipo restrictivo, deshidratación, que inicia con debilidad y mareos y puede terminar en un síncope. Inicia con bradicardia, luego taquicardia e hipotensión ortostática y Síndrome de Bartter y edema periférico.
- 2) Alcalosis metabólica hipopotasémica, si hay inducción de vómito, se pierde potasio y cloruro que regulan el volumen real de la sangre dando como resultado alteraciones de la presión arterial, hiperaldosteronismo secundaria, disminución de iones de hidrógeno, hipocloremia e hiponatremia (por exceso de agua en el cuerpo puede llegar a morir).
- 3) Hipomagnesemia, causa irritabilidad, ansiedad, confusión, debilidad, espasmos y arritmias.

- 4) Hipocalcemia.
- 5) Hipofosfatemia, causa anemia hemolítica, encefalopatías, confusión, parestesias, convulsiones y la muerte.
- 6) Acidosis (pp. 129-130).

c) Trastornos inmunitarios y hemáticos son:

- 1) La leucopenia.
- 2) Anormalidades hematológicas, en algunos casos los linfocitos T4 disminuyen y en otras permanecen normales.
- 3) Hemoconcentración.
- 4) Hipocelularidad difusa en médula ósea .
- 5) Trombocitopenia .
- 6) Déficits inmunitarios.

d) Trastornos endocrinos son:

- 1) Amenorrea por secreción disminuida de hormona liberadora de hormona luteinizante y hormona liberadora de gonadotropinas; por consiguiente baja la concentración de hormona luteinizante, foliculoestimulante, estrógenos y progesterona.
- 2) Ovarios poliquísticos.
- 3) Alto nivel de cortisol.
- 4) Alta concentración de hormona del crecimiento.
- 5) Fluctuaciones de vasopresina.
- 6) Catecolaminas periféricas bajas.
- 7) Hormona tiroidea baja (t3).
- 8) Supresión de la hormona suprarrenocorticotropica (ACTH).

e) Trastornos neurológicos se han observado a través de Tomografía axial computarizada, Resonancia magnética t Tomografía por emisión de positrones y son:

- 1) Ventriculos dilatados.
- 2) Hipermetabolismo de glucosa en el núcleo caudado y corteza cerebral.
- 3) Hipoperfusión cerebral.
- 4) Cambios en el pH.
- 5) Hiponatremia.
- 6) Anormalidades electroencefalográficas – síndrome de simpatía refleja.
- 7) Trompa de Eustaquio inestable por pérdida de grasa circundante, genera “escucha en eco”.

f) Trastornos cardiacos son resultado de todo el desequilibrio electrolítico:

- 1) Bradicardía sinusual.
- 2) Hipotensión, menos de 40 pulsaciones /minuto.

- 3) Ventriculo izquierdo disminuido.
- 4) Prolapso de válvula mitral.
- 5) En el electrocardiograma amplitud disminuida del complejo QRS, cambios del segmento ST y la onda T.
- 6) Miopatía y cardiopatía

g) Trastornos pulmonares son los siguientes:

- 1) Neumomediastino.
- 2) Neumotórax.
- 3) Enfisema subcutáneo.
- 4) Fracturas costales.
- 5) Rotura alveolar.
- 6) Bradipnea por la alcalosis.

h) Trastornos de las vías gastrointestinales son:

- 1) Hipertrofiaparotidea.
- 2) Relajación del esfínter esofágico y causar reflujo, hemorragia, lesión esofágica superficial (Síndrome de Mallory – Weiss) y vaciamiento gástrico.
- 3) Rotura esofágica (Síndrome de Boerhaave).
- 4) Hernia hiatal.
- 5) Úlcera gástrica o duodenal.
- 6) Necrosis y perforación intestinal.
- 7) Síndrome de la arteria mesentérica, por la pérdida de grasa la arteria mesentérica superior forma una pinza obstructiva en la 2ª porción del duodeno.
- 8) Estreñimiento.
- 9) Hemorragia intestinal.
- 10) Colón catártico, por lesión celular en el plexo mioentérico.
- 11) Pancreatitis.
- 12) Diarrea.
- 13) Aumento de enzimas hepáticas.

i) Trastornos de las vías urinarias:

- 1) Deshidratación, incremento de la urea nitrogenada y creatinina.
- 2) Disminución de la filtración glomerular y resulta una baja capacidad de concentración de orina.
- 3) Poliuria.
- 4) Nefropatías.
- 5) Nefrolitiasis.
- 6) Leucocituria y hematuria
- 7) Litiasis renal.

j) Trastornos del sistema musculoesquelético:

- 1) Pérdida de masa muscular, ocasiona debilidad.

- 2) Calambres por los trastornos electrolíticos.
- 3) Si se usa jarabe de ipeca para inducir el vómito aumenta la creatinina y esto acarrea debilidad proximal.
- 4) Osteopenia u osteoporosis
- 5) Compresión vertebral

k) Trastornos de piel y anexos:

- 1) Hipotermia.
- 2) Presencia de lanugo en extremidades y espalda.
- 3) Color de piel icterico y conjuntivo claras.
- 4) Alopecia.
- 5) Petequias, púrpura y pelagra.

l) Trastornos yatrógenos y secuelas:

- 1) Interrupción del desarrollo.
- 2) Lesión esofágica.
- 3) Complicaciones psiquiátricas.

m) Trastornos psicológicos están:

- 1) Ansiedad.
- 2) Labilidad emocional.
- 3) Irritabilidad.
- 4) Apatía.
- 5) Aislamiento.
- 6) Falta de concentración.
- 7) Disminución de interés sexual
- 8) Riesgo suicida (pp.130-132).

La mortalidad a largo plazo es de un 10% de personas hospitalizadas, debido a inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. (APA, 2002). También se refiere como causas de muerte la prolongación del segmento QT o arritmia hipopotasémica, infecciones y colapso gastrointestinal (Silber, 2000).

6. Factores predisponentes

Los aspectos individuales representan factores de importantes entre ellos se encuentra el peso al nacer, la raza caucásica, sexo femenino, obesidad previa, ser hijo de primer grado y gemelos monocigotos. En el área social, se observa un mayor riesgo si hay eventos estresantes en la infancia, clase media alta, preocupación por la apariencia y en profesiones en donde importa la apariencia física. En cuestión psicológica se considera el pensamiento abstracto, rasgos de dependencia, identidad incompleta, negativismo y subordinación. (Chinchilla, 2003; APA, 2002). En una investigación se encontró el papel predisponente de la autoimagen pobre y un interés en las dietas y el control de peso (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001). En otro estudio realizado por Behar, Manzi y Dunny (2006), se

encontró que una baja autoaserción, la cual constituye la habilidad social con mayor valor predictivo en la aparición de un TCA. Una baja habilidad de autoaserción se manifiesta en timidez, sumisión, dependencia, ansiedad y falta de competencia social.

7. Factores desencadenantes

Se reconoce que las familias con una dinámica neurótica que impide el desarrollo y madurez de los miembros, la restricción en la dieta, y eventos estresantes son los de mayor importancia, aunque también se consideran sobrepeso, pensamientos obsesivos, depresión, ambientes conflictivos en diferentes contextos principalmente el escolar y el familiar y eventos estresantes, p. e. la muerte de un familiar cercano o padre (Chinchilla, 2003; APA, 2002).

8. Factores de mantenimiento

Debido a que sigue un curso inestable, ya que puede presentarse un único episodio, un patrón fluctuante o bien un deterioro crónico es difícil delimitar que factores hacen esta diferencia en el tipo de desarrollo de la anorexia. Además se ha observado que en ocasiones después de cinco años de iniciado el padecimiento surgen atracones, lo que complica el padecimiento y parece cambiar a una bulimia o bien sólo a un tipo compulsivo/purgativo. La influencia social en las actitudes ante la comida, bajo consumo de carbohidratos y grasas constituyen otros factores de mantenimiento. También se refieren las alteraciones hipotalámicas, alexitimia, hiperactividad y cambios en el estado de ánimo. (Chinchilla, 2003; APA, 2002).

9. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Los principales trastornos que deben tomarse en cuenta para realizar el diagnóstico diferencial son los siguientes (Breviario del Manual de Diagnóstico Estadístico, DSM-IV (2002):

- Enfermedades médicas: del aparato digestivo, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aclasia esofágica, hipertiroidismo, tumor hipotalámico y diabetes.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior, presenta vómitos.
- Síndrome de malaabsorción
- Síndrome de Sheehan
- Trastorno depresivo mayor.
- Esquizofrenia.
- Fobia social.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno dismórfico.
- Enfermedad de Crohn
- Enfermedad celiaca
- Bulimia nerviosa (p 248).

La comorbilidad se da con: trastornos afectivos, trastorno obsesivo - compulsivo, ansiedad y trastornos de la personalidad. Un 23% sufrió abuso sexual (Chinchilla, 2003).

10. Tratamiento

Se basa en un enfoque multidisciplinario que incluye la participación del médico, psicólogo, psiquiatra, endocrinólogo y nutriólogo. Para la implementación de programas de tratamiento dietético, farmacológico (antidepresivos, benzodiazepinas, normotímicos, neurolépticos y antianorexigénicos). Psicoterapia individual y familiar, que independientemente del enfoque considere: el área física, conductual, cognitiva, sociofamiliar y de personalidad; y programas de seguimiento y autoayuda. (Chinchilla, 2003).

En este aspecto hay una amplia investigación en programas terapéuticos bajo un enfoque cognitivo-conductual. Algunos de los elementos que se mencionan como efectivos en los programas para TCA, incluyen: materiales audiovisuales, material escrito, un diario personal, un registro de alimentos ingeridos por día, información nutricional y de salud; y entrenamiento en técnicas de relajación (Raich, Mora y Marroquin, 2000). También se han implementado programas específicos para alteraciones de la imagen corporal que incluyen: ejercicios de relajación, manejo de la respiración, automonitoreo, manejo de ideas negativas en torno a la imagen corporal (Stewart, Wiliamson y Donald, 2003)

Ruhl y Jacobbi (2005), señalan que la efectividad de este tipo de terapias es superior a otros enfoques, además mencionan que el tratamiento de los TCA, anorexia, bulimia y trastorno por atracón, en adolescentes debe buscar que la recuperación se mantenga hasta la edad adulta. Otro aspecto importante en la recuperación del los TCA es el apoyo de la familia, en una investigación Fernández y Sole (2003) demostraron una mejoría significativas en la relación entre el paciente con TCA y sus familiares, si éstos últimos también son atendidos con terapia de apoyo. En otro estudio se reafirmó que el abordaje terapéutico de la anorexia nervosa debe incluir terapia para la familia, además de sugerir que se apliquen estrategias del enfoque psicodinámico y del cognitivo-conductual (Bowers, 2002).

Por otra parte Perpiña, Marco, Botella y Baños (2005) reportaron los resultados de la aplicación de un programa de tratamiento de alteraciones de la imagen corporal, que combina el enfoque cognitivo-conductual y la realidad virtual, mostrando beneficios, y aunque los resultados del tratamiento no se mantuvieron al año de seguimiento, si se observó un fortalecimiento de los resultados obtenidos en comparación al uso de un solo tipo de tratamiento.

11. Criterios diagnósticos de la *Bulimia nervosa*

La bulimia nerviosa se distingue por episodios recurrentes de sobrealimentación compulsiva, seguidos por intentos de evitar consecuencias del balance positivo autoinduciendo el vómito o utilizando otros medios drásticos De acuerdo con el Breviario del Manual de Diagnóstico Estadístico DSM-IV-TR (2002, pp.250-251) los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa son:

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

- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno excesivo y ejercicio excesivo.

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

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

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

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

El CIE – 10 (OMS, 2004) considera los siguientes criterios de diagnóstico:

Para Bulimia nerviosa

- A. Presencia de episodios repetidos de ingesta (al menos dos por semana en un periodo de tres meses) en los que se ingieren grandes cantidades de comida en un corto periodo de tiempo.
- B. Presencia de una preocupación constante por la comida y un fuerte deseo o una sensación de compulsión de comer (ansia).
- C. El paciente intenta contrarrestar los efectos sobre el peso de la comida por uno o más de los siguientes: 1) vómitos autoinducidos, 2) purgas autoinducidas, 3) períodos de ayuno alterantes y 4) consumo de sustancias anorexígenas, preparados tiroideos o laxantes; cuando la bulimia se produce en pacientes diabéticos pueden escoger omitir su tratamiento con insulina.
- D. Auto percepción de estar demasiado obeso, con ideas intrusivas de pavor a la obesidad, que normalmente conduce a bajo peso (p 142).

Para la Bulimia nerviosa atípica

Trastornos que siguen algunas de las características de la bulimia nerviosa, pero en los cuales el cuadro clínico global no justifica ese diagnóstico. Por ejemplo, puede haber episodios repetidos de ingesta excesiva y uso de purgantes sin un cambio significativo de peso, o puede estar ausente la típica preocupación excesiva por la figura y el peso.

12. Epidemiología

Hay una influencia genética en la probabilidad de que se presente la bulimia y corresponde a un 35% en gemelos monocigotos. Es de 1 a 3 por ciento de las mujeres y en los hombres es 10 veces menor. Inicia cerca del final de la adolescencia y principios de la vida adulta. (APA, 2002). Es más frecuente el intento suicida en pacientes bulímicos.

13. Etiología

Este trastorno aún no se ha estudiado lo suficiente, por lo que se adopta, al igual que en la anorexia el modelo biopsicosocial con sus factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Chinchilla, 2003).

13.1. Aspectos biológicos

El consumo de alcohol y drogas previo a la presencia de los síntomas y un mal funcionamiento en el sistema dopaminérgico, ya que involucra por un lado la regulación de la ingesta, y por otro el componente depresivo; serotoninérgico y del neuropéptido. (Chinchilla, 2003).

13.2. Aspectos familiares

Entre los más importantes se consideran padres o familiares con depresión y trastornos afectivos en padres; consumo de drogas, falta de un ambiente afectivo y tener padres obesos (Chinchilla, 2003).

Cabe señalar que Gómez Pérez-mitré, Saucedo y Unikel (2005), reportan que la crítica del padre y la madre como factores de riesgo con una influencia importante en la presencia de TCA en población mexicana, de igual forma que en la anorexia se debe considerar la percepción de la relación materna como facilitadora de la aparición de este tipo de trastornos (Gómez Peresmitré, García, Acosta, Pineda, Llopis, García y Archilla, 2002).

13. Factores socioculturales

La bulimia parece ser más reciente que la anorexia, y constantemente se relacionan en la literatura, además tiene factores socioculturales en común: la cultura de la delgadez y el temor a subir de peso. De ahí que se cae la culpa después de los periodo de compulsión y se realizan prácticas como el vómito, purgas o laxantes, de carácter patológico para evitar engordar (Toro, 1999).

14. Sintomatología

El vómito, uso de laxantes o diuréticos; y la compulsión por comer generan alteraciones a nivel metabólico, las cuales son descritas a continuación:

Los trastornos internos se presentan a nivel:

Electrolíticos, característicos de los cuadro de tipo restrictivo, deshidratación, que inicia con debilidad y mareos y puede terminar en un síncope. Inicia con bradicardia, luego taquicardia e hipotensión ortostática y Síndrome de Bartter y edema periférico.

- 1) Alcalosis metabólica hipopotasémica, si hay inducción de vómito, se pierde potasio y cloruro que regulan el volumen real de la sangre dando como resultado alteraciones de la presión arterial, hiperaldosteronismo secundaria, disminución de iones de hidrógeno, hipocloremia e hiponatremia (por exceso de agua en el cuerpo puede llegar a morir).
- 2) Hipomagnesemia, causa irritabilidad, ansiedad, confusión, debilidad, espasmos y arritmias.
- 3) Hipocalcemia.
- 4) Hipofosfatemia, causa anemia hemolítica, encefalopatías, confusión, parestesias, convulsiones y la muerte.
- 5) Acidosis.

Trastornos inmunitarios y hemáticos son:

- 1) La leucopenia.
- 2) Anormalidades hematológicas, en algunos casos los linfocitos T4 disminuyen y en otras permanecen normales.
- 3) Hemoconcentración.
- 4) Hipocelularidad difusa en médula ósea .
- 5) Trombocitopenia .
- 6) Deficits inmunitarios.

Trastornos endocrinos son:

- 1) Ovarios poliquísticos.
- 2) Alto nivel de cortisol.
- 3) La hormona suprarrenocorticotrópica (ACTH).
- 4) Trastornos menstruales

Trastornos pulmonares son los siguientes:

- 1) Neumomediastino.
- 2) Neumotórax.
- 3) Enfisema subcutáneo.
- 4) Fracturas costales.
- 5) Rotura alveolar.
- 6) Bradipnea por la alcalosis.
- 7) Fracturas costales.
- 8) Rotura alveolar.

Trastornos de las vías gastrointestinales son:

- 1) Hipertrofiaparotidea.
- 2) Relajación del esfínter esofágico y causar reflujo, hemorragia, lesión esofágica superficial (Síndrome de Mallory – Weiss) y vaciamiento gástrico.
- 3) Rotura esofágica (Síndrome de Boerhaave).
- 4) Hernia hiatal.
- 5) Necrosis y perforación intestinal.
- 6) Erosión del esmalte dental
- 7) Estreñimiento.
- 8) Hemorragia intestinal.
- 9) Colón catártico, por lesión celular en el plexo mioentérico.
- 14) Pancreatitis.
- 15) Diarrea.
- 16) Aumento de enzimas hepáticas.
- 17) Crecimiento de glándulas salivales y parotidas.

Trastornos de las vías urinarias:

- 1) Deshidratación, incremento de la urea nitrogenada y creatinina.
- 2) Disminución de la filtración glomerular y resulta una baja capacidad de concentración de orina.
- 3) Poliuria.
- 4) Nefropatías.
- 5) Nefrolitiasis.
- 6) Leucocituria y hematuria
- 7) Litiasis renal.

Trastornos del sistema musculoesquelético:

- 1) Calambres por los trastornos electrolíticos.
- 2) Si se usa jarabe de ipeca para inducir el vómito aumenta la creatinina y esto acarrea debilidad proximal.

Trastornos de piel y anexos:

- 1) Color de piel icterico y conjuntivas claras.

Trastornos iatrogenos y secuelas:

- 6) Lesión esofágica.

En relación a los síntomas psicológicos:

- 1) Riesgo suicida
- 2) Aislamiento
- 3) Adicciones
- 4) Actitud negativa
- 5) Cleptomania (pp. 124-126)

15. Factores predisponentes

Los factores a nivel individual son los gemelos monocigotos, con familiares que tengan padecimientos psiquiátricos, adicciones y depresiones. A nivel familiar presencia de conflictos, exceso de control y dependencia emocional. En cuestión psicológica percepción alterada, insatisfechas, tendencia a perfeccionismo, rasgos depresivos, consumo adictivo de otras sustancias como tabaco y alcohol. Y socioculturales el rechazo al sobrepeso y la insatisfacción con la imagen corporal (Chinchilla, 2003).

Al igual que en la anorexia, en la bulimia una autoimagen pobre y un interés en las dietas y el control de peso (favorecen la aparición de un TCA (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo Molina, Unikel Santocini, 2001). En este mismo sentido, una baja autoaserción es la habilidad social con más valor predictivo de la aparición de este tipo de trastornos, y se manifiesta en timidez, sumisión, dependencia, ansiedad y falta de competencia social (Behar, Manzo y Dunni, 2006). Una tendencia familiar a la obesidad aumenta la probabilidad que se presente (APA, 2002).

16. Factores desencadenantes

La dieta restringida es el mayor desencadenante, y el que se traten de apegar a régimen muy estrictos favorece que surjan las conductas compensatorias, para disminuir la culpa (Chinchilla, 2003).

17. Factores de mantenimiento

Debido a que su curso puede ser crónico, intermitente o con periodos de remisión, es difícil, al igual que con la anorexia determinar que factores influyen en el patrón de la enfermedad, se ha observado la influencia de que los factores predisponentes persisten o se agravan (Chinchilla, 2003; APA, 2002).

18. Diagnóstico diferencial y comorbilidad

Los principales trastornos que deben tomarse en cuenta para llevar a cabo el diagnóstico diferencial son los siguientes (APA, 2002):

- Enfermedades neurológicas y médicas, p. e. Síndrome de Kleine-Levin.
- Trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos (p 252).

La comorbilidad se presenta frecuentemente con depresión, trastornos de la personalidad, trastornos relacionados con el control de impulsos como adicciones o manías. El 65% es adicta y sufrió abuso sexual y el 37% sólo abuso sexual (Chinchilla, 2003).

19. Tratamiento

Debe ser multidisciplinario e incluir la participación del psicólogo, psiquiatra, endocrinólogo y nutriólogo. De igual forma se deben incluir programas de intervención a nivel dietético, farmacológico, con antidepresivos, eutimizantes, normotímicos,

antiimpulsivos y antagonistas opiáceos. Psicoterapia individual y familiar; y programas de seguimiento y autoayuda. En relación al apoyo psicológico, más que el enfoque terapéutico, se considera el apoyo en: área física, conductual, cognitiva, sociofamiliar y de personalidad (Chinchilla, 2003).

Al igual que en la anorexia, la bulimia ha sido abordada de manera terapéutica bajo el enfoque cognitivo-conductual, mostrando gran efectividad como lo indican las investigaciones de Raich, Mora y Marroquin, (2000) a través de relajación; Ruhl y Jacobbi (2005) consideran el mantenimiento y seguimiento a largo plazo; Fernández y Sole (2003) mencionan el apoyo terapéutico a familiares; Stewart, Williamson y Donald, (2003) plantean talleres para manejar alteraciones de la imagen corporal; y Perpiña et al. (2005) un programa de para alteraciones de la imagen corporal. Incluso se está investigando la eficacia de un modelo de terapia vía correo electrónico específico para la bulimia (Robinson y Serfaty, 2003).

20. Bulimia sin purga o “Binge eating”

La bulimia sin purga o *binge eating* (BE), es descrita por primera vez en 1959, esta fue asociada con problemas de compulsión en el consumo, como el alcoholismo, la característica es que no se menciona el uso de laxantes o vómitos (Toro, 1999).

Este desorden se asocia con: 1) la bulimia no purgativa, de hecho también se le denomina desorden del acceso bulímico o del atracón, y no presenta conductas compensatorias como vómito autoinducido, ejercicio excesivo, uso de laxantes y diuréticos; y 2) la obesidad (Mancilla, *et al.*, 2006). Un tipo de obesidad, llamada obesidad por hambre de carbohidratos (*KCH- craving obesity*), pudiera ser causada por una defectuosa retroalimentación inhibitoria de ingestión de carbohidratos. (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Se observa la presencia de síntomas de bulimia: modelo ideal delgado, insatisfacción personal y una percepción negativa de la efectividad en población femenina, que acude a centros para comedoras compulsivas. Y en población obesa se aprecia una mayor insatisfacción corporal, figura ideal delgada, síntomas de bulimia y preferencia de alimentos altos en calorías.

En cuanto al tratamiento se sugiere la psicoterapia, con una aproximación cognitivo-conductual a nivel individual y en grupos de autoayuda; y la administración de psicofarmacos, sobre todo inhibidores de la recaptura de serotonina. Se sugiere que lo primero que debe tratarse son los atracones y posteriormente se puede iniciar un programa de reducción de peso (Dingemans, Bruna, y Van Furth, 2002).

La investigación entorno a programas terapéuticos reafirma la eficacia del uso de estrategias de tipo cognitivo-conductual en el manejo de la compulsión al comer (Machado, Goncalves, Machado, Santos y Santos, 2002). En otro estudio se comparó la eficacia de tres tipos de programas, uno psicoeducativo, uno con grupos de discusión y otro autodidacta, a través de un vídeo, se realizó un seguimiento de los pacientes a 1, 6 y 12 meses. Los resultados señalan que no hubo diferencias entre los tipos de programas y los

cambios perduraron hasta 1 año, incluso el programa en vídeo (Peterson, Mitchell, Engbloom, Nugent, Pederson, Crow y Thuras 2001).

21. Criterios Diagnósticos .del Trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TANE)

De acuerdo con el Breviario del Manual de Diagnóstico Estadístico DSM-IV-TR (2002), los criterios diagnósticos para El Trastorno de la conducta Alimentaria no Especificado son los siguientes y cabe señalar que la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaría específica:

- (1) En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa pero las menstruaciones son regulares.
- (2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- (3) Se cumplen todo los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, aparecen menos de dos semanas por semana o durante menos de tres meses.
- (4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- (5) Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida.
- (6) Trastornos por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa. (pp. 251-252)

22. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria en México

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006) realizada con una muestra total de 25,056 adolescentes de 10 a 19 años, y de los cuales el 51 % fueron hombres y el 49% mujeres, reporta cuatro categorías de conductas alimentarias de riesgo:

- 1) Preocupación por engordar y pérdida de control para comer, se presentó en el 18% de la muestra, de este porcentaje 15 % fueron hombres y 22 % mujeres.
- 2) Vómito autoinducido, fue reportado en un 0.4% de la muestra, 0.3% fueron hombres y 0.5 % mujeres.
- 3) Ingesta de medicamentos, pastillas, diuréticos y laxantes, se observó en 0.4% de la muestra, del cual un 0.2% lo ocupan los hombres y un 0.6% las mujeres.
- 4) Restricción de la dieta, ayuno y ejercicio, obtuvo un porcentaje de 3%, los hombres con un porcentaje de 2.5% y las mujeres un 4%. Es importante observar que las más afectadas son las mujeres del grupo de 16 a 19 años de edad.

Cómo ya se ha reiterado, el estadio de la adolescencia constituye un período de vulnerabilidad para el desarrollo de este tipo de trastornos, y las más directamente influenciada por los aspectos socioculturales mediante la cultura de la delgadez, como son la actitud negativa hacia la obesidad y el deseo de una figura ideal delgada (Toro, 1999;

Gómez-Peresmitré, 1999), lo anterior se confirma si se observa que los porcentajes de las categoría 1 (22%) y la 4 (4%) son los más altos en las mujeres.

Las investigaciones en población femenina mexicana señalan que las actitudes y creencias hacia la obesidad, y la insatisfacción con la imagen corporal como dos de los factores de riesgo con mayor efecto en la presencia de TCA (Unikel, Aguilar y Gómez – Peresmitré, 2005).

Hay que resaltar la presencia de conductas alimentarias de riesgo en los varones mexicanos, ya que aunque este tipo de trastornos es más frecuente en mujeres, la ENSANUT (2006) demuestra que los varones también están presentado un alto porcentaje en las mismas categorías que las mujeres (preocupación por engordar y perdida de control para comer, y restricción de la dieta, ayuno y ejercicio); al respecto Mancilla *et al.*, (2006) señala la presencia de dieta restrictiva, practica excesiva del ejercicio y malestar con la imagen corporal como los síntomas más frecuentes en varones.

CAPITULO 4

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo con Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (1996), los factores de riesgo son aquellas condiciones, tanto ambientales como personales, que de alguna forma anuncian problemas adaptativos y de funcionamiento personal; estos factores al actuar conjuntamente representan el peligro de romper el equilibrio necesario para que se de la salud, la adaptación y las competencias personales.

Lemos (1996), define riesgo como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado; de esta manera puede afirmarse que los factores de riesgo comparten relaciones complejas con los trastornos clínicos, por lo que estos están relacionados con diferentes factores de riesgo y no con uno sólo (Gómez-Peresmitré, 2001).

Para Gómez-Peresmitré (2001), los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo, contribuyendo al desajuste o bien desequilibrio del mismo, y esto, en la medida que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermar y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma.

En materia de trastornos alimentarios, es necesario conocer aquellas condiciones que advierten el desarrollo de este tipo de patologías, ya que algunas investigaciones han referido un incremento dramático en su incidencia durante las pasadas dos décadas, especialmente entre los jóvenes adolescentes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron & Robinson, 1986; Welch, Nidiffer, Zager & Lyerla, 1992, citados en Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999). Patton, Jonson-Sabine, Word, Mann y Wakeling (1990), demostraron en un estudio con dos años de seguimiento de una submuestra de niñas adolescentes que existían factores predictores de trastornos de la alimentación, entre otros, conducta dietante y actitudes anormales hacia el comer. Por su parte, Striegel-Moore, Silberns y Rodin (1986), como Garfinkel, Garner y Goldbloom, (1987), han especificado tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desordenes del comer: factores socioculturales (en los que la delgadez es altamente valuada), factores individuales (desordenes psicopatológicos, desórdenes de la personalidad, obesidad, diabetes) y factores familiares (estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar). Un gran número de estudios confirman estas relaciones (Gómez Péresmitré, Saucedo Molina y Unikel Santoncini, 2001).

La anorexia nervosa y la bulimia son trastornos alimentarios que se gestan por una estructura social y familiar determinada, que condicionan ciertas características psicológicas de las personas que la padecen y que al expresarse plenamente como un rechazo a la ingestión de alimentos y un adelgazamiento progresivo, provocan enormes cambios en el organismo que son expresión de ese trastorno familiar. En la actualidad se observa que estos no pertenecen solo a los países desarrollados, si no que su prevalencia se

está extendiendo en las sociedades en las que no predomina un “desarrollo económico”, tal parece que ahora el común denominador es la cultura de la delgadez, lo cual se deba probablemente al gran bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios masivos de comunicación, los cuales promueven imágenes estereotipadas en donde tener un cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas, sobre todo a las mujeres, quienes de no cumplir con estas exigencias, son rechazadas por su medio social, empezando por el núcleo familiar, extrapolándose a sus amistades, pareja y en general al medio social que las rodea (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999).

En general las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, por lo que al contrario de los supuestos originales en que se planteaba que los problemas asociados con la imagen corporal y los trastornos de la alimentación eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas (así como de clases sociales altas, de la raza blanca, etc.) son problemas que se extiende rápida e interculturalmente y se producen en mayor o menor medida en toda sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo (Gómez Péresmitré, Saucedo Molina y Unikel Santoncini, 2001).

De acuerdo con Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López, y Román (1999), los factores de riesgo propuestos por otras culturas, tales como: motivación para adelgazar, ineffectividad, desconfianza interpersonal, miedo a madurar, perfeccionismo, insatisfacción de la imagen corporal, presión social, miedo a engordar y baja autoestima, mantienen una relación muy estrecha con los trastornos alimentarios en una muestra mexicana de mujeres universitarias; en esta muestra de 524 mujeres, la media de edad se estableció en 19.3 años, se clasificó a 27 mujeres de la muestra total como anoréxicas y a 17 como bulímicas, (los instrumentos utilizados fueron el E.A.T.-40 y B.U.I.L.T). Se observaron diferencias significativas entre las submuestras con y sin trastorno con respecto a los factores de riesgo. Sin embargo no puede admitirse que todas las personas expuestas a ellos estén propensas a desarrollar estos trastornos, si no que además se necesita cierta estructura psicológica, tal como sentimientos de baja autoestima, o bien y una alta valoración del modelo estético corporal esbelto que las haga susceptibles a estos factores.

Muchos de los signos de trastornos de la alimentación aparecen durante la adolescencia temprana; por ejemplo, Frosson, Knibbs, Bryan-Waugh & Lask (1987, citados en Gómez Péresmitré, Saucedo Molina, Unikel Santoncini, 2001), los reportan en niños con edad promedio de 10.7 años y algunos pacientes desde los 8 años. Una imagen corporal distorsionada y un autoconcepto distorsionado son factores primarios en esta problemática. Estos mismos autores trabajaron con una muestra de adolescentes de 12 a 14 años.; encontraron que los principales factores predisponentes fueron una autoimagen pobre y un marcado interés o una involucración activa en las dietas y el control de peso.

Los factores cognoscitivos son de relevancia nuclear en los trastornos alimentarios, están presentes en todos los momentos de la evolución del cuadro: en la génesis, constitución, mantenimiento y perpetuación de trastorno y configuran un conjunto de ideas, de creencias, mitos, pensamientos acerca del cuerpo, el control de peso, los alimentos, los cuales se cristalizan en pensamientos y actitudes características. Sobre todo en el inicio del cuadro, aparecen ideas y preocupaciones vinculadas al aspecto del cuerpo y a la valoración estética del mismo, estos tienden a reiterarse constantemente y además revelan un juicio crítico,

estos pueden ejemplificarse de la siguiente forma: “para gustar, debo estar delgada”, “si no adelgazo, seré completamente infeliz”; con estas ideas vinculadas al peso y la apariencia corporal van entrelazadas otras ideas que organizan la conducta a niveles más generales. Estas ideas, en la forma de presupuestos o creencias tienen que ver en muchas ocasiones, con cuestiones relativas a la perfección, la certeza, la predictibilidad, el ascetismo, el auto-control, los valores vinculados a la delgadez y los prejuicios asociados a la obesidad, etc. (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Estos presupuestos se encuentran sostenidos por fuerzas tanto internas como externas; por un lado, la restricción dietaria extrema marca el camino de la desconexión con las sensaciones fisiológicas de hambre y saciedad y, por otro, la inhibición de ciertas expresiones afectivas va enmarcando y profundizando la desconexión con las propias emociones. Y todo este proceso ocurre en un determinado contexto cultural minado por presupuestos de que el bajo peso, la forma corporal o la delgadez extrema pueden servir para determinar el valor personal, creencias muy difíciles de modificar, fomentadas por los medios y la industria de la moda y consideradas en un punto “normales” (Kirszman y Salgueiro, 2002).

De acuerdo con estas mismas autoras, lo que puede empezar dentro de la normalidad, e incluso corresponder a hechos objetivos, por ejemplo al inicio de una dieta por sobrepeso, se van transformando en un patrón más permanente configurado por auténticas distorsiones cognoscitivas, las que terminan por condicionar la conducta; estos pensamientos van organizando la precipitación del cuadro que se termina de producir cuando la toma de decisión encaminada a la partía de control de peso se efectúa. Por otra parte, tales pensamientos se transforman en un factor de mantenimiento de gran magnitud a lo largo de todo el proceso y se vuelve sumamente resistente a la crítica racional. Se trata de representaciones y cogniciones, del sí mismo y todo lo circundante, extremadamente disfuncionales y que encierran un poderoso potencial ansiógeno.

1.1 Clasificación de los Factores de Riesgo en los trastornos alimentarios.

Existen varias clasificaciones de los factores que inciden para que una persona sea vulnerable a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria; Crispo, Figueroa y Guelar (1998), adaptaron un modelo de clasificación propuesto por Garner y Garfinkel, (1980), el cual se presenta a continuación:

I. Factores Predisponentes	II Factores Precipitantes	III .Factores Perpetuantes
Socioculturales	Estresores	Atracones y purgas
Familiares	Actitudes anormales con peso y figura	Secuelas fisiológicas y psicológicas.
Individuales	Dietas extremas y pérdida de peso	

Multideterminación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Fuente: Crispo, Figueroa y Guelar (1998, p. 51)

De acuerdo con estos mismos autores, dentro de los factores predisponentes de orden sociocultural se encuentra el culto y hacia la delgadez, el prejuicio en contra de la gordura y la influencia de los medios que refuerzan los modelos corporales delgados.

Los factores predisponentes individuales y familiares se constituyen por: problemas con la autonomía, déficit en la autoestima, búsqueda de la perfección y autocontrol, miedo a madurar y rasgos familiares tales como escasa comunicación entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos, sobreprotección por parte de los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas o regular las reglas familiares, adecuándolas a los cambios de esta etapa, ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres respecto a los hijos, historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo, existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

El funcionamiento interpersonal dentro del seno familiar ha recibido considerable atención como un factor determinante en la génesis, constitución y mantenimiento de los trastornos alimentarios, algunos autores han descrito las características individuales de la madre con rasgos de ambivalencia, control sobreprotección y ambos padres han caracterizados por rasgos como: distancia afectiva, debilidad, pasividad dominancia, agresividad, rigidez, excesivo énfasis en el logro, el éxito personal y preocupaciones vinculadas con el peso y la apariencia personal, dificultad para la expresividad emocional y conductas de autonomía, es decir, dificultades para el cumplimiento de las tareas evolutivas que resulten en el logro de una identidad personal definida por parte del adolescente con la consiguiente separación de la familia (Kirszman y Salgueiro, 2002).

De acuerdo con estas mismas autoras, existen dos grupos de componentes psicopatológicos presentes en el desarrollo de los TCA:

1- Intensas preocupaciones por el peso y la comida, la apariencia y la forma corporal y la alimentación y también como resultado del hacer dieta, la tendencia a perder el control sobre la alimentación. Estos rasgos aparecen compartidos, en gran medida por aquellas personas que restringen su alimentación en forma normal.

2.- Rasgos específicos: tales como la ineffectividad, alteraciones interoceptivas y la desconfianza interpersonal. Los déficits de autocontrol, la baja autoestima y componentes depresivos (p. 85).

Entre los factores perpetuantes, es decir, las complicaciones de orden fisiológico y psicológico que derivan de dichos trastornos, se incluyen: las prácticas de control de peso y las obsesiones con las dietas; la dieta restringida es el factor perpetuante por excelencia, ya que el cuerpo que se encuentra subalimentado puede presentar consecuencias físicas tales como cefaleas, molestias gastrointestinales, problemas de visión y audición, calambres, pérdida de cabello, enlentecimiento metabólico, pérdida de temperatura corporal, bradicardia, taquicardia, amenorrea y debilidad muscular, así mismo malestar anímico, emocional y carencia de fuerza en la persona caracterizado por depresión anímica profunda,

intolerancia e irritabilidad, comportamientos autodestructivos, cambios abruptos de humor, y ansiedad (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Gómez Pérez-Mitré (2001), ha clasificado los factores de riesgo en cuatro grandes grupos de acuerdo a la naturaleza de las variables:

- 1) Asociados con la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción; alteración sobreestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad / delgadez; autoatribución positiva / negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado y actividad ligada a la delgadez, entre otras)
- 2) Asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones (binge eating), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico y consumo de productos light;
- 3) aquellos relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual (precoz, tardía y/o amenorrea).
- 4) Aquellas prácticas compensatorias tales como ejercicio excesivo (10 horas o más por semana); uso de alguno de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes diuréticos y consumo excesivo de agua (más de 2 litros al día) y de fibra (pp. 21-22).

2. IMAGEN CORPORAL

2.1 Concepto de imagen corporal

La imagen corporal ha sido definida de muchas maneras, sin embargo es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socio culturales (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Los factores comunes frecuentemente señalados son su naturaleza subjetiva (autoperceptiva y autoevaluativa) actitudinal (cognoscitiva afectiva o emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor, placer entre otros).

Bruchon-Schweitzer, (1990) designa la imagen corporal como “la confirmación global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza, normas de rol, etc.) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativo” p. 162.

Thompson (1990, citado en Raich, 2000) afirma que el constructo de imagen corporal esta constituido por tres componentes:

- a) un componente perceptual. Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este da lugar a la sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

b) un componente subjetivo (cognitivo- afectivo) este componente se refiere a aquellas actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.).

c) un componente conductual. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan por ejemplo conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc. (p. 25).

Para Cash y Pruzinsky (1990 citados en Raich, 2000), la imagen corporal se encuentra constituida por tres variables: de naturaleza perceptual, cognitiva y emocional:

Perceptualmente implica imágenes, valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo.

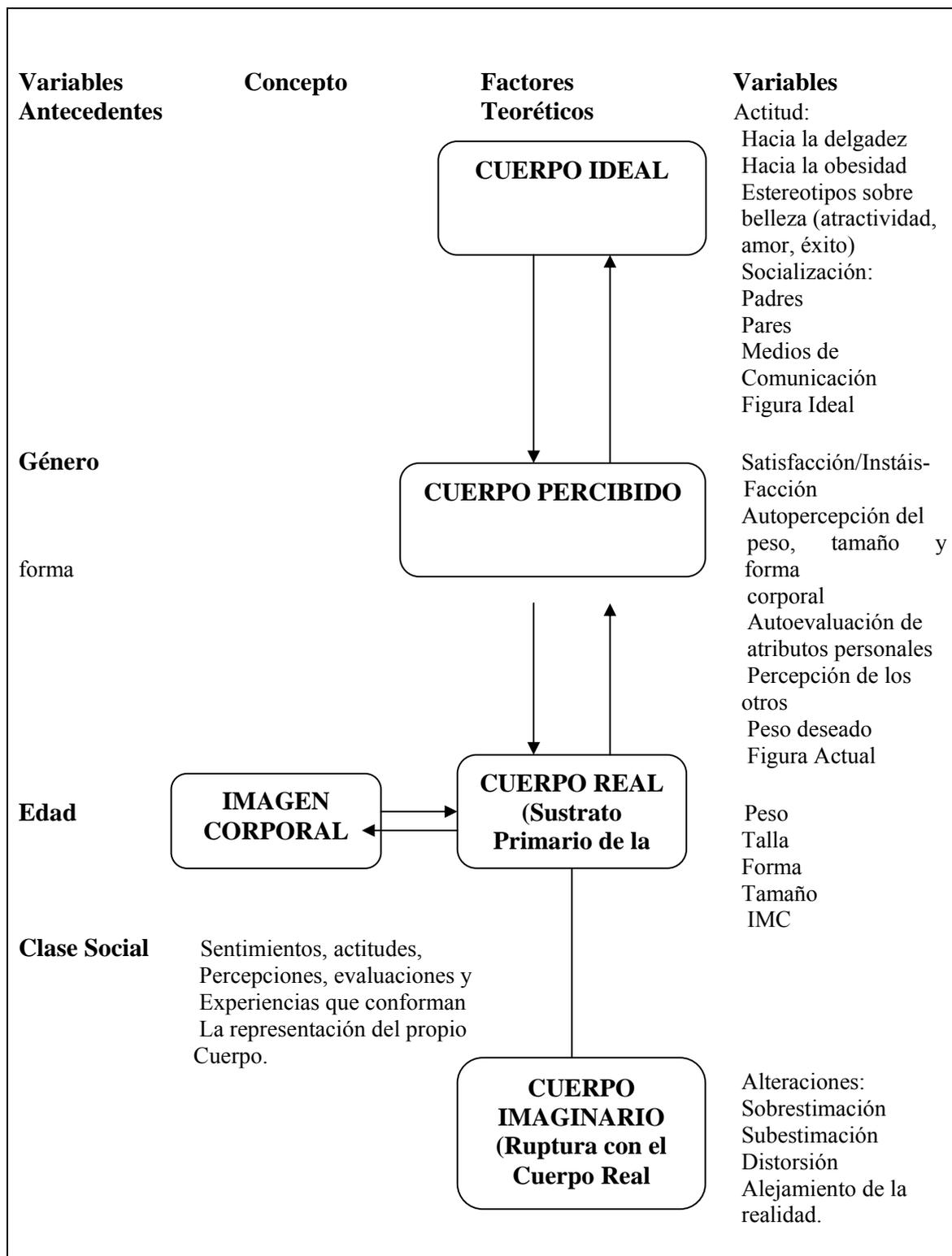
Cognitivamente supone una focalización de la atención en el cuerpo y las autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal.

Emocionalmente involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa (p. 25).

Según Raich (2000), la imagen corporal incluye las percepciones de cada una de las partes del cuerpo y de todas en conjunto, del movimiento y los límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que se llevan a cabo y se experimentan emocionalmente y la conducta resultante de estas valoraciones; el tener una buena o mala imagen corporal influirá en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y en cómo nos responden los demás, ésta no es fija ya que puede diferenciarse a lo largo de la vida, sin embargo posee un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia.

“La imagen corporal puede concebirse como una configuración global, un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos, actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, dentro de estas mismas pueden integrarse aquellas sensaciones del cuerpo vividas desde la niñez temprana, y que se modifican continuamente a lo largo de la vida como resultado de los cambios físicos y biológicos (por ejemplo los que se sufren en la pubertad) por enfermedad, dolor, placer y atención; así mismo el cuerpo tiene como referente normas de belleza y de rol por lo que casi siempre la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativo. En la construcción de la imagen corporal puede sumarse la influencia del contexto socioeconómico y el entorno cultural; de esta forma puede diferir según el género, la clase social entre otras variables sociodemográficas” (Gómez-Peresmitré, 2001, p. 22).

Para Toro (2004), la imagen corporal constituye aquella imagen cuya materia prima se encuentra constituida por informaciones acumuladas a lo largo del tiempo procedente de distintos receptores sensoriales principalmente táctiles y cenestésicos, se encuentra asociada comúnmente a respuestas emocionales significativas resultado de su evaluación estética; es decir la imagen corporal es el cuerpo, la apariencia física, que cada persona experimenta en cada momento de su desarrollo (p.183). A continuación se presenta el esquema propuesto por Gómez Peresmitré, (1997), acerca de la Estructura Hipotética del Concepto de Imagen Corporal:



Esquema de la Estructura Hipotética del Concepto de Imagen Corporal
Fuente: Gómez Pérez-Mitré (1997, p.34).

2.2. Factores Incidentes en la Satisfacción/Insatisfacción con Imagen Corporal

La insatisfacción corporal constituye un malestar producido por la percepción y la evaluación estética subjetiva de la imagen corporal, la insatisfacción corporal es también conocida como estima corporal negativa consecuencia de la discrepancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal, esta insatisfacción probablemente representa el principal factor que antecede el deseo y conductas de adelgazar, que a su vez pueden determinar el inicio de los TCA (Toro 2004).

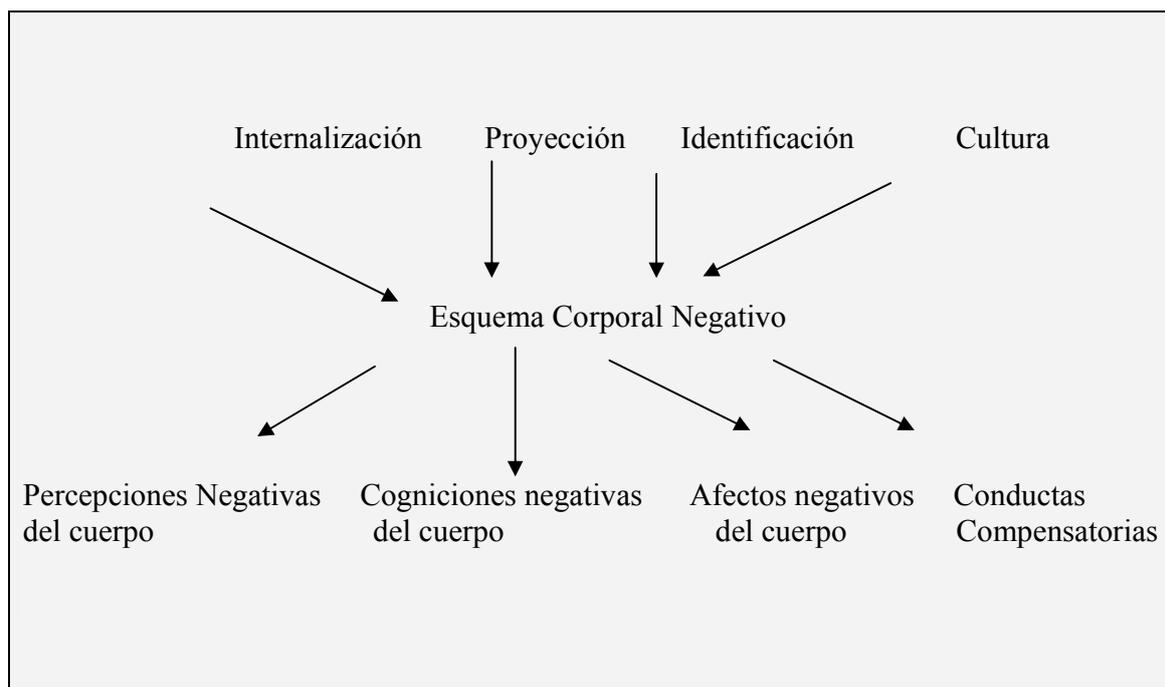
La imagen corporal es un aspecto de gran relevancia en el desarrollo psicológico e interpersonal del adolescente particularmente de las niñas; se sabe que aproximadamente del 40% al 70% de las adolescentes se encuentran insatisfechas con dos o más aspectos de su cuerpo; en varios países desarrollados entre el 50% y el 80% de las adolescentes les gustaría ser más delgadas y del 20% al 60% reportan hacer dietas. La adolescencia temprana es un período importante para el desarrollo de la imagen corporal especialmente para las niñas ya que muchos de los desafíos normativos del desarrollo se encuentran mediados por la imagen corporal incluyendo el desarrollo puberal, la emergencia de la sexualidad, la formación de la identidad y la intensificación de los roles; en general esta transición resulta estresante para las mujeres que para los varones, el desarrollo de las chicas desde la pubertad hacia la adolescencia temprana es asociado a un incremento de la masa corporal, una probabilidad mayor de tener una imagen corporal negativa, deseo de una figura delgada y el recurrir a dietas. Muchas mujeres en período pospuberal se encuentran insatisfechas con la forma de su cuerpo y su peso aunque posean un peso normal o por debajo de este. Para las adolescentes asiáticas, hispanas, norteamericanas blancas y de color hay una pequeña pero significativa correlación inversa entre el índice de masa corporal y la imagen corporal (Levine & Smolak, 2004).

En las culturas industrializadas la imagen corporal incluye la percepción de toda la apariencia física y es probable que constituya el componente más importante de la autoestima global del adolescente, en general una imagen corporal negativa está relacionada con rasgos neuróticos como: baja autoestima, ansiedad, depresión, miedo a las evaluaciones negativas y tendencias de tipo obsesivo-compulsivo; la insatisfacción con el peso y la forma del cuerpo se encuentra correlacionada y constituye un predictor de la percepción de necesidad de estar delgada resultando en conductas de dieta y purgativas. Tanto en Estados Unidos como en otras naciones industrializadas, los atributos que caracterizan el ideal de belleza femenina son: blanca, joven, alta, firme pero con poca musculatura y delgada, la discrepancia entre la representación mental de este ideal se relaciona con insatisfacción con la imagen corporal, una tendencia a sobreestimar su talla, depresión y conductas de enfermedad como la bulimia. Muchas adolescentes se comparan con las delgadas y glamorosas modelos de la televisión y revistas, esto comparación las lleva a sentirse peor acerca de su peso e imagen corporal sobre todo si ya se encontraban insatisfechas (Levine & Smolak, 2004).

Como lo expone Kearney-Cooke (2004), el predominio de los estándares culturales de belleza poco realistas en conjunto con procesos como la internalización, la identificación y la proyección, conducen al desarrollo de un esquema corporal negativo, cuando este se ha

formado afecta los sentimientos, pensamientos, conductas y percepciones del cuerpo, este esquema negativo tiene una función importante en el mantenimiento de trastornos de la imagen corporal, ya que determina lo que se observa y se recuerda de las experiencias propias.

A continuación se presenta un modelo propuesto por Kearney-Cooke (2004), que explica el desarrollo de un esquema corporal negativo:



Modelo de desarrollo de trastornos de la imagen corporal

Fuente: Kearney-Cooke (2004, p 100).

La internalización es definida como un proceso progresivo donde las interacciones entre la persona y el mundo exterior son remplazadas por una representación interna de sí mismo y del propio cuerpo; de acuerdo con la teoría del aprendizaje social los padres son los principales agentes socializadores los cuales influyen la imagen social de los hijos a través de el modelamiento, la instrucción y la retroalimentación. En 1986, Levinson, Powell & Steelman, examinaron la relación entre las evaluaciones de los padres acerca del peso de sus hijos (peso normal, sobrepeso y peso por debajo del normal) y la percepción de los adolescentes sobre su peso; se encontró que la evaluación parental del peso de los adolescentes fue el predictor poderoso de la autopeorpepción del peso antes que otras características demográficas o su condición física (Kearney-Cooke, 2004).

Por su parte, Striegel-Moore y Kearney-Cooke (1994), encontraron que así como la edad de los hijos se incrementa, los padres tienen crecientes percepciones negativas así como actitudes hacia la apariencia física de sus hijos; los niños menores evaluados más positivamente respecto a su apariencia física, hábitos alimentarios y de ejercicio reportaron

niveles altos de elogios y bajos niveles de crítica, los niños en edad escolar fueron evaluados menos favorablemente que los jóvenes, pero más favorablemente que los adolescentes. Estos patrones de evaluación parental pueden contribuir al desarrollo de un esquema corporal negativo visto en las chicas así como la internalización de la creciente crítica de los padres. En suma los niños internalizan la manera en que son tocados desde su nacimiento, en como se les habla y el rechazo o la aceptación por los miembros de su familia a través de su desarrollo (Kearney-Cooke, 2004).

Con respecto a la identificación, Shilder (1950 citado en Kearney-Cooke, 2004), sostuvo que la interacción entre la madre y el niño afecta la imagen corporal del niño debido a que el niño incorpora y se identifica con la imagen corporal de los padres como parte de su propia imagen corporal. Las niñas se identifican con muchos aspectos de las actitudes y conductas de la madre, incluyendo aquellas que la madre tiene hacia su propio cuerpo, cuando una madre critica su cuerpo, la hija se identifica con ese proceso y criticará su cuerpo de la misma forma. (Chernin, 1985, citado en Kearney-Cooke, 2004). Sobre todo hoy en día las mujeres jóvenes son la primera generación en ser incitadas por la madre quien típicamente rechaza su cuerpo y a menudo se preocupa de la talla del cuerpo de sus hijas desde el nacimiento, las chicas que reportan crítica de parte de su madre son criticadas acerca de su cuerpo, muestran una pobre imagen corporal y uso de varias técnicas de dieta y poseen una incidencia más alta de padecer bulimia nervosa.

De igual forma el punto de vista de la figura paterna en el ideal corporal para la mujer, su actitud respecto al cuerpo femenino, sus reacciones hacia el cuerpo cambiante de su hija, y los comentarios acerca de su maduración tienen un impacto en el esquema corporal y probablemente una influencia en la imagen corporal de las hijas de manera positiva o negativa. Existe mucha evidencia y datos científicos que sugieren la importancia de la internalización y de la identificación en el desarrollo del esquema corporal (Kearney-Cooke, 2004).

Según Tantleff-Dunn & Gokee (2004), existen tres procesos que juegan un papel importante en el desarrollo de la imagen corporal: la valoración reflejada, la retroalimentación en la apariencia física y la comparación social. El primer proceso citado se refiere a la noción de las opiniones que tienen los otros de uno mismo (nuestra percepción acerca de cómo los otros nos ven) tiene una influencia significativa en como nos percibimos a nosotros mismos; la retroalimentación en la apariencia física es a menudo el significado que cada persona desarrolla acerca de la percepción en como los otros lo ven, esta retroalimentación puede provenir de los padres, hermanos, los compañeros sentimentales, los amigos o maestros, etc. o hasta de los completos extraños. La comparación social constituye otro proceso a través del cual la autovaloración del atractivo físico es formada, esta sugiere que con la imagen corporal real, la probabilidad de comparar la propia apariencia física con la de otros, modera el alcance por el cual la representación de la delgadez e ideales corporales atractivos resultan en trastornos de la imagen corporal. De acuerdo con estas autoras estudios correlacionales han encontrado que altos niveles de comparación social están relacionados con una gran insatisfacción corporal, otras han identificado la frecuencia de la comparación en la apariencia como un predictor de trastornos de la imagen corporal así como alimentarios.

La influencia del grupo de pares puede ser de importancia capital particularmente durante la adolescencia, la manera obvia y directa en que los pares pueden influir en la imagen corporal, es a través de la retroalimentación acerca de la apariencia física. Se ha sugerido que las chicas más a menudo que los chicos creen que la delgadez incrementa la simpatía, teniendo injerencia en el peso y la imagen corporal y éstas son más propensas que los chicos de reportar modelos conductuales de pérdida de peso; puede mencionarse también que la percepción que tenga el compañero romántico con respecto a la apariencia física tendrá un impacto importante en como se siente la pareja, en cuanto al cuerpo y a su relación, la insatisfacción con el cuerpo esta asociada a una baja satisfacción en la relación de pareja, de esta manera puede afirmarse que la retroalimentación de la pareja afecta la imagen corporal y los desordenes asociados a la imagen corporal pueden traer consigo un deterioro de las relaciones (Tantleff-Dunn & Gokee, 2004).

Tiggemann (2004), afirma que no existe duda de que los actuales estándares sociales de belleza femenina enfatizan la delgadez a un nivel en que es imposible para muchas mujeres alcanzar; los medios de comunicación masiva constituyen un vehículo de gran importancia de ese ideal sociocultural; se ha atribuido que la presentación en los medios visuales principalmente de estas mujeres altas, jóvenes y extremadamente delgadas es el mayor factor desencadenante de los actuales altos niveles de insatisfacción corporal y trastornos alimentarios en las mujeres.

La presentación de estos ideales delgados puede influenciar la imagen corporal de la mujer en muchas formas, entre estas se encuentra la comparación social, la internalización del ideal delgado y la autoevaluación con respecto a la apariencia. Cuando una mujer compara su cuerpo con una de las imágenes presentadas en los medios invariablemente se encuentran a ellas mismas poco atractivas. La exposición repetida a esas imágenes puede conducir a las mujeres a internalizar ese ideal delgado y a ser aceptado como punto de referencia contra como se juzgan a ellas mismas, además culturalmente se asocia a la delgadez y al ser atractivo, a ser feliz, deseable y tener estatus y a ser vital para el éxito. De esta manera la apariencia se convierte en el centro de la autoevaluación y valía en concordancia a los ideales sociales; este esquema es probable que ejerza una influencia particular en la adolescencia, donde la importante tarea de esta etapa del desarrollo es el establecimiento de la identidad y donde la pubertad las aleja de ese ideal delgado. En términos conductuales, las mujeres típicamente persiguen el ideal delgado a través de las dietas y otros métodos de reducción de peso (Tiggemann, 2004).

La comparación social, la internalización del ideal delgado y la preocupación por la apariencia están relacionados con la insatisfacción corporal y trastornos alimentarios en la adultez, adolescencia y en niñas de hasta 8 años de edad. Los medios no solo influyen de manera indirecta, también ofrecen instrucciones explícitas de cómo alcanzar el ideal de belleza; muchas revistas contienen muchos artículos sobre dietas y ejercicio prometiendo la creencia que de esas formas la gente puede controlar su peso y su figura (Tiggemann, 2004).

De acuerdo con esta misma autora, la exposición breve a las imágenes de modelos delgadas que aparecen en las revistas producen efectos negativos inmediatos, incluyendo una alta preocupación por bajar de peso, insatisfacción corporal, mal humor y un decremento en la

propia percepción de ser atractivo; aunque no todas las mujeres son igualmente afectadas, ahora existe suficiente evidencia para concluir que una breve exposición a las imágenes idealizadas de los medios, posee en corto tiempo efectos negativos en el humor y la insatisfacción corporal.

Los factores de riesgo asociados con imagen corporal para el desarrollo de TCA documentados en la literatura internacional son: insatisfacción con la imagen corporal y distorsión de la misma; para medir específicamente el grado de insatisfacción con la imagen corporal se utiliza una escala visual compuesta por 9 siluetas que tiene, en un extremo, una figura muy delgada a la que se le asigna el puntaje bajo y en el otro una silueta muy gruesa u obesa, a la que se califica con el puntaje más alto, pasando por una figura con peso medio o normal. Estas siluetas aparecen ordenadas al azar, la tarea de los sujetos es escoger la que más se parezca a su cuerpo (figura actual) y la que le gustaría tener (figura ideal). Operacionalmente insatisfacción con imagen corporal se define como la diferencia positiva o negativa entre la figura actual y la ideal, a mayor diferencia mayor insatisfacción, y satisfacción corresponde a una no diferencia o diferencia igual a cero (Gómez Peresmitré y Ávila-Angulo, 1997).

2.3 Modelos explicativos de la insatisfacción corporal

Raich (2000), muestra tres modelos de insatisfacción:

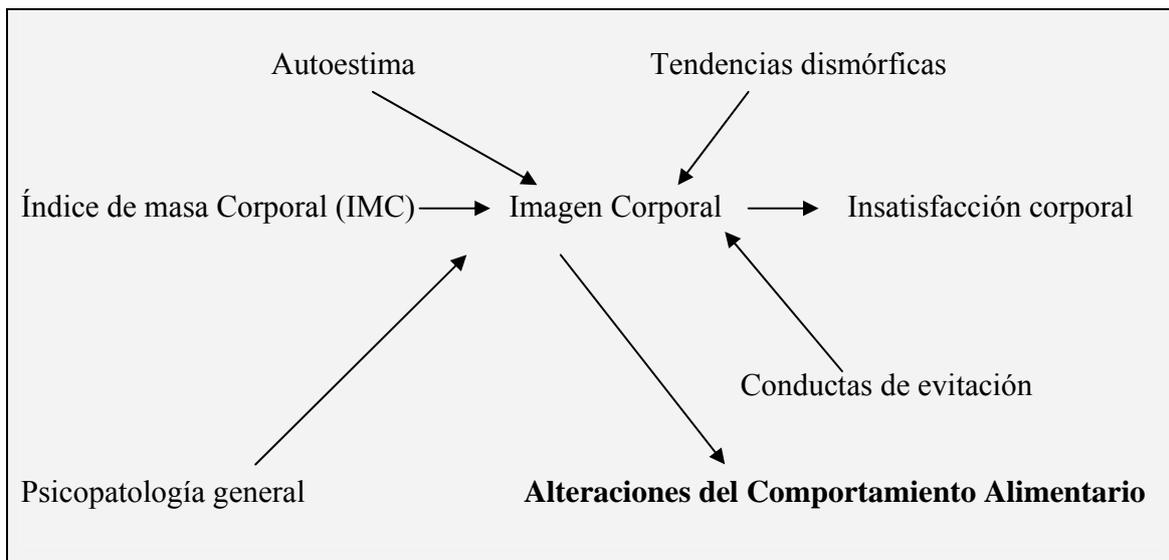
El primer modelo presentado fue elaborado por Williamson (1990), este se encuentra constituido por tres variables principales:

- ◆ Distorsión perceptual del tamaño. Este parámetro se obtiene al dividir la estimación que el sujeto hace de su tamaño corporal por el tamaño real.
- ◆ Preferencia por la delgadez. Puede conceptualizarse como el tamaño corporal ideal utilizado como estándar para juzgar el propio cuerpo y el de los demás.
- ◆ Insatisfacción corporal. Se ha empleado como índice de insatisfacción corporal la discrepancia entre el tamaño corporal estimado y el tamaño corporal ideal. Una gran divergencia entre tamaño estimado e ideal es síntoma de gran insatisfacción (pp.89-90).

El modelo de Richards, Thompson y Coovert (1990), propone que las variables causalmente relevantes en la gestación de una imagen corporal negativa son:

- ◆ El peso objetivo en el momento actual,
- ◆ Historia de burlas por la apariencia física y
- ◆ El peso percibido. (p.90).

El tercer modelo enunciado por Raich (2000), propuesto por Raich, Torras y Mora (1997), plantea que existe una relación directa entre la autoestima, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la psicopatología general con la insatisfacción corporal, estos autores estudiaron una muestra de estudiantes universitarias, se encontró que aquellas que tenían una mejor autoestima, un índice de masa corporal menor y una buena imagen corporal, presentaban menor riesgo de desarrollar algún TCA que aquellas estudiantes que presentaban psicopatología, más peso con relación a su altura (IMC) y menor autoestima, correspondían a una mayor insatisfacción corporal, tendencias dismórficas y conductas de evitación debidas a la imagen corporal.



Modelo de Raich Torras y Mora.

Fuente: Raich, (2000, p.91)

Toro (2004), expone dos modelos explicativos que hipotetizan las causas de la insatisfacción corporal, estos dos modelos proponen variables de gran similitud a los anteriormente citados:

1. Myers y Biocca (1992), plantean que las mujeres utilizan tres puntos de referencia para construir una representación mental de su cuerpo, es decir de su imagen corporal:

- ◆ *El cuerpo ideal representado socialmente*, es decir, tal como es presentado a través de los medios de comunicación o encarnado y promovido por otras personas significativas.
- ◆ *El cuerpo objetivo*
- ◆ *El cuerpo ideal interiorizado* (p.182)

Cuando se presenta una discordancia excesiva entre el cuerpo ideal que se ha interiorizado y la imagen corporal, la valoración del cuerpo se hace negativa y consecuentemente la

autoestima general puede ser evaluada de esta forma. Actualmente los estándares de delgadez presentados principalmente en los medios de comunicación son extremos por lo tanto el cuerpo interiorizado también lo es, contribuyendo a una muy probable discrepancia.

2. Ogden (2003), propone que la insatisfacción corporal se produce en tres circunstancias distintas:

- ◆ Cuando hay una *distorsión de la imagen corporal* (“Creo que soy más gorda de lo que realmente soy”)
- ◆ Cuando hay una *discrepancia respecto al cuerpo ideal* (“Creo que soy más gorda de lo que me gustaría ser”)
- ◆ Cuando se emiten *respuesta negativas ante el cuerpo* (“No me gusta mi cuerpo”) (p.182)

Debe tenerse en cuenta que si se encuentra presente la distorsión forzosamente se producirán las dos circunstancias posteriores.

3. Alteración, Distorsión y Deseo de una Figura Ideal Delgada.

Las alteraciones de la imagen corporal forman parte del grupo de las alteraciones cognoscitivas; estas alteraciones cubren un amplio espectro de manifestaciones desde las más leves hasta las más severas, van desde el descontento moderado, hasta grados extremos donde aparecen sentimientos de vergüenza y profundo malestar; en estos casos llegan a inferir negativamente en la vida de quien los padece y puede manifestarse en forma de depresión y ansiedad. En las pacientes con trastorno alimentario, las alteraciones de la imagen corporal son nucleares por la fuerte relación de autoestima y autovaloración con la apariencia corporal; en los grados severos estas alteraciones pasan de ser simples preocupaciones a verdaderas distorsiones perceptivas (Kirszman y Salgueiro, 2002).

Respecto a las alteraciones interoceptivas presentes en las patologías alimentarias, pueden encontrarse situaciones en las que las pacientes actúan como si los estímulos externos relacionados con el hambre, saciedad y otras sensaciones corporales no fueran percibidos o lo fueran de modo anómalo, muestran una falta de respuesta al frío en situaciones experimentales, tienen una aparente inagotable resistencia a la fatiga y muchas se está ausente el deseo sexual; dentro de esta serie de fenómenos se ha incluido la dificultad para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos (aleximia). Todo este conjunto de factores cognoscitivos se va instalando progresivamente y una vez instalado conforman circuitos de retroalimentación positiva que refuerzan el cuadro manteniéndolo en el tiempo; más aún, estos factores se imbrican con los mecanismos biológicos que intentan compensar los desordenes en la dieta (Kirszman y Salgueiro, 2002).

En la medición de la alteración de la imagen corporal, la diferencia que se interpreta es la que se produce entre las variables autopercepción del peso corporal menos el índice de Masa Corporal (IMC) real. Se analiza una respuesta subjetiva “como percibo el tamaño de

mi cuerpo” en relación con una objetiva (peso y altura, con la que se desarrolla en IMC) (Gómez-Péresmitré, Saucedo-Molina, Unikel-Santoncini, 2001).

De acuerdo con Gómez Peresmitré (1997, citada en León, Gómez-Peresmitré, Pineda y Platas, 2002), la distorsión de la imagen corporal adquiere un significado patológico ya que presenta una ruptura con la realidad, mientras que la alteración se refiere al efecto de subestimación, sobrestimación característico de poblaciones abiertas y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de los desordenes alimentarios.

Por otra parte la distorsión de la imagen se relaciona con la autopercepción del tamaño del cuerpo (y/o partes corporales) que es una variable subjetiva y se observa si se produce una diferencia negativa (subestimación) o positiva (sobrestimación) o bien no se produce, con respecto a una variable objetiva como es el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) (Gómez Péresmitré y Ávila-Angulo, 1997).

La distorsión de la imagen corporal, se conoce como el menor o mayor grado de alejamiento concreto, del peso imaginario con respecto del peso real. Para conocer esta distorsión, se utiliza la formula peso real-autopercepción del peso corporal (IMC-autopercepción del peso corporal) ambos medidos en una escala de 5 respuestas situadas en un continuo de muy delgada, delgada, ni gorda ni delgada, gorda y muy gorda, la diferencia positiva que resulta se expresa en términos de sobrestimación y la negativa como subestimación, una diferencia igual a cero se interpreta como percepción adecuada del peso corporal (Gómez Peresmitré, 1995 citada en Gómez Peresmitré y Unikel, 1999).

De acuerdo con la teoría del desajuste adaptativo, la imagen corporal esta dotada de cierta estabilidad, de manera que los cambios recientes en el tamaño corporal no se incorporan de manera inmediata persistiendo durante cierto tiempo la representación mental anterior, de esta forma la sobrestimación observada en las anoréxicas se explicaría debido a que el peso y el tamaño corporal disminuido, no se habrían integrado todavía a la imagen corporal. Otros autores plantean que esta sobrestimación podría reflejar su intenso miedo a engordar, de esta forma la sobrestimación sería una proyección a nivel perceptual de las preocupaciones por el tamaño y el peso (Raich 2000).

Gómez Peresmitré y Unikel (1999), analizaron una muestra de 252 mujeres la cual estuvo dividida en N=48 provenientes de escuelas privadas de ballet con una media de edad de 15.4 años, 67 eran estudiantes de nivel medio y medio superior de escuela pública con una media de edad de 15.2 años y N=40 de la muestra provenía de una escuela privada de nivel medio superior cuya media de edad se situó en 15.2 años, N=43 bailarinas profesionales con edad promedio de 26.8 años, 45 profesionales no bailarinas con media de edad de 26.2 años y N=9 pacientes con diagnóstico de anorexia/bulimia nervosa, con un promedio de edad de 23.7 años; los resultados mostraron que los grupos cuya autopercepción del peso es distorsionada en dirección de la sobrestimación son las estudiantes de ballet, bailarina profesionales y pacientes (33.3%, 39.5% y 66.7%), la autopercepción del peso de las estudiantes de escuela pública, escuela privada y profesionales no bailarinas se adecua muy bien a su peso real, en estos grupos fue donde se registró menor porcentaje de distorsión de la imagen corporal; los grupos de mayor peso corporal promedio (estudiantes de escuela

pública y privada y profesionales no bailarinas), registraron los mayores porcentajes de subestimación del mismo (14.9%, 15% y 20%) respectivamente.

Gómez Pérez-Mitré (1997), encontró en una muestra de $N=200$ preadolescentes con edad promedio ($x=10.8$, $s=0.846$) constituida por $n=90$ sujetos de sexo femenino y $n=110$ de sexo masculino la presencia de indicadores de riesgo similares a los referidos en muestras de adolescentes, entre estos indicadores puede mencionarse la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal, una fuerte motivación y disposición favorable hacia la delgadez, sobresaliendo la elección de una figura ideal delgada, prácticamente anoréctica, cabe señalar que se encontraron en la muestra de preadolescentes con pesos muy bajos y en porcentajes altos de los que se han encontrado en otros estudios y observado en muestras de adolescentes.

Se ha encontrado relación entre la edad de inicio de la menstruación y la variable de alteración de la imagen corporal; de acuerdo con el estudio realizado por Gómez Peresmitré, Pineda, Platas y León (2002), en una muestra de $N=280$ estudiantes mujeres, más de la mitad de la muestra manifestó alteración de la imagen corporal, 44% no la presentó, las chicas que habían reportado menarca temprana y menarca normal (presentada durante el tiempo esperado) alteraban más su imagen, más de la mitad subestimaban su figura (se percibían delgadas de lo que realmente eran); la media de edad de estas submuestras se estableció en 11.53 con desviación estándar de 1.38 y 13.58 años con desviación estándar de 0.95 respectivamente; las de menarca tardía cuya media de edad estuvo situada en 13.58 años con desviación estándar de 1.69 fueron las que presentaron menos alteración del componente perceptual de la imagen corporal; entre las adolescentes con menarca tardía un 32% manifestaba alteración, de éste la mitad subestimaba su figura corporal y aproximadamente la mitad restante la sobrestimaba.

De otra investigación realizada acerca de la relación de alteración de la imagen corporal con otras variables, en este caso el sexo y el peso corporal en adolescentes se desprenden los siguientes resultados: se trabajó con una muestra no probabilística de $N=470$ estudiantes de preparatorias públicas hombres (52.5%) y mujeres (47.5%) de entre 14 y 18 años con una media de edad de 17.6 años y desviación estándar de 2.01, la muestra se agrupó en dos categorías de muy bajo peso, bajo peso, el rango de IMC quedó de menor a 15 a 18.9, el otro grupo quedó formado por los sujetos que conformaban los rangos de sobrepeso y obesidad del IMC quedó estimado de 23 a mayor de 27 denominado grupo de obesidad, se eliminaron los sujetos que calificaron con peso normal debido a que no eran de utilidad para probar las variables de interés, se encontró una interacción estadísticamente significativa entre las variables de peso corporal y sexo, teniendo como variable dependiente alteración de la imagen corporal $F(1,458)=7.169$ $p=.008$ de este estudio se pudo concluir que el efecto de alteración (subestimación y sobreestimación) de la imagen corporal, esta presente entre los adolescentes (estudiantes de bachillerato) con problemas de peso ya sea por debajo o por arriba de él; los estudiantes con bajo peso tienden a sobrestimar su imagen corporal y los obesos a subestimarla; así ser delgado (de bajo peso) se relaciona con sobrestimación, pero la mujer sobrestima que el hombre. También se comprobó que el ser obeso se relaciona con subestimación pero en este caso el hombre es quien subestima más que la mujer. (León, Gómez-Peresmitré, Pineda y Platas, 2000).

Se ha sugerido que la introyección de figura ideal delgada es uno de los principales factores de riesgo que anteceden la conducta de dieta restrictiva, lo que a su vez incrementa la probabilidad de presentar un TCA. En un estudio se encontró que entre las mujeres el deseo de una figura ideal delgada y muy delgada se incrementa con la edad, de tal forma que las adolescentes (13-19 años de edad), son las que en mayor medida lo desean, (77% de una n=2892), el 65% de las púberes (10 a 12 años de edad), n=1401 y el 49% (n=232) de las pre-púberes (6 a 9 años de edad). De igual forma, se encontró que las chicas de los tres grupos desean estar delgadas y las adolescentes se encuentran insatisfechas (50%) que púberes (41%) y pre-púberes (42%). En este mismo estudio se analizó la variable de alteración de la imagen corporal, otro importante factor de riesgo asociado a este tipo de trastornos, esta variable constituye un efecto de sobrestimación del tamaño corporal, los resultados del análisis muestran que en los grupos de pre-púberes y púberes se observan porcentajes mayores de sobrestimación que de subestimación, en las adolescentes se hallaron porcentajes pequeños 20% de sobre-estimación y 20% de subestimación. Otro de los factores de riesgo analizado fue la preocupación por el peso corporal, encontrándose porcentajes altos en esta variable (mayores del 60%) en los grupos de menor edad, pero la mayor preocupación se encuentra en las púberes (42%), el porcentaje para el grupo de adolescentes para esta variable fue de (18%) (Gómez-Peresmitré, 2001).

Gómez Pérez-Mitré, (1998) encontró que entre los principales factores de riesgo asociados con la imagen corporal sobresale el deseo de una figura ideal delgada, con una prevalencia del 94% en las muestras estudiadas (adolescentes y preadolescentes con medias de edad entre 11 y 17 años). Estos resultados encontrados confirman hallazgos reportados por Rozin y Fallon, (1998), Harner y Adler, (1989), Ávila, Lozano y Ortiz, 1997 y Estrada Zúñiga (1997), más de la mitad de la muestra responde sentirse satisfecha o muy satisfecha con su figura corporal, sin embargo cuando esto se midió indirectamente se redujo considerablemente el porcentaje de satisfacción entre las adolescentes mientras que más de la mitad de las preadolescentes estaban satisfechas, lo cual indica que con la edad se incrementa la insatisfacción; lo que se rechaza culturalmente entre las adolescentes mexicanas es la aceptación pública de insatisfacción; también se encontró que independientemente de la etapa de la vida (adolescentes o preadolescentes) la satisfacción con la figura corporal se produce definitivamente cuando se esta delgada y que es entre las adolescentes en quienes satisfacción, delgadez, sentirse atractiva está mejor definido que entre las mujeres jóvenes (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Se ha encontrado que las mujeres con trastornos del comer severos tienen mayor probabilidad de tener imagen corporal negativa, así como de aceptar fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como son las relacionadas con la sobrevaloración y deseabilidad de la delgadez (Mintz y Betz, 1988 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Aunado a esto, se encuentran presentes las consecuencias a las que la inadaptación social puede conducir serán severas en ciertas etapas de la vida, de aquí que el ser adolescente o preadolescente se convierta en un factor de riesgo de amplio espectro. Por otra parte está ampliamente documentado que la insatisfacción, preocupación por el peso y la actitud negativa hacia la obesidad constituyen algunos de los principales factores de riesgo (en los desordenes del comer) asociados con la imagen corporal (Brownell y Rodin, 1994; Fallon, Katzman y Wooley, 1994; Muth y Cash, 1995; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

De igual forma como ya se ha señalado a lo largo de este capítulo, encontrarse insatisfecho con la propia imagen corporal constituye un factor de inadaptación social, que influye en la autoestima, puede conducir al aislamiento social y la preocupación que genera puede conducir conductas de dieta restringida, ejercicio excesivo o a recurrir a conductas compensatorias tales como: el uso de diuréticos, laxantes, inducción del vómito, etc.; (Gómez Peresmitré, 2001).

Acosta-García y Gómez-Peresmitré (2002), estudiaron una muestra de 384 estudiantes españoles y 386 mexicanos, de edades entre 15-18 y una media de edad de 16,23 años los resultados de este estudio arrojaron un porcentaje de satisfacción de 30% en mujeres y 22% en hombres de nacionalidad mexicana y 32% en mujeres y 36% en hombres de nacionalidad española, de acuerdo con los porcentajes de las medias puede apreciarse que las insatisfacción de los hombres de ambas culturas es negativa, (-0.9 en España y -0.10 en México), ya que desean estar más robustos; mientras que de las mujeres es positiva (0.71 en España y 0.60 en México), es decir desean estar más delgadas. En cuanto a la variable de seguimiento de dieta se encontró que el promedio de los españoles es menor (media de 0.307) que entre los mexicanos (media de 1.00) y las mujeres (1.54) presentan mayor seguimiento de dieta crónica y restrictiva que los hombres (1.38), los mexicanos reportaron haber hecho su primera dieta a una edad ligeramente más temprana que los españoles de acuerdo con las medias (0.43 españoles y 2.99 mexicanos), de este estudio se pudo concluir que es alto el porcentaje de adolescentes insatisfechos que satisfechos, se pudo observar que los mexicanos que hacían dieta se encontraban insatisfechos con su imagen corporal que los que no la practicaban, mientras que en los españoles esta relación fue totalmente inversa.

4. Presión social hacia la delgadez

Existen factores que inciden en la aparición de la insatisfacción de la imagen corporal, la cultura juega un papel de suma importancia ya que esta nos enseña que es lo bello y que es lo feo, actualmente uno de los factores más influyentes puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad, actualmente muchas mujeres se encuentran insatisfechas con su peso, debido a que el modelo que se propone en los medios de comunicación es más delgado que el normal. Sin embargo la socialización acerca del significado del cuerpo va más allá de los mensajes propuestos por los medios, la presión social hacia la esbeltez también se da en diversas ocasiones en el mismo seno familiar que destaca la importancia de la apariencia delgada, refuerza los comportamientos de dieta y estimula su seguimiento además del rechazo hacia la obesidad (Raich, 2000).

La perspectiva sociocultural trata de explicar cómo los valores culturales ejercen influencia en los valores individuales y el comportamiento, en cómo los sujetos son percibidos por los demás y por si mismos, desde esta perspectiva, la cultura define lo que constituye un cuerpo atractivo y la autopercepción del atractivo físico depende de esas definiciones culturales, así la imagen corporal depende de los ideales culturales y cómo una persona percibe su propio cuerpo en relación a esos ideales, los ideales corporales varían entre culturas, dentro de estas mismas y a través del tiempo, sin embargo las culturas occidentales contemporáneas idealizan la delgadez. Este ideal de delgadez puede tener potencialmente consecuencias negativas tales como una imagen corporal negativa, baja

autoestima y trastornos físicos y psicológicos, ya que el mensaje acerca del atractivo físico es internalizado y usado como propio ideal, esto puede afectar de manera adversa las autoevaluaciones y autosatisfacción de la propia apariencia generando insatisfacción (Jackson, 2002).

De acuerdo con Raich (2000), las teorías socioculturales tratan de explicar como el ideal estético corporal propuesto por el medio social y difundido por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura debido a la elevada dependencia que existe entre la autoestima y el atractivo físico en las mujeres, por otra parte, crece de manera alarmante la estigmatización hacia la obesidad y el sobrepeso, ya que el ser obeso también es un sinónimo de poca salud.

Las influencias socioculturales se concretan a la multiplicidad de agentes que en nuestra sociedad se combinan para transmitir especialmente a las mujeres, el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, control de sí mismo, libertad y éxito social. Cabe señalar que los padres y madres actuales ya han experimentado y probablemente internalizado el estereotipo de la delgadez, en consecuencia los menores reciben esa influencia llevando a cabo esa internalización por ellos mismos. Se debe señalar que en la antigüedad el cuerpo ideal valorado era un cuerpo redondeado, voluminoso y con depósitos de grasa; en la edad media las figuras reproductivas redondeadas eran consideradas atractivas y la gordura juzgada erótica y elegante; alrededor de 1920 empezó en Europa a establecerse la preferencia por un cuerpo delgado; la segunda guerra mundial aparentemente diluyó esta preocupación corporal; sin embargo, fue que desde los años sesenta se ha mantenido el modelo corporal delgado y en la actualidad se busca tener un pecho bien desarrollado pero se encuentra constante la reducción de tejido graso (Toro, 2004).

Diversos autores (Hill y Robinson, 1991, Striegel Moore, Silverstein y Rodin 1986, citados en Gómez Peresmitré, Mora y Unikel, 1999), han encontrado que la presión hacia la delgadez es responsable de los altos niveles de insatisfacción corporal y seguimiento de dietas en adolescentes y en niños de peso normal. Por otra parte crece de manera alarmante una consideración hacia la obesidad o simplemente al sobrepeso que tiende a estigmatizarla cada vez más, hay autores que exponen que la preocupación por el peso y la figura se encuentran presentes es preadolescentes de 9 años de edad que sitúan su peso ideal por debajo de la media, que ser obeso o presentar sobrepeso es sinónimo de una persona dejada, descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva, ser obeso se ha convertido en el principal objetivo de intervención por parte de muchos médicos, así mismo vivimos en una sociedad donde es altamente valorada la delgadez la cual deja de lado cualquier otra característica estética frente a la delgadez para definir la belleza (Raich, 2000).

Sypeck, Gray & Ahrens (2004), encontraron que el tamaño de la talla de las modelos presentadas en las medios impresos ha decrecido durante los años 1980 y 1990, y un incremento dramático en la frecuencia en que los medios han representado los cuerpos enteros de las modelos de los años 60s a los 90s. Este incremento de imágenes delgadas y la representación de cuerpos completos de modelos sugieren un aumento en la valoración del

ideal delgado para las mujeres en las sociedades occidentales, este cambio es concurrente con el aumento en los patrones de trastornos alimentarios entre las mujeres.

En un meta-análisis, 25 estudios en los que se controló la edad de las participantes fueron empleados para examinar el mayor efecto de las imágenes del ideal de delgadez presentadas en los medios de comunicación masiva, así como el efecto mediador de trastornos de la imagen corporal preexistentes, entre los resultados más sobresalientes se encuentra que la imagen corporal fue significativamente más negativa después de observar imágenes delgadas promovidas en los medios masivos que después de observar imágenes de modelos de tallas correspondientes al promedio, modelos de tallas extra u objetos inanimados. Este efecto fue fuerte en los diseños experimentales intrasujetos, participantes menores de 19 años y para aquellas participantes vulnerables a la activación de un esquema de delgadez; estos resultados respaldan la idea de la perspectiva sociocultural, ya que los medios de comunicación masiva promueven el ideal delgado provocando insatisfacción con la imagen corporal (Groesz, Levine y Turnen, 2002).

Lavin y Cash (2001), decidieron determinar los efectos en la imagen corporal de las mujeres cuando estas se exponen a la difusión de las ventajas sociales del atractivo físico, y a las desventajas de no serlo en los mensajes de los medios de comunicación; en la muestra analizada de 66 mujeres universitarias cuya media de edad fue de 20 años, se encontró que la exposición a este tipo de mensajes genera una incidencia negativa o menos favorable en las evaluaciones de la imagen corporal y las mujeres que centran más su atención en la apariencia física suelen ser más susceptibles a este tipo de mensajes.

Si bien es cierto la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de una mujer se expresa casi únicamente por medio de su imagen, se le exige ser atractiva y a dedicar grandes esfuerzos por lograrlo (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

5. Actitud negativa hacia la obesidad

En las sociedades occidentales industrializadas, la delgadez se encuentra generalmente asociada con felicidad, éxito, juventud y aceptación social. Mientras que el tener sobrepeso se encuentra ligado a ser perezoso, falta de voluntad y falta de autocontrol. El sobrepeso (para hombres y mujeres) es visto como físicamente inatractivo y se encuentra asociado a otras características negativas (Grogan, 1999).

Cash (1990), expone que la gente con sobrepeso es tratada de diferente forma desde la niñez. Los niños prefieren no jugar con sus pares cuando estos presentan sobrepeso, y les asignan a estos adjetivos negativos. Estos prejuicios continúan en la adultez, cuando la gente con sobrepeso tiende a ser evaluada como menos activa, inteligente, exitosa, atlética y popular que la gente delgada (Grogan, 1999).

De acuerdo con Crispo Figueroa y Guelar (1996), los prejuicios sobre la obesidad más generalizados socioculturalmente se basan en: que los obesos lo son porque comen más que los no obesos, sin embargo, las investigaciones demuestran que la obesidad tiene otras raíces, se cree también que los obesos tienen más problemas psicológicos que los no

obesos. Algunas investigaciones han demostrado que el factor obesidad no produce ni más ni menos problemas emocionales (Woley y Woley, 1979); también se piensa que la obesidad aún moderada, está asociada con un incremento de mortalidad, los riesgos de salud altos están asociados con la hiperobesidad. Así también, se han extrapolado a casos de obesidad moderada. Se ha demostrado que la mayor mortalidad se produce en mujeres de bajo peso y que la menor mortalidad se produce en mujeres que pesan entre un 10% y 20% más que su peso esperado (Sorlier, 1980 citado en Crispo Figueroa y Guelar, 1998).

El ser obeso es considerado como sinónimo de poca salud, poseer una complexión gruesa o presentar sobrepeso se ha convertido en el principal objetivo de intervención por parte de muchos médicos y personal sanitario, si bien es cierto una gran obesidad favorece enfermedades algunas de ellas graves, no es verdad que cuanto más delgado se esté más saludable se es; además las personas con obesidad son por definición feas, nos encontramos insertados en una sociedad donde la delgadez es altamente valorada, la cual parece olvidar cualquier otra característica estética frente a la esbeltez para definir la belleza, por lo menos la belleza femenina (Raich, 2000).

Tiggemann y Rothblum (1988), realizaron un estudio con grupos de estudiantes universitarios australianos y norteamericanos, a los cuales se les preguntó acerca sus propios estereotipos de gordura y delgadez; se les preguntó sobre las cualidades típicas tanto de hombres y mujeres delgados y con sobrepeso. Los hombres y mujeres de ambas culturas reportaron estereotipos negativos en la gente obesa. Aunque la gente con sobre peso fue vista como más cálida y amigable se confirmaron los estereotipos negativos hacia la gente con sobrepeso, estos también fueron vistos como menos felices, menos disciplinados, flojos y menos atractivos que la gente delgada. Estas diferencias fueron más marcadas al juzgar a las mujeres con sobrepeso que a los hombres (Grogan, 1999).

De acuerdo con un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Mora y Unikel (1999), en dos grupos, uno de estudiantes de ballet (n=70) y estudiantes de secundaria y preparatoria (n=78), en ambos grupos, se incluyeron sujetos de escuelas públicas y privadas con media de edad de 14.7 y desviación estándar de 1.3. La percepción negativa hacia la gordura fue la predominante en ambos grupos, el grupo de estudiantes de ballet obtuvo un porcentaje mayor que el grupo de estudiantes de secundaria (89% y 63% respectivamente), la percepción positiva y neutral predominó en estudiante de secundaria y preparatoria, las opiniones principalmente mencionadas con respecto a la obesidad fueron en referencia a los daños en la salud a nivel físico y mental. En segundo lugar se mencionaron los aspectos negativos relacionados con la estética del cuerpo resaltando el aspecto físico, ya que fue considerada como algo “espantoso”, “grotesco”, “asqueroso,” “fodongo” y la antítesis de la belleza y el atractivo físico que se identifican con el hecho de estar delgado. En tercer lugar se encontraron opiniones relacionadas con atributos negativos del sujeto, en los que la gordura se asoció con el descuido, la falta de disciplina, el autocuidado y la flojera. Por otra parte la gordura es considerada como un obstáculo para el desempeño en la vida cotidiana, causa dificultades en la actividad física, por ejemplo dificultad para desplazarse, conseguir ropa, sin considerar el rechazo social que produce y que genera problemas de adaptación, denota falta de autoestima y de seguridad. La percepción neutral hacia la gordura obtuvo los menores porcentajes de respuesta: 3% en estudiantes de ballet y 9% en estudiantes de preparatoria.

En un estudio anteriormente citado (Gómez Peresmitré, 2001), donde se analizaron tres muestras con diferentes edades: adolescentes (13-19 años de edad; n=2892), púberes (10 a 12 años de edad; n= 1401) y pre-púberes (6 a 9 años de edad; n=232), se encontró que en un mayor porcentaje (63%) en la muestra de edades más pequeñas se califica con adjetivos negativos (asquerosa, prieta, tonta) a una niña gorda; sólo el 19% de las niñas expresaron una actitud neutral y los porcentajes menores fueron para adjetivos positivos. De estos hallazgos encontrados se concluyó que la actitud negativa hacia la obesidad constituye un factor importante que incide en la adopción de conductas de dieta restrictiva directamente asociadas a TCA.

En una muestra de 70 niños de ambos sexos provenientes de escuelas pre-primarias públicas y 70 madres o mujeres encargadas de la crianza de estos niños, se encontró que, las niñas y los niños demuestran actitud negativa hacia la obesidad y sienten insatisfacción con la imagen corporal. También se encontró que en las madres existe relación directa entre peso corporal, (IMC) y problemas con el mismo, por lo tanto se afirmó que a mayor satisfacción de las madres con su imagen corporal, menor insatisfacción negativa de los niños con su imagen corporal (Badillo, 2004).

6. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON CONDUCTA ALIMENTARIA Y PRÁCTICAS COMPENSATORIAS.

La conducta alimentaria en el ser humano resulta extremadamente compleja, ya que ésta se encuentra condicionada por factores de tipo biológico, psicológico, social y cultural; en su referente biológico implica la detección de nutrientes, la transformación de esta información recibida en las respuestas adecuadas que se integran con elementos de naturaleza psicológica y social, en el ser humano la alimentación es sólo en su mínima parte instintiva a diferencia de los animales, ya que ésta en su sentido estricto, es una respuesta a la necesidad de nutrientes con el objetivo de mantener el balance energético y aportar los principios plásticos y reguladores indispensables, de esta forma la obesidad, la anorexia y la bulimia nervosa constituyen las tres categorías principales de las anomalías de esa conducta; si bien es cierto, el individuo puede adaptarse metabólicamente a casi cualquier clase de dieta; el hecho es que una alimentación inadecuada altera progresivamente su capacidad funcional y facilitará el desarrollo temprano en la vida de enfermedades crónicas degenerativas (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

De acuerdo con Gómez Péresmitré (2001), los factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria son los de mayor peso en función de riesgos para la salud, sobre aquellos asociados con la imagen corporal, ya que por sí mismos implican un riesgo para la salud directo, los asociados con la imagen corporal sólo se relacionan con estos. Los de mayor riesgo son aquellos relacionados con conductas compensatorias (como el uso de diuréticos, laxantes, vómito autoinducido, entre otros).

Toro (2004), describe la restricción alimentaria como el factor de riesgo inmediato para la aparición y desarrollo de los desordenes del comer, cuando ésta es iniciada y mantenida por razones estéticas debe ir precedida en la mayoría de los casos por sentimientos de insatisfacción corporal suficientes para compensar el malestar subjetivo de hambre, esta

condición se hace persistente a través del tiempo y puede presentarse en ciertas personalidades. Con respecto a la práctica de atracones propia de los TCA pueden darse por dos motivos: como una consecuencia de la restricción alimentaria previa y cuando se presenta la ansiedad como consecuencia de la restricción alimentaria y conduce a restricciones compensatorias. Durante la adolescencia, el período de maduración implica la tendencia a desarrollar tejido graso en el cuerpo, los cambios hormonales sujetos a la pubertad posiblemente representan un factor clave en el inicio de ciertas alteraciones alimentarias. También cabe mencionar que, con la aparición de los cambios propios de este período de maduración se determina la necesidad que experimentan las adolescentes para referir su imagen corporal al modelo sociocultural vigente

En la población en general, se ha observado que las mujeres que siguen dietas restrictivas suelen estar más insatisfechas con su cuerpo y tienen grasa corporal que las no restrictivas. Esta insatisfacción ocurre porque en las restrictivas se tienen percepciones distorsionadas del propio cuerpo, ya que sobrestiman su imagen corporal. Recientemente se ha propuesto el constructo de ansiedad físico social; definido como “los sentimientos negativos causados por las evaluaciones negativas reales o anticipadas de la apariencia física del individuo”, (p 184). Es decir, se trata de una desaprobación imaginaria o real anticipada de aquellas percepciones negativas del propio cuerpo. Se ha comprobado que esta ansiedad físico social, junto con la insatisfacción corporal y la edad predice significativamente la existencia de preocupaciones concernientes al peso y al cuerpo promoviendo el desarrollo de TCA (Thomposon y Chad, 2002 citados en Toro, 2004).

El seguimiento de dieta restringida es una práctica muy extendida principalmente en mujeres mexicanas y es equivalente a una restricción conciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica insatisfacción corporal o preocupación por la misma. Polivy y Herman (1983), proponen de acuerdo con los datos disponibles de los individuos con desordenes del comer, características que comparten con los que hacen dietas: preocupación por la comida y por el peso; sin embargo señalan una diferencia, ya que los sujetos con desordenes alimentarios despliegan una forma de vulnerabilidad psicológica de ineficiencia y fracaso (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Toro (2004) expone una serie de estudios realizados acerca de conductas alimentarias de riesgo y otras llevadas a cabo con fines de reducción de peso:

Croll, Neumark-Sztainer, Story e Ireland (2002), examinaron una muestra de 80 000 estudiantes adolescentes de entre 14 y 17 años mediante una encuesta. Los resultados revelan que a los 14 años, 56% de las chicas y el 28% de los chicos incurrieron en conductas para perder o controlar el peso mediante el ayuno o el saltarse comidas, consumo de pastillas adelgazantes, vomito inducido, uso de laxantes, fumar y hacer atracones. A los 17 años, el 57% de las niñas y 31% de los varones practicaban esas mismas conductas. Cabe mencionar que se presentó una mayor prevalencia de estas conductas en adolescentes hispanos e indios americanos que en norteamericanos.

Neumark-Sztainer y Hannan (2000), en una muestra de 7000 adolescentes de entre 11 y 17 años de edad encontraron que el 45% de las chicas y 20% de los chicos habían seguido alguna vez una dieta restrictiva con fines de reducción de peso; 13% de la chicas y 7% de

los chicos manifestaron padecer de alteraciones alimentarias tales como atracones y ciclos de ayuno, estas conductas se asociaban a baja autoestima, depresión, ideación suicida, consumo de drogas y sobrepeso. Además uno de cada cuatro adolescentes de este estudio tenía sobrepeso.

Halvarsson, Lunner y Websterberg (2002), llevaron a cabo una investigación longitudinal en una población de 1000 chicas de 7 a 15 años de edad, hallaron que entre los 9 y 14 años se produce un incremento significativo en la proporción de chicas que desean ser delgadas y restringen su comida; el deseo de adelgazar aumenta progresivamente con la edad desde los 9 a los 17 años especialmente entre los 10 y 14 años y los intentos de seguir dietas restrictivas se incrementan principalmente entre los 9 y 13 años.

Mc Cabe y Vincent (2003), hallaron en una muestra de 600 adolescentes de edades entre 12 y 14 años, que las chicas practicaban conductas extremas para perder peso con más frecuencia que los varones, sin embargo no se hallaron diferencias entre sexos en cuanto a practica de atracones y otras tendencias bulímicas. Por otra parte se encontró que tienen mayor probabilidad de incurrir en irregularidades alimentarias las chicas con pubertad precoz y con mayor IMC, pero el factor determinante tanto en mujeres como en varones es la inadaptación social; la depresión y la baja autoestima se constituyeron como los dos predictores más consistentes de restricciones alimentarias en las mujeres; en los varones los predictores más eficaces fueron ansiedad e ineficacia.

Austin y Gortmaker (2001), estudiaron una muestra de 1300 adolescentes donde los resultados revelan que las chicas que seguían dietas restrictivas con una frecuencia máxima de 1 día por semana tenían dos veces riesgo de ser fumadoras que quienes no seguían las dietas; las que seguían dietas restrictivas dos o más días por semana cuadruplicaban el riesgo de ser fumadoras. Por su parte Garry, Morrisey y Whetstone (2002), encontraron que el 39% de las muchachas y el 12% de los varones han reconocido fumar para controlar su apetito y su peso; este mismo estudio evidenció que el 7.1% de los adolescentes, especialmente las chicas consumían laxantes o vomitaban voluntariamente y el 6% tomaban pastillas adelgazantes.

Rodríguez, Novalbos y Martínez (2002), realizaron una investigación con una muestra de 500 adolescentes con IMC normal de 14 a 18 años, el 9 % reportó seguir dieta restrictiva (en este porcentaje las chicas doblaban a los varones) el 42% reportaron recurrir a atracones recurrentes con pérdidas de control, el 41% evitaban ingerir alimentos y el 46% presentaba alguna alteración de la conducta alimentaria. El 33% practicaban algún género de conductas compensatorias, de las conductas alimentarias anormales el 16% eran afines a la anorexia nervosa y el 17% a la bulimia nervosa, en todas ellas la prevalencia en las chicas solía doblar la de los varones.

Con respecto a los estudios realizados en México, se puede citar el de Gómez Pérez-Mitré (1993), en el cual se reportan patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como de riesgo para el surgimiento de problemas bulimianoréxicos, en una muestra de N=197 estudiantes hombres y mujeres que se encontraban cursando preparatoria, licenciatura y postgrado, los resultados indicaron una incidencia de sobrepeso del 41%. Otro estudio realizado por Gómez Peresmitré y Ávila Angulo (1998), reportó que un 25%

de una muestra de 487, n= 245 de sexo femenino y n=242 de sexo masculino, con edad promedio de 10.8 y una desviación estándar de .821, tanto de escuelas públicas como privadas realizaron dieta intencional en el ultimo año tanto para bajar como para subir de peso, el 19% reportó haber cambiado su alimentación con propósitos de bajar de peso, y un 6% para subir.

Gómez-Pérez Mitré, Pineda y Platas (1997), realizaron un estudio con el objetivo de establecer la relación entre edad de la menarca, seguimiento de dieta y satisfacción con imagen corporal en una muestra de N=280 estudiantes mujeres con menarca temprana (41%, ≤ 11.5 años), menarca normal (50% de 11.5 a 14 años) y con menarca tardía (9% ≥ 14 años). El promedio de edad del primer grupo fue de 11.53 con desviación igual a 1.38., de el segundo grupo la edad promedio fue de 13.58 años con desviación estándar igual a .95 y la media del tercer grupo se situó en 17 años con una desviación estándar de 1.69. Los resultados indicaron que el 54% de la muestra se encontraba satisfecha con su imagen corporal y el porcentaje restante reportó insatisfacción, las chicas con menarca tardía resultaron insatisfechas con su imagen corporal, mientras que las chicas con menarca temprana fueron las satisfechas (65%); en lo que se refiere a dieta restrictiva los resultados indicaron que casi la mitad de las integrantes de la muestra total (44%), habían realizado dieta en el último año. También se obtuvieron los porcentajes de seguimiento de dieta para el control de peso por edad de la menarca. Los porcentajes señalan que las chicas con menarca temprana fueron las que realizaron dieta, seguidas de las “normales” y “tardías”, las medias de satisfacción/insatisfacción (temprana: $x=.30$, $s=.74$; normal $x=.58$, $s=.82$, tardía $x=1.22$, $s=1.20$) indican que las chicas con menarca tardía que realizaron dieta presentaron la media alta de insatisfacción corporal. Mientras que las chicas que no realizaron dieta manifestaron la menor media de insatisfacción. (temprana: $x=.33$, $s=.63$; normal $x=.04$, $s=.79$, tardía $x=.12$, $s=1.87$). De acuerdo con estos valores, puede observarse que las medias de satisfacción que estuvieron cercanas a cero, están íntimamente relacionadas con el no seguimiento de dietas; mientras que la media alta de insatisfacción se relaciona fuertemente con el seguimiento de dietas.

Gómez Peresmitré, Pineda, L'Esperance, Hernández, Platas y León (2002), estudiaron la relación entre seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de n=305 adolescentes estudiantes de bachillerato (154 mujeres y 151 hombres). de esta n1= 278 eran adolescentes que respondieron que en un período de 15 días “nunca” habían seguido dieta para bajar de peso y n2= 27 adolescentes que aceptaron que en ese mismo período “frecuentemente” y “siempre” habían realizado ese tipo de dieta; la media de edad de los hombre fue de 16.09 años con desviación estándar de 0.09 y para el grupo de mujeres fue de 16.6 con desviación estándar de 1.07. Los resultados indican que los adolescentes que respondían que “frecuentemente” y “siempre” hacían dieta restrictiva eran quienes presentaban problemas de conducta alimentaria compulsiva. De acuerdo con lo anterior, el grupo que “frecuentemente” y “siempre” hacía dieta restrictiva respondió que “a veces” ($X= 2.22$, $S= 0.80$) había tenido problemas con conducta alimentaria compulsiva, mientras que el grupo que respondió que “nunca” había hecho dieta también respondió que “nunca” había tenido conducta alimentaria compulsiva o sobreingesta ($X=1.52$, $S= 0.53$).

Con respecto a la variable de la preocupación por el peso y la comida los adolescentes con seguimiento de dieta restrictiva (“frecuentemente” y “siempre”) fueron quienes “el 50% de

las veces” se encontraban preocupados por el peso y la comida ($X= 1.51$, $S=0.57$). También se encontró correlación positiva y estadísticamente significativa entre la variable “seguimiento de dieta restrictiva” y “preocupación por el peso y la comida” ($r= 0.567$, $p=0.000$) a mayor preocupación por el peso y la comida mayor seguimiento de dieta. En conducta alimentaria normal y seguimiento de dieta, se encontró una correlación de baja magnitud y estadísticamente significativa, que implica que a mayor conducta alimentaria normal, menor seguimiento de dieta restrictiva.

Gómez Peresmitré, Mora y Unikel (1999), encontraron que estudiantes de ballet presentan mayores porcentajes de conductas anómalas del comer a excepción del uso de laxantes en comparación con estudiantes de secundaria y preparatoria (7% y 16%) el seguimiento de dietas es la practica de riesgo por excelencia, en ambos grupos, el 65. 7% de los en el grupo de estudiantes de ballet y el 32% en el grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria ha realizado dietas alguna vez. La muestra de este estudio estuvo constituida por estudiantes de ballet ($n=70$) y estudiantes de secundaria y preparatoria ($n=78$), en ambos grupos se incluyeron sujetos de escuelas públicas y privadas con media de edad de 14.7 y desviación estándar de 1.3.

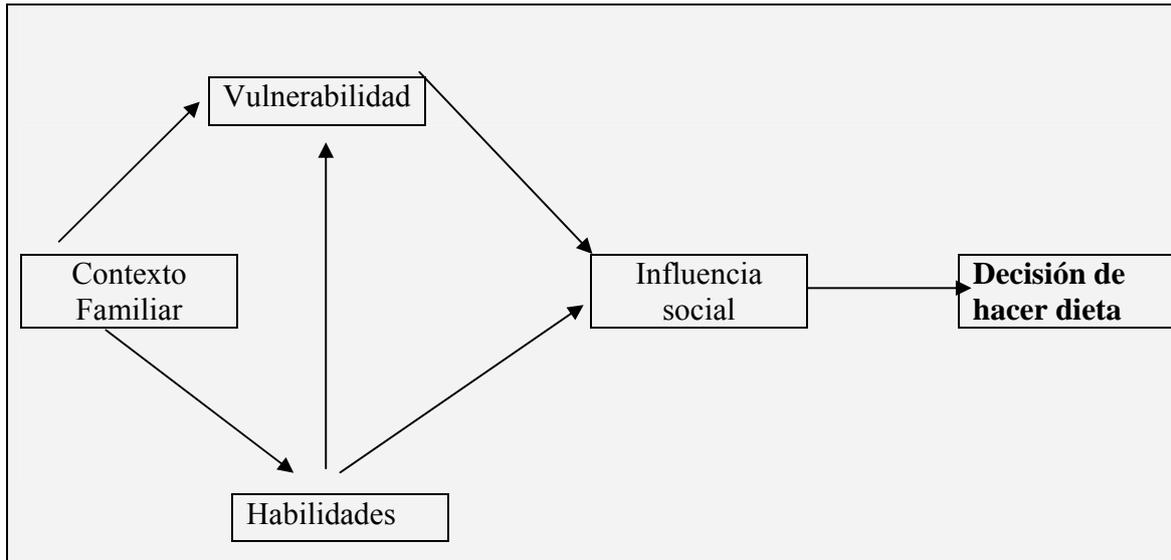
6.1 Modelo explicativo de dieta restrictiva

Huon y Strong (1998 citados en Huon y Walton, 2000), plantearon un modelo explicativo que incorpora la influencia social representada por la influencia de los padres y el grupo coetáneo los rasgos de personalidad las habilidades de negociación interpersonal y el apoyo familiar; estos factores afectan la probabilidad de iniciación de dieta entre las adolescentes.

De acuerdo con Toro (2004), Huon, Gunewardene y Hayne (1999, 2002a), han trabajado en un estudio longitudinal con duración de tres años con 1644 adolescentes de 12 a 17 años de edad, los resultados fueron analizados mediante un procedimiento de modelamiento estructural de ecuaciones de esta forma se construyó el modelo predictor de dieta citado anteriormente; se encontró que la influencia social es el predictor inmediato de la decisión de seguir dietas restrictivas integrándose a este los siguientes factores:

- Las influencias familiares: modelamiento materno de dieta restrictiva, conformidad de los padres ante la dieta y aceptación de la presión de los padres para seguirla.
- La influencia de amigas y compañeras: modelamiento por las amigas de dieta restringida, aceptación de la presión de las amigas a que el sujeto siga a dieta, aceptación de la presión de las amigas para seguir dietas y competir con las amigas comparándose con ellas por el cuerpo y las dietas.
- La vulnerabilidad o predisposición junto con las habilidades mediante la influencia social, ya sea potenciándola o reduciéndola; la vulnerabilidad incluye tres factores: conformidad con las presiones de padres y coetáneos, permeabilidad de los propios límites a las intrusiones de los padres, diferenciación del yo o autonomía ante los intereses de otros.

- Las habilidades protectoras o de enfrentamiento social incluyen dos factores: autoeficacia y asertividad.
- El contexto familiar integra cuatro elementos: estilo educativo materno (sobrepotección o autonomía) estilo educativo paterno (sobrepotección o autonomía) conflictos diarios y apoyo emocional percibido (pp. 225-225).



Modelo Empírico de predictores de dieta restrictiva

Fuente: adaptado de Huon, Gunewardene y Hayne (2002a, citados en Toro, 2004).

Huon y Walton (2000), realizaron un estudio con una muestra de 62 adolescentes de sexo femenino que habían iniciado dieta restrictiva y 62 que nunca habían llevado a cabo esta práctica, la media de edad se situó en los 14 años. Los autores trataron de identificar aquellos factores que distinguen a los dos subgrupos de la muestra, utilizando el modelo de Huon y Strong (1998 citado en Huon y Walton, 2000). Los resultados revelan que las chicas que han iniciado dieta pueden distinguirse claramente de aquellas que nunca la han iniciado por el nivel de influencia de los padres; las chicas iniciadoras de dieta restrictiva reportaron conformarse y cumplir más hacia la presión de los padres, reportaron ser más competitivas con su grupo coetáneo que las no iniciadoras de dieta restrictiva. La percepción de apoyo de parte de los padres también fue encontrada a parte de las chicas que nunca habían iniciado dieta restrictiva. De este estudio se pudo concluir que las formas de influencia parental que distingue a los dos grupos difieren en la naturaleza del tipo de la influencia ejercida por el grupo coetáneo.

6.2 Práctica de ejercicio físico

En la actualidad, en las sociedades accidentalizadas el cuerpo femenino es delgado mientras que el masculino es musculoso, la creencia general se basa en que la actividad física permite acercarse al logro de ese cuerpo ideal, así mismo no resulta sorprendente que exista

una relación significativa entre práctica de actividad física excesiva e insatisfacción corporal. Wichstrom (1995), señala que la practica de ejercicio físico por parte de chicas adolescentes es en orden de importancia el segundo predictor de problemas alimentarios después de la obesidad percibida (Toro, 2004).

Gómez Peresmitré y Hernández-Alcántara (2004), decidieron determinar la relación entre variables características de los grupos de deportistas tales como perfeccionismo, ansiedad, ansiedad competitiva y dependencia al ejercicio con factores de riesgo asociados con conducta alimentaria (compulsiva, preocupación por el peso y la comida, y dieta crónica y restrictiva). Para ello emplearon dos muestras; una de deportistas (mujeres nadadoras) y otra no deportistas igualados en las variables de sexo, edad y nivel socioeconómico. Los resultados revelaron inexistencia de relaciones entre las variables de ansiedad competitiva, perfeccionismo, ansiedad y dependencia al ejercicio físico y ser o no ser deportista. En cambio se encontraron relaciones significativas entre ansiedad, ansiedad competitiva y dependencia al ejercicio y factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. Los resultados sugieren que la conducta alimentaria de riesgo en mujeres nadadoras y mujeres no deportistas no dependen directamente de practicar o no deporte, si no de la presencia de otras variables tales como un grado elevado de ansiedad competitiva y dependencia al ejercicio.

Por otra parte las investigaciones en el campo de los desordenes alimentarios sitúan a las bailarinas profesionales como un grupo de alto riesgo, debido a que la danza es una actividad en la que el cuerpo y la figura son centrales y la demanda del medio es excesiva, por consiguiente el desarrollo de estos trastornos es probable que se presente en estas poblaciones consideradas como vulnerables. Existe evidencia empírica que muestra que las bailarinas profesionales constituyen un grupo de alto riesgo, ya que en una muestra constituida por 43 bailarinas profesionales, 45 profesionistas no bailarinas y 9 pacientes con alteraciones alimentarias, los resultados demuestran que las bailarinas profesionales practican con alta frecuencia métodos para bajar de peso y evidencian alteraciones de la imagen corporal y peso bajo, en ocasiones traslapándose con aquellos de las pacientes diagnosticadas (Gómez Peresmitré y Unikel , 1999).

Hausenblas y Fallon (2002, citados en Toro, 2004), encontraron que en las mujeres cuanto mayor era su IMC mayores eran la insatisfacción con la imagen corporal y la ansiedad causada por la apariencia física. La actividad física desempeñaba un papel secundario, mientras que en los varones la actividad física era el mejor predictor de estas variables.

CAPITULO 5

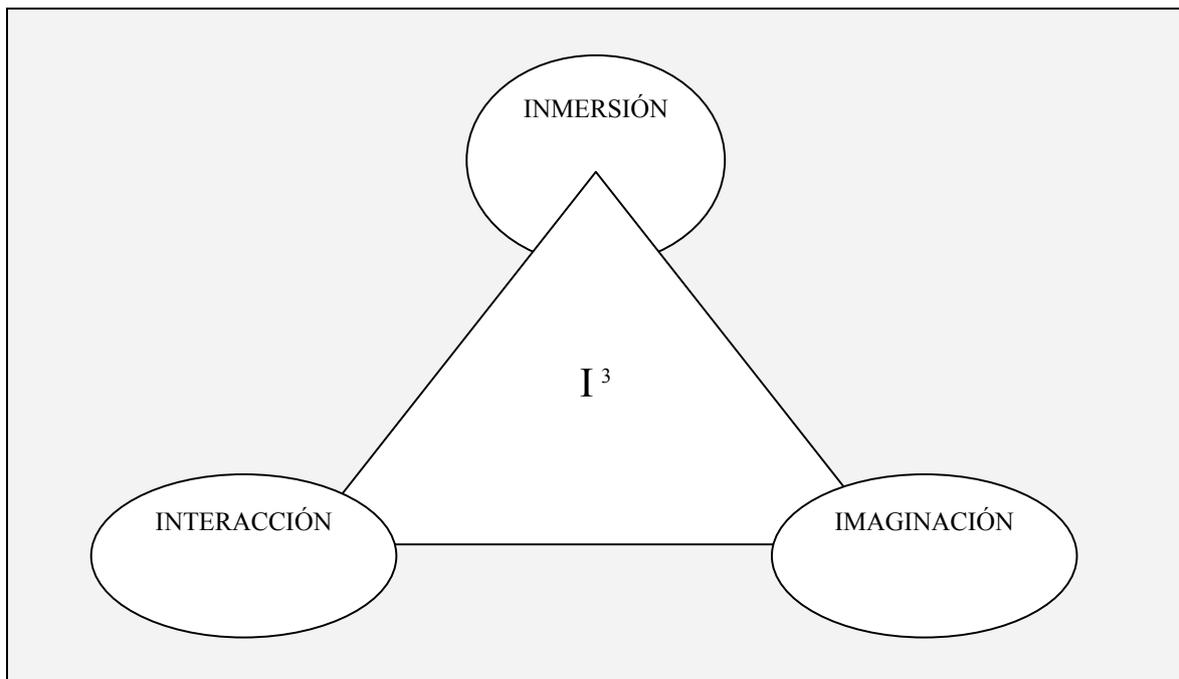
REALIDAD VIRTUAL

1. Concepto de realidad virtual

Burdea y Coiffet (1996), describen el término de realidad virtual de acuerdo a su funcionalidad como una simulación por ordenador en la que se emplea el grafismo para crear un mundo en apariencia real; así mismo el mundo sintetizado no es estático sino que responde a las ordenes del usuario, esto define una característica clave de la realidad virtual: la interactividad en el tiempo real. Aquí el término “tiempo real” significa que el ordenador es capaz de detectar las entradas efectuadas por el usuario y de reaccionar a ellas modificando instantáneamente el mundo virtual. El poder de atracción de la interactividad contribuye al sentimiento de inmersión que experimenta el usuario al participar en la acción que se desarrolla en la pantalla, sin embargo la realidad virtual va más lejos aún y se dirige a los canales sensoriales del hombre.

“Un sistema de realidad virtual es una interfaz que implica simulación en tiempo real e interacciones mediante múltiples canales sensoriales. Estos canales sensoriales son los del ser humano: la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto.” (Burdea y Coiffet, 1996, p 24).

La realidad virtual se vale de la interactividad e inmersión, no obstante existe una tercera característica: el sistema de simulación no es sino un medio, o una interfaz con el usuario, aunque también debe resolver ciertos problemas reales de ingeniería, de medicina, del sector militar, etc. Así, pues, los campos en que la aplicación puede resolver determinado problema o en que la simulación funciona, depende mucho de la imaginación del operador. La realidad virtual recurre pues al trío” Inmersión-Interacción-Imaginación”.



Triángulo de la realidad virtual: Inmersión-Interacción-Imaginación
Fuente: Burdea, (1993-b, citado en Burdea y Coiffet, 1996, p. 25).

También puede concebirse a la realidad virtual desde el punto de vista del contenido de la simulación como unificadora de las “realidades reales” o “verídicas” y de las “realidades artificiales”. Según Krueguer (1989 citado en Burdea y Coiffet, 1996), quien acuñó el término de “realidad artificial”, “lo que prometen las realidades artificiales no es producir la realidad convencional ni actuar sobre el mundo real. En concreto es la oportunidad de crear realidades sintéticas de las cuales no hay antecedentes reales” p. 25.

1.2 La realidad virtual en el área de la salud mental

Para Perpiña, Botella y Baños (2002), la realidad virtual RV es una tecnología capaz de crear una “realidad ilusoria”, la cual surgió con el desafío de crear representaciones fieles de mundo tal y cómo lo conoce la gente humana, esto cabe señalar no deja de ser una representación. Por su parte Sutherland (1965, citado en Perpiña, Botella y Baños, 2002), considerado como el padre de esta tecnología sugiere que “el reto es hacer que este mundo parezca real, actúe como real, suene real y se sienta real”p. 315. Por lo tanto resulta de gran interés para la psicología en general y para el campo de la salud mental en particular, porque es posible crear y generar una experiencia en el usuario de un mundo que puede interpretarse y cambiar. La realidad virtual sobre todo constituye una experiencia mental puesto que lleva a creer al usuario “que esta ahí”, que se encuentra presente en el mundo virtual. Con esta nueva herramienta el usuario ya no es un mero observador de lo que sucede en la pantalla, sino que “siente” que está inmerso en ese mundo y participa de él, pese a que son espacios y objetos que, de hecho sólo existen en la memoria del ordenador y en la mente de la persona.

Cómo lo exponen las autoras anteriormente citadas, es importante señalar aquellas condiciones que permiten que esta simulación del mundo tienen tanto impacto en el usuario, sin embargo aún no existe un modelo teórico que integre, ordene y someta a prueba una serie de cuestiones centrales que partan desde la investigación básica y que contribuyan a delimitar y perfilar el funcionamiento de esta nueva tecnología, y el de la propia mente humana, pero se cuenta con la experiencia de las personas que se han sumergido en el mundo virtual, lo que ha permitido plantear aspectos que han demostrado su importancia.

El realismo pictórico es un elemento a considerar para que se produzca esa sensación de realidad, aunque quizás este elemento no sea el más importante, ya los entornos virtuales con los que se cuenta hasta ahora no presentan ese realismo pictórico, sin embargo, lo que le falta de realismo pictórico a este entorno lo proporciona el paciente con la alta emocionalidad que este le produce, ya que si los elementos que lo configuran son los apropiados, están activando todas las claves de su problema. Consecuentemente, la experiencia que tiene una persona de una situación en un ambiente virtual es capaz de evocar las mismas reacciones y emociones que las que experimenta en una situación similar en el mundo real (Baños, Botella y Perpiña, 2002).

Cómo lo indica North, North y Coble (1998), cada persona lleva consigo sus antecedentes, sus experiencias, sus conocimientos, su historia, etc., a la experiencia en la realidad virtual. Las personas reaccionamos de manera distinta a una misma realidad “objetiva”. Tal vez ese sea el elemento clave para la terapia puesto que aunque se efectúe exposición *in vivo*, con lo que se está trabajando no es con la situación “real” sino con la representación que el paciente tiene de esa situación. Por último, la percepción e interpretación que tiene la persona de las situaciones reales y su manera de comportarse con ellas, pueden modificarse sobre la base de sus experiencias dentro del mundo virtual, este es un elemento clave para el desarrollo de ambientes virtuales como una herramienta terapéutica. En psicología hasta ahora, la manera más directa de saber que es lo que sucedía con una persona era mediante una entrevista o la aplicación de un prueba psicométrica o cuestionario etc. Ahora además de preguntar por lo que ocurre se puede recrear un ambiente significativo para la persona con el fin de observar directamente su comportamiento y también obtener información no sólo del contenido de su pensamiento, sino de los procesos y la organización de éste, pudiendo controlar un número de variables difícilmente controlables o modificables en los contextos naturales (Baños, Botella y Perpiña, 2002).

La realidad virtual constituye una tecnología informática, la cual proporciona una interfaz para un mundo generado por el ordenador, el usuario cree que está realmente en un mundo tridimensional aunque solo exista en la memoria del ordenador y en la mente de los usuarios; este tipo de tecnología proporciona algunas ventajas si se utiliza como una herramienta terapéutica, ya que el paciente que la utilice puede actuar sin sentirse amenazado y a partir de esa seguridad puede libremente explorar, experimentar, sentir, vivir o revivir sentimientos y/o pensamientos, además permite ajustar la situación para ir avanzando gradualmente en las ejecuciones, poco a poco a partir del conocimiento y dominio que dan las interacciones con el mundo virtual, podrá enfrentarse al mundo real (Baños, Botella, y Perpiña, 2000).

De acuerdo con estas mismas autoras, dadas las ventajas que aporta la realidad virtual en ambientes terapéuticos, esta facilita la probabilidad de persuadir al paciente para que entre en acción, de esta manera se convierte en el paso intermedio entre la consulta y el mundo real, ya que cualquier situación puede moldearse en un ambiente virtual. Pueden añadirse las ventajas que esta técnica presenta sobre las técnicas tradicionales como la exposición “*in vivo*” o imaginación (Botella, 1998), la técnica de realidad virtual ofrece un mayor grado de confidencialidad, el tratamiento se hace en consulta; es más inmersiva, ya que estimula varias modalidades sensoriales (auditivas, visuales y vestibulares) el terapeuta puede saber en cada momento lo que el paciente está viviendo y por tanto que es lo que le está produciendo malestar. Posibilita que el contexto temido cambie, se altere o se modifique a nuestra conveniencia, ya que es lo suficientemente flexible permite diseñar una serie de contextos en los que el paciente puede afrontar virtualmente, no solo lo que teme sino distintos aspectos muy amenazadores que permite crear la realidad virtual. El objetivo esencial de la realidad virtual es delimitar contextos que resulten terapéuticos, es decir, crear aspectos y/o condiciones del medio ambiente (que incluyan información vital para el paciente) a los cuales por el momento no se tiene acceso o este se ha perdido.

1.3 Trastornos alimentarios y realidad virtual

Cómo ya se ha expuesto anteriormente las alteraciones de la Imagen Corporal (IC) forman parte de los factores de inicio y mantenimiento de los trastornos alimentarios, estas alteraciones, a su vez propician recaídas. De hecho, las conductas alimentarias anómalas no son más que un medio para conseguir un objetivo primario en las personas que sufren anorexia o bulimia nervosa: doblegar el cuerpo que no aceptan. En definitiva el constructo de IC es en suma complejo y por tanto los investigadores no han sido ajenos a las innovaciones tecnológicas que se han ido produciendo en cada época de ese intento de apresarla. Respecto a los métodos que evalúan la distorsión corporal global, se requiere que las personas estimen su tamaño corporal utilizando las imágenes de sus propios cuerpos. La primera técnica que se diseñó fue un “espejo ajustable” que la persona podía manipular para obtener imágenes distorsionadas (Traub y Orbach, 1964). Más tarde vendrían la técnica de fotografía distorsionada de Gluksman y Hirsch (1969) distorsión que se hace posible a través de lentes anamórficas capaces de distorsionar la imagen un 20% por encima o debajo de su forma original; una tecnología más desarrollada de esta metodología es la desarrollada por Freeman, Thomas, Solyom y Koopman (1985) utilizando la cámara de video como medio para “adelgazar” o “engordar” la imagen real del individuo. En cada una de estas técnicas, la persona ha de ajustar la imagen hasta que esta aparezca con el tamaño que creen y se les puede pedir que la ajusten hasta que esta represente cómo les gustaría que fuera su cuerpo; estos índices de desajuste se utilizan como una medida de distorsión de la IC (Baños, Botella y Perpiña, 2002).

Marco (2000, citado en Baños, Botella, y Perpiña, 2000), llevó a cabo un estudio cuyo objetivo central era probar la eficacia diferencial de un componente específico de la evaluación y tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios a través de las técnicas de realidad virtual; los resultados demuestran que las pacientes que llevaron el tratamiento mejoraron significativamente, sin embargo aquellas pacientes que fueron tratadas con realidad virtual mostraron una mejora significativamente mayor en variables de psicología general alimentaria y en las variables específicas de imagen corporal.

Shundt y Bell (1988), desarrollaron un programa de ordenador para valorar los componentes cognoscitivos y afectivos de la imagen corporal que se conoce como Sistema para Medir la Imagen Corporal (BITS). La silueta se puede agrandar o hacer más pequeña en nueve partes independientes del cuerpo, la instrucción es que la persona manipule la figura hasta que represente lo que ella cree que es su tamaño real y su tamaño ideal. Riva, Melis y Bolsón (1997) llevaron a cabo una experiencia pionera en el tratamiento de los trastornos de la IC a través de la realidad virtual este método resultó ser más innovador y menos parcial que los anteriores. (Riva, Bachetta, Baruffi, Rinaldi y Molinari, 1998), aplicaron estos ambientes virtuales a una paciente anoréxica, pese a no ser un estudio muy controlado, sus resultados fueron muy esperanzadores, ya que estos trabajos hicieron considerar las enormes posibilidades de la realidad virtual en el conocimiento y tratamiento de estos trastornos (Baños, Botella y Perpiña, 2002). La realidad virtual ha sido utilizada ampliamente como una herramienta terapéutica en el campo de la neuropsicología y en el área de los trastornos de ansiedad, pero se ha sido poco utilizada en el campo de trastornos de la conducta alimentaria (Perpiña, Botella y Baños, 2003).

Perpiña, Botella, Baños, Marco, Alcañiz y Quiero (1999), desarrollaron un sistema de evaluación e intervención de las alteraciones de la imagen corporal a través de técnicas de realidad virtual mediante el modelamiento de una figura en tres dimensiones evaluando el cuerpo en su totalidad y por zonas; además de que el cuerpo se ubica en diferentes contextos, por ejemplo: cocina antes y después de comer, frente a personas atractivas, etc.), se puede realizar en dichos contextos test conductuales y se combinan ciertos índices de discrepancia con respecto al peso y la silueta (real, subjetivo, deseado saludable y percibido) (Baños, Botella y Perpiña, 2002).

Estas mismas autoras exponen las ventajas que la RV ofrece en el fenómeno de la Imagen Corporal, estas se enumeran a continuación:

1. Permite apresar algo tan subjetivo como lo es una imagen mental, permite plasmar, modelar y “corporizar” si imagen corporal, por tanto permite “comunicarlo” y hacer que la persona se enfrente cara a cara con su representación mental.
2. Facilita y permite mostrar aspectos centrales de la IC como son los aspectos “perceptivos”, cognoscitivos, emocionales y conductuales ofrecidos en un contexto significativo.
3. Se ha podido observar que las pacientes aceptan con mayor prontitud la evidencia de que están distorsionada la realidad ya que es el sistema informático el que se los enseña y se los demuestra.
4. El ordenador no miente es un juez subjetivo y se convierte en una fuente de información objetiva y confiable.
5. Incrementa la motivación para el tratamiento, ya que las resistencias disminuyen y la motivación a la terapia se incrementa.
6. Las pacientes enfrentan su problemática en un ambiente protegido y se propicia que las pacientes se atrevan a seguir explorando el mundo más allá de los gráficos del ordenador; así se ha encontrado que las pacientes que hacía años no habían comido un trozo de pizza por ejemplo, hasta que lo hicieron virtualmente, para poco después practicarlo e integrarlo a sus vidas cotidianas.
7. Permite realmente “vivir la situación”, lo importante es que los escenarios sean clínicamente significativos para evocar los temores y los pensamientos que estas personas tienen en su vida real (pp. 324-325).

La realidad virtual es una herramienta con numerosas posibilidades para la evaluación y el tratamiento de los desórdenes alimentarios, no solo se utiliza para encarar al paciente con una representación mental como la imagen corporal, además tiene la capacidad de incidir en la ansiedad que genera la prohibición de consumir alimentos o fomentar la sobrealimentación y el vómito subsecuente y vivir la experiencia de las consecuencias que se generan a partir de esas situaciones. Lo que resulta importante de los ambientes virtuales es que pueden ser clínicamente significativos ya que evocan los miedos y pensamiento que el paciente presenta en la vida real. Finalmente los ambientes virtuales pueden ser utilizados no sólo para el tratamiento de los trastornos alimentarios, también pueden utilizarse para conocer más acerca de estos desordenes que resultan en suma complejos (Perpiña, Botella y Baños, 2003).

1.4 Evidencia empírica de la aplicación de la realidad virtual en trastornos alimentarios

Esencialmente dos métodos son comúnmente empleados para el tratamiento de trastornos de la imagen corporal, uno de ellos es el cognoscitivo conductual el cual incide en los sentimientos de insatisfacción de los pacientes, el segundo se encuentra basado en una terapia motora y visual cuyo objetivo es influir en el nivel de la conciencia corporal, La técnica de ambientes virtuales trata de integrar estas dos aproximaciones terapéuticas y adicionalmente se vale de un ambiente visual inmersivo. Esta opción no sólo hace posible intervenir simultáneamente en todas las formas de las representaciones corporales, también el hace posible el uso de los efectos psicofisiológicos provocados en el cuerpo por la experiencia virtual con propósitos terapéuticos. Su eficacia ha sido probada en una muestra de 71 sujetos sin trastornos, en un estudio sin control experimental y en una muestra de 48 sujetos con control experimental (Riva y Melis, 1997).

De acuerdo con Riva, Bachetta, Cesa, Conti y Molinari (2004), la aproximación cognoscitiva conductual es aún considerada la mejor en lo que respecta al tratamiento de los trastornos alimentarios; sin embargo suele presentar algunas limitaciones relacionadas con el costo de los procedimientos conductuales (como la exposición o la desensibilización) y cognoscitivos tales como la imaginaria en escenarios cotidianos, hoy en día se cuenta con un tratamiento denominado Terapia Experiencial Cognoscitiva (ECT) el cual consiste en un nuevo programa de mejoramiento basado en realidad virtual, la cual ha sido comparada eficazmente con terapias de grupo y grupos control.

Dos estudios clínicos preliminares basados en Realidad Virtual realizados en 25 pacientes de sexo femenino que sufrían de trastorno alimentario específicamente de atracones, fueron incluidas en el primer estudio y 18 mujeres con obesidad en el segundo; al final del tratamiento las pacientes de ambas muestras modificaron significativamente la propia conciencia corporal; esta modificación estuvo asociada a una reducción en problemáticas ligadas a la conducta social y alimentaria (Bacchetta, Baruffi, Rinaldi, Vincelli y Molinari, 2000).

El ambiente virtual para la modificación de la imagen corporal consiste en un conjunto de tareas centradas en tratar trastornos de la imagen corporal e insatisfacción con la imagen corporal asociados estos a trastornos alimentarios. Una de las mayores ventajas de los ambientes virtuales es que pueden ser usados con facilidad en el área médica evitando la necesidad de introducirse en situaciones públicas. De hecho en esos estudios los ambientes virtuales son utilizados principalmente en orden para estimular el mundo real y asegurar que las investigaciones realizadas en este campo se encuentren ampliamente controladas. Un uso nuevo y promisorio de los espacios virtuales es que se encuentran basados en una aproximación diferente basada en la modificación de las representaciones corporales (Riva, 1997).

En contraste con el gran número de publicaciones acerca de imagen corporal, solo algunas investigaciones se centraban en el tratamiento de trastornos de la imagen corporal y trastornos alimentarios. En general, dos aproximaciones directas y específicas pueden distinguirse dentro de este campo: la aproximación cognoscitivo conductual centrada en la influenciar las emociones de los pacientes y la insatisfacción con diferentes partes del

cuerpo, mediante entrevistas individuales, relajación y técnicas de imaginación, (Butter & Cash, 1987); la segunda aproximación (Wooley & Wooley, 1985), consiste en una técnica visual motora basada en la grabación de distintas gesticulaciones y movimientos cuyo objetivo es el de incidir en los niveles de conciencia corporal. De esta manera surge la posibilidad de integrar estos dos métodos terapéuticos con los ambientes virtuales (Riva, 1997).

El ambiente virtual para la modificación de la imagen corporal (VEBIM), se constituye por seis zonas virtuales desarrollado mediante el "Sense 8 World Toolkit" para Windows, este ambiente se encuentra dividido en principio en dos partes: la zona 1 y la zona 2, las cuales fueron diseñadas para proporcionar al usuario un mínimo nivel de destreza en la percepción, movimiento y manipulación de los objetos, las cuatro zonas restantes se encuentran diseñadas para modificar la experiencia corporal en el usuario. En este ambiente virtual, las imágenes se utilizan de la misma forma que la imaginación guiada; de acuerdo con este método, el terapeuta después de introducir una imagen seleccionada, guía al paciente a instalarla en su mente antes que las palabras describiendo los detalles de esta; la imaginación guiada puede evocar emociones relevantes para los problemas de los pacientes.

A continuación se describen más detalladamente las características de cada una de las seis zonas del ambiente virtual:

Zona 1: en esta zona el usuario se familiariza con los controles y herramientas que sirven para manipular el programa.

Zona 2 a y b: en estas dos zonas se muestra una cocina y una oficina. El usuario puede moverse entre ellos e interactuar con los objetos que se encuentran ahí presentes, puede comer los alimentos presentados, pasar de una zona a otra etc.

Zona 3: esta zona se encuentra constituida de cuatro corredores en cuyas paredes se muestran imágenes de modelos de ambos sexos.

Zona 4: esta zona es una habitación con un amplio espejo donde el usuario puede observar si figura real (antes se digitaliza la imagen con una video cámara).

Zona 5: esta zona también consiste en un corredor largo, el cual finaliza con una habitación de cuatro puertas que marcan cada una, dimensiones de peso y anchura de la silueta corporal el usuario puede llegar a la última zona, sólo si elige la puerta que corresponda a su peso y anchura corporal.

Zona 6: esta zona es un largo corredor cuyas paredes de norte a sur muestran la figura del sujeto. La primer imagen es la figura real del usuario y no puede ser modificada, mientras que la segunda (Figura ideal) puede ser cambiada por el usuario de acuerdo a cómo desearía verse (Riva, 1997, p110).

Riva (1997), llevó a cabo un estudio preliminar para probar los efectos de este programa (VEBIM), en una muestra no clínica; el objetivo de este estudio estuvo basado en verificar

los efectos provocados del VEBIM en la frecuencia cardiaca y la presión arterial así como los efectos provocados por el VEBIM en la experiencia corporal; el programa se implementó en 47 hombres y 24 mujeres, cuya media de edad fue de 23.18 años, la media de peso fue de 67.34 kilogramos y la media de altura fue de 1.73 centímetros. Todos los participantes fueron sometidos al programa por máximo 10 minutos y mínimo 8 minutos, y sólo experimentaron las cinco primeras zonas. Este estudio de tipo preliminar mostró que a pesar de que se sometió a los participantes al (VEBIM) por un corto plazo, es capaz de reducir parcialmente los niveles de insatisfacción corporal, sin ningún efecto colateral. El hecho de que las participantes del sexo femenino observaran su cuerpo después del procedimiento del programa como más cercano a la realidad antes que su figura ideal significa que el ambiente virtual indujo una vista más realista del propio cuerpo. Puede asumirse que la experiencia virtual puede utilizarse para cerrar el hueco que existe entre la figura ideal y la figura real.

El grupo de investigadores de Perpiña, Botella y Baños (2003), desarrollaron un método para evaluar y tratar trastornos de la Imagen Corporal; diseñaron una figura en 3D cuyas partes corporales (brazos, piernas, pecho, estómago, glúteos, etc.) podían alargarse o disminuirse, la usuaria podía manipular una figura en tercera dimensión que compartía las mismas proporciones corporales que ella. Este método además combinaba varias dimensiones de la IC: puede evaluarse en conjunto o por partes específicas y el cuerpo puede situarse en diferentes contextos (por ejemplo: en una cocina, antes de comer después de comer o situarse frente a personas atractivas).

El ambiente consiste en seis escenarios, el primero ayuda a la paciente a familiarizarse con el programa, el segundo escenario se constituye por una cocina o se presenta comida en forma virtual con escalas virtuales dentro, el peso real de la participante aparece en esas escalas y ellas inserta su peso subjetivo y su peso deseado. Cuando la usuaria toca la comida o se la come de forma virtual se muestra que no aumentará de peso; en este escenario también se muestran diferentes constituciones corporales para ayudar a entender a la paciente que el peso es determinado por diferentes condiciones como el sexo, etc. El escenario cuatro consiste en dos espejos donde la paciente debe manipular una figura haciéndola mas grande o más pequeña, dependiendo de cómo perciba su IC, el segundo espejo muestra su figura corporal real y esta se antepone con la que ella modelo. En el siguiente escenario la paciente debe manipular diferentes partes corporales y al mismo tiempo se le pide que moldee su imagen corporal subjetiva y la deseada, posteriormente ambas son contrastadas. El profesional que guía el recorrido virtual debe introducir los datos de la usuaria como la altura, el peso, etc.

Perpiña, Baños y Botella (1999), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa de Realidad Virtual en el tratamiento de desordenes alimentarios. Fue un estudio controlado en una población clínica el consistió en comparar la eficacia de un componente virtual versus las técnicas terapéuticas tradicionales en TCA como exposición, psicoeducación, relajación, reestructuración cognoscitiva y autoestima. 18 pacientes que fueron diagnosticadas con anorexia y bulimia nervosa de acuerdo a los criterios del DSM-IV fueron asignadas aleatoriamente a las dos condiciones experimentales la condición de RV acompañada también de técnicas cognoscitivo conductuales y el tratamiento cognoscitivo conductual estándar empleado en trastornos de la IC. 13 de las dieciocho

participantes concluyeron desde el inicio el tratamiento. Los resultados muestran que independientemente del tratamiento todas habían mejorado significativamente; sin embargo, aquellas que recibieron tratamiento en RV mostraron mejoras aún más significativas específicamente en variables como mejor grado de satisfacción con IC en situaciones sociales, menos pensamientos, emociones y actitudes negativas hacia el cuerpo, menos miedo a pesarse ellas mismas sobretodo después de comer y deseos de mantener un peso saludable (Perpiña, Botella y Baños, 2003).

2. Estrategias cognoscitivo-conductuales de tratamiento en factores de riesgo asociados con la imagen corporal en los trastornos alimentarios.

2.1 Reestructuración Cognoscitiva:

De acuerdo con Beck (1989), el cómo una persona estima una situación es generalmente, evidente en sus cogniciones (pensamientos, imágenes visuales, etc). Estas cogniciones constituyen el flujo de la conciencia o campo fenoménico, que refleja la configuración de una persona sobre sí misma, su mundo, su pasado y su futuro. Alteraciones en el contenido de las estructuras cognoscitivas subyacentes afectan su estado afectivo y su patrón conductual. Los procesos de reestructuración cognoscitiva deben conducir al individuo a la transformación y control autónomo de sus emociones. (Moniz, 1988).

La idea sobrevalorada de adelgazar conduce a un conjunto de distorsiones cognoscitivas que se manifiestan en errores de interpretación de la realidad. Estas personas desarrollan esquemas relevantes al yo en torno a la silueta y el peso, y van influyendo en la percepción, el pensamiento y la conducta. Los modelos cognoscitivos de los trastornos alimentarios, destacan la importancia de los pensamientos automáticos negativos, del estilo disfuncional de razonamiento y de las creencias o actitudes básicas que sustentan el autoesquema, y, por supuesto de su intervención (Baños, Botella y Perpiña, 2000).

Una de las estrategias utilizadas dentro de esta corriente es la Terapia Racional Emotiva (TRE), la cual afirma que la esencia de la psicopatología es que los eventos activantes (A) no causan directamente consecuencias emocionales o conductuales, de hecho, las creencias o pensamientos acerca de esos eventos son las causas más importantes de las emociones y las acciones. En particular los pensamientos irracionales conducen a respuestas emocionales y conductuales disfuncionales; los pensamientos se consideran irracionales si no poseen una evidencia empírica del ambiente al que pertenece el individuo y si estos no promueven su felicidad y bienestar (Haaga & Davidson, 1984).

El procedimiento terapéutico basado en la TRE tiene una meta principal, la cual consiste: a) persuadir al cliente de que es posible realizar un análisis de los problemas desde la perspectiva racional emotiva. b) identificar los pensamientos irracionales más importantes que causan culpas o malestar. c) mostrar al cliente cómo enfrentar esos pensamientos irracionales y d) generalizar este aprendizaje a situaciones futuras donde se presenten estos pensamientos utilizando la TRE (Haaga & Davidson, 1984).

De acuerdo con Haaga & Davidson (1984), en materia de trastornos alimentarios las metas de la reestructuración cognoscitiva incluyen:

- La reatribución de la preocupación hacia la comida, los períodos de atracón el estrés y ansiedad, como síntomas secundarios de la supresión. El principal reto de este episodio es que el paciente crea que el puede recobrase psicológicamente mientras se alimente adecuadamente.
- Desafiar los valores culturales que asocian la delgadez con virtud, control personal y atractivo físico.
- Desafiar la creencia de que la dependencia es inaceptable y que uno siempre puede tener el control.
- Apoyarse en la autoaceptación antes que en la autoestima basándose en un pensamiento dicotómico.

Según estos mismos autores, el tratamiento de TCA basado en esta corriente, ha mostrado evidencias de efectividad. Un estudio experimental encontró que un 59% de las participantes que padecían bulimia y fueron tratadas con terapia cognoscitivo conductual se abstuvieron de purgas seis meses después del tratamiento también redujeron niveles de depresión y actitudes disfuncionales hacia la comida (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989).

La aplicación sistemática de la terapia cognoscitivo conductual a los trastornos de la Imagen Corporal comenzaron en 1987, cuando Butter y Cash publicaron un reporte de un estudio con quince participantes insatisfechas con sus cuerpos, las cuales fueron tratadas individualmente por seis semanas, las participantes aprendieron habilidades como automonitoreo, relajación, imaginería, desensibilización, respuestas racionales a distorsiones cognoscitivas y estrategias de prevención de recaídas (Cash & Strachan, 2004).

En 1989, Rosen, Saltzberg y Srebnick trataron a 13 mujeres insatisfechas con su cuerpo en seis sesiones, para realizar un control en la comparación de dos tratamientos 10 mujeres fueron tratadas con psicoeducación; ambas intervenciones incluían información y discusión acerca de la percepción de la talla, pensamientos desadaptativos acerca del cuerpo y conductas asociadas a una imagen corporal negativa, aunque sólo la condición CC incluía intervenciones de reestructuración cognoscitiva y conductual. Los resultados confirmaron que el tratamiento CC fue superior al otro ya que produjo mejoras significativas y los cambios se mantuvieron seis semanas siguientes (Cash & Strachan, 2004).

CAPITULO 6

HABILIDADES SOCIALES

1. Antecedentes

Cómo lo expone Caballo (1993), en los últimos años una de las áreas de intervención psicológica más aplicada es la de las habilidades sociales, su estudio, se remonta a la década de los treinta, cuando Williams, en 1935, Jack (1934), Page (1936), Murphy y Newcomb (1937), y Thompson (1952) estudiaron el desarrollo social de los niños, identificando lo que hoy llamamos asertividad y habilidades sociales, así como su importante influjo en la conducta social.

De acuerdo con este mismo autor, el estudio sistemático de las habilidades sociales llega desde distintas vías, inicialmente puede mencionarse el trabajo de Salter (1949), *Conditioned reflex therapy* (terapia de reflejos condicionados), muy influida por los estudios pavlovianos sobre actividad nerviosa superior. Su trabajo fue continuado por Wolpe (1958), primer autor que utilizó el término “asertivo”, y posteriormente por Lazarus (1966) y Wolpe y Lazarus, (1966); finalmente se publicó el libro de Alberti y Emmons *Your perfect right*, el primer libro sobre el tema de asertividad

En la década de los setentas aparecen diversos cuestionarios para medir la conducta asertiva (Rathus, 1973; Galassi, De Lo, Galassi y Bastien, 1974; Grambill y Richey, 1975) y libros de carácter divulgativo donde se expresan los resultados de algunas investigaciones y se enseñan técnicas de entrenamiento asertivo. Por ejemplo Bower y Bower, (1976); Alberti y Emons, (1970b), Bourn, Coburn y Pearlman, (1975), entre otros. También cabe señalar los trabajos de Eisler (1973,1977), Hersen (1975), Mc Fall (1977, 1982) y Goldstein (1973, 1981), quienes realizaron programas de entrenamiento de habilidades sociales con el objetivo de mejorar deficiencias en esta área. De igual forma, pueden contemplarse los trabajos de Zigler y Philips (1960), en relación a “competencia social”, estos autores trabajaron con pacientes hospitalizados, encontrando una relación directamente proporcional entre el grado de competencia social y la duración de su estancia; el ajuste social después de su egreso; y la disminución de recaídas. La tercera y última fuente corresponde a los trabajos de Argyle (1967), Argyle Bryant y Trower (1974a y 1974b), Argyle y Kendon (1967) y Welford (1966), en relación al concepto de habilidad en la interacción persona a persona incluyendo características perceptuales, motoras, de toma de decisiones y de procesamiento de información. (Caballo, 1993).

Para Caballo (1993), hay una equivalencia entre los términos “asertividad”, entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales o simplemente habilidades sociales”, dando preferencia a éste último. A continuación se presenta un cuadro que muestra la evolución del término habilidades sociales:

<i>Término</i>	<i>Autores</i>
Personalidad excitatoria	1949 – Salter
Conducta asertiva	1958 – Wolpe
Libertad emocional	1971 – Lazarus
Efectividad personal	1975 – Liberman, King, DeRisi & McCann
Conducta asertiva y habilidades sociales	1977 - Gambrill 1978 y 1985 Phillips 1981 – Salzinger 1981 - Mc Donald y Cohen 1983 - Emmons y Alberti
Entrenamiento asertivo	1976 – Fensterheim y Baer 1977 - Smith 1977 – Alberti 1978, 1982 y 1983 Alberti y Emmons 1979 – Kelley 1980 – Fodor 1984 – Linehan
Entrenamiento de habilidades sociales	1977, 1979 y 1985 Curran 1978 – Trower, Bryant y Argyle 1979 – Bellack 1980 – Eisler y Frederiksen 1982 – Kelly 1985 – Gambill y Richey
Terapia de aprendizaje estructurado	1973 , 1981 – Goldstein 1976, 1981 y 1985 – Goldstein, Martens, Hubben, Belle, Shaaf, Sprafkin, Gershaw & Klein.

Fuente: Caballo, (1993 pp. 2-3).

1.2 Definición de habilidades sociales

De acuerdo con Caballo (1993), la conducta socialmente habilidosa se ha definido de diversas maneras; sin embargo no existe una definición que haya sido aceptada explícitamente acerca de lo que constituye la conducta socialmente hábil. Por su parte Gismero (1996), afirma que existe una gran controversia y una dificultad de orden conceptual para establecer una definición de la conducta asertiva, ya que el tratar de definir concretamente que es la conducta habilidosa, es irresoluble debido a que esta depende del contexto en el que se desarrolle. Sin embargo muchos autores de acuerdo a sus investigaciones, han propuesto una definición de lo conducta asertiva, entre las más representativas se encuentran las siguientes:

“La conducta asertiva, es la habilidad de una persona para expresar sus sentimientos, escoger como actuar, defender sus derechos cuando sea apropiado, aumentar su autoestima, ayudarse a sí misma a desarrollar autoconfianza, discrepar cuando lo considere importante

y llevar a cabo planes para modificar su propio comportamiento y pedir a otros que cambien su conducta ofensiva” (Bower y Bower, 1986, citados en Gismero, 1996, p.4).

De acuerdo con Caballo (1986), la conducta socialmente habilidosa es el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos y actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1993, p. 6).

“La conducta asertiva es 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” (Gismero, 1996 p.38). Es un conjunto de habilidades aprendidas que un individuo pone en juego en una situación interpersonal e implica la especificidad de tres componentes; una dimensión conductual (tipos de conductas); una dimensión personal (variables cognitivas); y una dimensión situacional dentro de un contexto cultural.

Para Wolpe (1993), la conducta asertiva es la expresión apropiada, hacia otra persona, de una emoción diferente a la ansiedad, por lo tanto en entrenamiento en asertividad se usa principalmente para descondicionar hábitos inadaptables de la respuesta de ansiedad hacia la conducta de otras personas (p. 130).

León y Medina (1998), encuadran la conducta socialmente habilidosa como la capacidad de ejecutar conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva; es una clase de respuestas pertinentes para desempeñar con eficacia las siguientes funciones:

- Conseguir reforzadores en situaciones de interacción social
- Mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción interpersonal
- Impedir el bloqueo del refuerzo social o mediado socialmente
- Mantener la autoestima y disminuir el estrés asociado a situaciones interpersonales conflictivas (p.15).

Para Kelly (2000), las habilidades sociales pueden definirse como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales, para obtener o mantener reforzamiento del ambiente, pueden considerarse como vías o rutas hacia los objetivos de un individuo (p. 9). Una manera de categorizar las habilidades interpersonales se basa en función de su utilidad para el individuo: algunas sirven para facilitar el establecimiento de relaciones con los demás, otras sirven para alcanzar o conseguir reforzadores que en sí no son de naturaleza social, aunque se desarrollen en un contexto interpersonal, otras impiden principalmente que los demás bloqueen el reforzamiento al que se tiene derecho. Todas las habilidades interpersonales que facilitan el asentamiento de

relaciones tienen en común el hecho de que aumentan el atractivo social o reforzamiento de la persona que las exhibe.

El grado en que un determinado tipo de habilidad va a resultar importante o funcional para el individuo depende de la frecuencia con que la persona se encuentre en situaciones en las que es necesaria dicha habilidad, así como de la importancia o valor del objetivo a alcanzar mediante el empleo de la misma, no necesariamente ha de existir correspondencia entre la capacidad de un individuo de manifestar un tipo de habilidad social y la de manejar con eficacia situaciones que requieran otro tipo distinto (Kelly, 2000).

Este mismo autor sugiere que es posible que un determinado tipo de habilidad social nunca se adquiera o haya sido aprendido inadecuadamente, no apareciendo, por tanto en ninguna situación; en tal caso, la persona no dispone en su repertorio de las habilidades conductuales apropiadas y en consecuencia, la habilidad no se manifiesta nunca o ésta se manifiesta muy raras veces independientemente de la situación en la que la persona se encuentre. En otras ocasiones, aunque cierta habilidad este aprendida y se manifiesta en ciertas situaciones; en otras no se presenta, ya que varios indicios o signos ambientales, interpersonales o situacionales, pueden estar gobernando la aparición de respuestas socialmente hábiles; cuando tales indicios están presentes en una situación, aparecerá la conducta competente; así mismo un determinado tipo de habilidad social puede dar lugar a consecuencias distintas, por ejemplo ser reforzada en ciertas situaciones pero en otras no. Si una habilidad es reforzada consistentemente en ciertas situaciones, pero en otras no, el individuo aprenderá a identificar o discriminar aquellas en las que determinada estrategia interpersonal sea más funcional y eficaz para producir reforzamiento.

Lazarus (1973 citado en Caballo, 1993), expone las principales clases de respuesta que abarcan las habilidades sociales/aserción:

La capacidad de decir no.

La capacidad de pedir favores o hacer peticiones.

La capacidad de expresar sentimientos positivos o negativos.

La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones (p. 8).

1.3 Componentes de las habilidades sociales.

De acuerdo con Caballo (1993), las habilidades sociales incluyen tres componentes básicos, los cuales se enumeran a continuación:

1. El componente conductual: éste comprende las pautas de comportamiento que en una cantidad óptima contribuyen a una conducta socialmente habilidosa. Se consideran cuatro categorías:

- ◆ Elementos no verbales como la mirada, la latencia de la respuesta, las sonrisas, los gestos, la expresión facial, la postura, la distancia, la expresión, las automanipulaciones, asentimientos con la cabeza, orientación, movimientos de piernas y manos, y la apariencia personal.

- ◆ Elementos paralingüísticos, como la voz (volumen, tono, claridad, velocidad, timbre e inflexión); el tiempo de habla (duración y número de palabras); perturbaciones del habla (pausas, muletillas y vacilaciones); y fluidez.

- ◆ Elementos verbales, incluyen inicio de una conversación, contenido, peticiones, anuencias, alabanzas, preguntas abiertas y cerradas, aprecio, autorrevelación, refuerzos, rechazo, atención, humor, comentarios positivos, variedad de los temas, acuerdos, enfrentamientos, empatía, formalidades, generalidades, claridad, alternativas, petición de compartir, expresiones en primera persona, razones, explicaciones y retroalimentación.

- ◆ Elementos mixtos generales, como el afecto, la conducta positiva espontánea, escoger el momento apropiado, tomar y ceder la palabra, mantener una conversación y saber escuchar (p.83).

2. El componente cognoscitivo comprende los sentimientos, pensamientos y acciones de los individuos, incluye:

- ◆ Percepciones de los ambientes de comunicación, puede ser de formalidad, de calidez, privado, familiar, restrictivo y a distancia.

- ◆ Variables cognitivas del individuo, que se refieren al procesamiento de información necesaria para generar las respuestas adecuadas y adaptadas a la situación. Esto implica conocer las habilidades sociales, las costumbres y las diferentes señales de respuesta.

3. El componente fisiológico se refiere a las respuestas básicas del organismo y que nos indican el estado físico en que se encuentra la persona, esto determina la eficacia de la conducta socialmente habilidosa, incluye:

- ◆ Tasa cardiaca
- ◆ Presión sanguínea
- ◆ Flujo sanguíneo
- ◆ Respuesta electrodermal
- ◆ Respuesta electromiográfica
- ◆ Tasa respiratoria (p.94-96).

Wilkinson (1983), realiza una descripción de algunas de las características del componente motor o conductual en las relaciones interpersonales:

Conductas no verbales.

Aunque la gente no hable puede comunicarse o dar mensajes a los otros mediante expresiones faciales o corporales, los mensajes no verbales pueden reemplazar las palabras y pueden enfatizar un mensaje verbal de acuerdo a la emoción que se le agregue a este, mediante la mirada, la expresión facial, el tono de voz, etc. La expresión facial es el componente más importante de la comunicación no verbal, ya que con la sola presencia de esta puede manifestarse desagrado, interés, falta de comprensión en una situación interpersonal dada, ya que las emociones o sentimientos a menudo se reflejan en la cara y pueden ser distinguidos por las demás personas. La postura o posición del cuerpo, el cómo una persona se sienta, se para, camina, etc., refleja sus sentimientos y actitudes acerca de

ella misma y sus relaciones con los otros, y puede reflejar el estado emocional ya sea positivo o negativo, finalmente el lenguaje no verbal puede contradecir el lenguaje verbal en algunas ocasiones. La mirada puede indicar si se le está poniendo atención en la interacción con otros, de esta forma puede representar una forma de percepción no verbal para los otros, es usada para abrir y cerrar canales de comunicación y la regulación del manejo del habla, y puede comunicar de igual forma, tanto sentimientos como actitudes del emisor, una mirada fuerte o imponente puede comunicar agresión o dominancia y una persona con poco contacto visual puede percibirse como sumisa o tímida.

La proximidad con las demás personas, es decir que tan lejos o que tan cerca nos encontramos en relación con los otros se consideran aspectos de la distancia personal, ya que la gente comunica su grado de bienestar acerca de la gente que se encuentra a su alrededor, así mismo, la distancia determina también la relación con las personas con las que se interactuó, es decir, habrá mayor proximidad en una relación más estrecha que en una relación profesional. La apariencia personal no sólo afecta nuestra autoimagen, ésta también incide en nuestro comportamiento y en el comportamiento de los demás hacia nosotros.

El tono emocional, el volumen, el tono vocal, la velocidad, la claridad, la velocidad, el énfasis y la fluidez, la pausas al hablar, pueden afectar drásticamente el propio significado de lo que decimos y cómo se entiende lo que estamos diciendo por los demás, es decir la misma oración dicha en diferentes tonos de voz o con ciertas palabras enfatizadas puede ser atribuida con distintos significados, ya que en el tono y en los demás componentes mencionados anteriormente, puede notarse nuestro estado emocional.

1.4. Características de las habilidades sociales.

Luca de Tena, Rodríguez y Sureda (2001), exponen algunas de las características de las habilidades sociales, las cuales se enumeran a continuación (p. 28-29):

1. Cómo ya se ha mencionado anteriormente, la mayoría de los autores enumeran tres sistemas de respuesta: a nivel motor o conductual, cognoscitivo y fisiológico; el primero se constituye mediante conductas referidas a acciones concretas tales como hablar, moverse, etc., además de los elementos paralingüísticos y los no verbales; el segundo se refiere a aquellas condiciones construidas por la percepción, el autolenguaje, pensamientos, atribución o interpretación del significado de las distintas situaciones de interacciones social; el tercer sistema se encuentra basado en los elementos afectivos y emotivos, tales como las emociones, los sentimientos y los consiguientes correlatos psicofisiológicos: ansiedad, ritmo cardiaco, respuesta psicogalvánica, etc., derivados de habilidades sociales puestas de manifiesto y del nivel de competencia social exhibido.

2. Se encuentran específicamente dirigidas a la consecución de reforzamiento social; ya que las habilidades sociales se ponen siempre en práctica en función de los contextos interpersonales, son conductas que se dan en relación a otras personas y siempre buscan de un reforzamiento de tipo ambiental como la consecución de objetivos de carácter material y de carácter social.

3. El carácter cultural de las habilidades sociales: el grupo cultural de referencia al cual pertenece y se desenvuelve el individuo enseña a sus miembros las diferentes formas de comportamiento en las situaciones sociales (Carrasco, 1991).

4. Especificidad Situacional: las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas, para que una respuesta sea eficaz, se debe tener en cuenta las variables que intervienen en cada situación.

5. Las habilidades sociales son de naturaleza interactiva y heterogénea: son interdependientes, flexibles, modulables y ajustables a las respuestas emitidas por el interlocutor en un contexto determinado.

6. Las habilidades sociales están condicionadas por variables como el *locus de control* (condición en que una persona percibe que las contingencias están controladas por ellas misma o por los demás) Indefensión (expectativas negativas de cambio en el futuro) irracionalidad (creencias arraigadas que pueden o no estar basadas racionalmente).

1.5 Modelos explicativos de las Habilidades Sociales

Cómo lo describe (Trower, 1995), las habilidades sociales son aquellas conductas normativas, ya sean elementos sencillos como (miradas o frases lingüísticas convencionales) o elementos identificables (tales como saludos o segmentos del discurso) de las que una persona puede hacer uso en una subcultura dada, esto determina las normas sociales en general y las reglas de una situación en particular. Tales componentes pertenecen al repertorio conductual del individuo y usualmente se suscitan de manera automática. Por otra parte las habilidades sociales constituyen la destreza del individuo para generar conductas adecuadas de acuerdo con las reglas, metas y respuestas del *feedback* social; de esta forma se han desarrollado distintos modelos que tratan de explicar cómo funciona este proceso:

Argyle y Kendom (1967), describen el proceso funcionalmente de manera similar al orden subyacente de la adquisición de varias destrezas motoras; el individuo se encuentra situado a través del proceso monitoreando la situación inmediata y continuamente ajusta su conducta a la luz del *feedback social*; este proceso consta de tres estadios: el primero consiste en la percepción de entradas del ambiente, el segundo radica en el traslado de esas entradas del ambiente en planes de acción y el tercero se centra en la respuesta motora que conllevan a la ejecución de esa acción. Mc Fall (1982), propone que las habilidades incluyen recepción, percepción e interpretación, las habilidades que comprenden la decisión de llevar a cabo una acción incluyen tanto la respuesta buscada, las respuestas esperadas así como la respuesta seleccionada de un repertorio y la evaluación de la utilidad, la ejecución de esta respuesta y el automonitoreo; este proceso falla típicamente cuando se incluye una distorsión como una mala interpretación de la infamación recibida por el medio, esta se presente en el nivel de codificación, conduciendo a éste a seleccionar acciones disfuncionales y a responder de manera pasiva, de esta forma se adquieren habilidades disfuncionales o no se adquieren, fracasando en la obtención de metas de tipo social.

Existen otras teorías consideradas como teorías alternativas para el estudio de las Habilidades Sociales: Kiesler (1982), desarrolló cinco principios; el primero afirma que el estudio básico deben ser los intercambios personales, no el comportamiento individual; un segundo principio consiste en que el concepto de “sí mismo” es teóricamente central y es enteramente social e interpersonal; el tercer principio argumenta que hay un repertorio limitado de intercambios interpersonales y por lo tanto de autorepresentaciones; un cuarto principio se enfoca en que los intercambios reflejan una realidad circular o cíclica antes que una lineal; el último principio se basa en que el vehículo para los intercambios interpersonales es la comunicación verbal y no verbal, y la evidencia muestra que la comunicación no verbal es el lenguaje de la emoción de las relaciones y la autorepresentación, mientras que las habilidades sociales se constituyen como la construcción de las autorepresentaciones (Trower, 1995 pp. 56-57).

Safran (1990, citado en Trower, 1995), propone una teoría situada desde una perspectiva ecológica, esta afirma que los seres humanos poseen una predisposición para mantener relaciones con los otros y esto juega un papel importante en la supervivencia de las especies, como parte de esta predisposición, la persona desarrolla un trabajo interno modelando y representando las interacciones interpersonales, es decir, un esquema interpersonal o estructura de conocimiento basado en las interacciones previas con los demás, las cuales contienen información relevante para el mantenimiento de esas relaciones. El esquema interpersonal sirve para guiar subsecuentemente la selección perceptual y conductual, y por lo tanto dar forma a las características de las autorepresentaciones individuales. Estos esquemas son activados y mantenidos por ciclos interpersonales en los que cada persona evoca esquemas consistentes con las respuestas de los otros.

Según Trower (1995), existe una dimensión explicativa de las habilidades sociales basada en una perspectiva evolutiva que consta de cuatro preceptos básicos:

1. Las relaciones sociales son fundamentales para la supervivencia del individuo y las especies.
2. Estas son el resultado de millones de años de influencia evolutiva, los seres humanos y otros primates han sido biológicamente equipados de un grado extremadamente avanzado de interacciones sociales.
3. Las principales formas de relaciones se encuentran preparadas biológicamente; los seres humanos y los primates se encuentran genéticamente dotados con la habilidad de crear ciertos modelos de estructura social en cada interacción. Este equipamiento de los seres humanos permite una máxima adaptación a través del aprendizaje, pero también marca los límites de las posibilidades.
4. De acuerdo con la teoría de la evolución, cada individuo se encuentra dotado con un repertorio genérico de competencias (capacidades mentales, arquetipos, etc.) las cuales se encuentran abiertas a la variación o modificación por medio del aprendizaje. Por competencia se entiende un complejo módulo de patrones cognoscitivos, emocionales y conductuales (que junto con los substratos

anatómicos, psicológicos y electromagnéticos se mantienen) que permiten a un individuo ejecutar un papel en respuesta a las necesidades internas y externas. La competencia es una evaluación de un sistema de respuestas construidas en varios modelos de procesamiento de la información; aunque el repertorio básico de competencias se ha proclamado como innato, se encuentra expuesto a diversas modificaciones debido al aprendizaje. En particular, los individuos deben tener experiencias relevantes de orden social y cognoscitivo; antes de que se conviertan esas potencialidades en habilidades sociales estas pueden ser utilizadas en la interacción social (p. 58).

De acuerdo con Hidalgo y Abarca (1999), algunos autores como Ladd y Mize (1983), plantean que para el funcionamiento social efectivo son necesarias tres situaciones: conocer la meta apropiada para la interacción social, conocer las estrategias adecuadas para alcanzar el objetivo social, y conocer el contexto en el cual una estrategia específica puede ser apropiadamente explicada, de esta forma, no basta con conocer la conducta, es necesario poder implementarla, por lo cual se enfatiza la importancia de ciertos factores de comunicación y su relación con valores, mitos y normas culturales que determinan también que la persona lleve a cabo o no una conducta determinada. Otros como Spivack y Shure (1974), plantean que las habilidades sociales están mediadas por procesos cognoscitivos internos que se denominan *habilidades sociocognoscitivas*

De acuerdo con Galassi y Galassi (1978), en la asertividad habría que considerar comportamientos interpersonales en determinadas áreas: personas particulares que tienen roles definidos y que definen diferentes reglas de comunicación y además contextos situacionales diversos. Siguiendo con este enfoque, distingue tres dimensiones del concepto de asertividad (Hidalgo y Abarca, 1999):

1. Dimensión conductual: se refiere específicamente a las áreas de comportamiento interpersonal.

- ✓ Defensa de los propios derechos.
- ✓ Rehusar peticiones.
- ✓ Dar y recibir cumplidos.
- ✓ Iniciar, finalizar y mantener una conversación.
- ✓ Expresión de afectos positivos (amor, cariño, respeto).
- ✓ Expresión de afectos negativos (enojo, rabia, ira).
- ✓ Expresión de opiniones personales incluyendo el desacuerdo (p. 25).

2. Dimensión personal: en esta dimensión, la situación interpersonal hace referencia a personas: amigos, pares, familiares, autoridades, etc. Estos roles determinan ciertas conductas sociales que se esperan como adecuadas a la definición de la relación. Muchas situaciones inadecuadas puede deberse a la falta de percepción social para captar las sutilezas interpersonales de un relación.

3. Dimensión situacional: corresponde a los contextos y situaciones donde ocurre la interacción social, incluye las normas y valores correspondientes al contexto cultural de la

persona. Por ejemplo: el cómo se relaciona una persona en su ambiente familiar, será diferente a cómo se comportaría en el ámbito escolar o profesional.

Otra perspectiva explicativa de las habilidades sociales, se da a partir del desarrollo psicológico del individuo. Cómo lo expone Hernández-Guzmán (1999), la socialización comienza desde el primer vínculo que se da entre la madre y el hijo, y ésta se extenderá progresivamente a otros grupos de personas significativas, por tanto, la importancia de esta socialización en cualquier momento de la vida es indiscutible; el comportamiento social entrena habilidades verbales y no verbales, comunicativas, conductuales, cognoscitivas y afectivas, las cuales se tornan cada vez más complejas al progresar la persona en su desarrollo, pero estas son apropiadas dependiendo del contexto social en que se desenvuelva. Así, el constructo de competencia social se encuentra conformado de componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales conjugados en el interactivo.

De acuerdo con esta misma autora, el resultado del intercambio social, es el que determina que un grupo de habilidades sean efectivas o no, cuando el individuo fracasa dentro de esta interacción ya sea que el despliegue de conductas no impacte en el entorno social o lo hagan de manera negativa, se le considera socialmente incompetente. Esta dificultad de impactar de forma positiva depende de la conjunción de muchos factores tales como las disposiciones personales, la forma en cómo la persona se encuentra interactuando con las circunstancias de su ambiente, y de su propia historia personal, determinada por ese mismo intercambio dinámico con el ambiente que lo rodea y de su contexto social actual con el que interactúa.

La ansiedad ante situaciones sociales es considerada una de las distorsiones adquiridas por medio de la experiencia a partir de predisposiciones ante amenazas evolutivamente relevantes, el miedo y malestar que generan las situaciones sociales en una persona en etapas tempranas del desarrollo y sus secuelas a largo plazo ha sido documentado en algunas investigaciones que han encontrado que los niños rechazados y aislados por sus compañeros experimentan soledad e insatisfacción social, además de formarse un concepto negativo de sí mismos, cuando el grupo coetáneo trata al niño con rechazo o ignorándole, éste tiende a mostrar desesperanza y soledad (Boivin, Dion y Vitaro, 1990; Cole y White, 1993, citados en Hernández-Guzmán, 1999).

El reconocimiento y la aceptación social parecen jugar un papel preponderante en el desarrollo sano del ser humano, pues sirven para retroalimentar su comportamiento y ayudarlo a formar un autoconcepto de sí mismo; la interacción con el ambiente y la retroinformación que recibe el niño de las personas que forman parte de su contexto familiar y social es la contingencia que moldea su autoestima. Se ha observado que los niños que gozan de la aceptación y aprobación social de sus compañeros presentan un mejor concepto de ellos mismos, ya que la demostración de que su comportamiento tiene un impacto favorable sobre su contexto social, propicia que el niño se sienta competente para actuar socialmente y fortalezca su autoestima; así mismo, las consecuencias en términos de sufrimiento personal y desarrollo de trastornos como la depresión, la falta de competencia social durante la niñez, pueden impedir el desarrollo de nuevas habilidades sociales (Hernández-Guzmán, 1999).

Los modelos interactivos enfatizan el papel de las variables ambientales, las características personales (no los rasgos) y las interacciones entre ellas para producir la conducta (Mischel, 1973; Caballo, 2000, citados en Luca de Tena, Rodríguez y Sureda, 2001) De acuerdo con este planteamiento, la competencia social es de naturaleza multidimensional y no es coincidente con el término de habilidades sociales, ya que estos modelos presentan la idea de que la competencia cognitivo-social no puede ser modificada enseñando destrezas sociales específicas, sino desarrollando su competencia social en general; estos modelos se centran en el estudio de:

- Cómo se desarrolla la conducta social de la persona en situaciones de relación interpersonal.
- Las variables cognoscitivas de carácter disposicional del sujeto tanto para evaluar las habilidades sociales como para su entrenamiento:
 - Percepciones: discriminación, reconocimiento y juicio de ciertos acontecimientos a través de la información sensorial suministrada.
 - Creencias, expectativas (probabilidad subjetiva de que un suceso ocurra) o atribuciones (probabilidad subjetiva de que un suceso tenga una causa determinada).
 - Valores.
 - Lugar de control: interno (si se percibe una contingencia significativa entre sus acciones y sus resultados), externo (no percibe tal contingencia y, en consecuencia, el refuerzo se hace depender del azar, de otras fuentes de poder o de la suerte).
 - Autoconcepto: visión global y establecimiento del propio yo.
 - Autoeficacia: creencias individuales en torno a la habilidad de que se dispone para llevar a cabo una determinada tarea (Luca de Tena, Rodríguez y Sureda, 2001, p. 45).

1.6 Modelo de adquisición de las habilidades sociales según la teoría del aprendizaje social

Kelly (2000), señala que las habilidades sociales se adquieren normalmente como consecuencias de varios mecanismos básicos del aprendizaje. Entre ellos se incluyen: el reforzamiento positivo directo de las habilidades, experiencias del aprendizaje vicario u observacional; retroalimentación interpersonal y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a situaciones personales

Este mismo autor menciona que el primero de estos mecanismos se presenta durante la primera infancia, donde evidentemente las conductas sociales más rudimentarias pueden ser desarrolladas y mantenidas por sus consecuencias reforzantes positivas; con el tiempo, el repertorio de conductas interpersonales del niño va siendo mucho más elaborado y variado; en la medida en que distintos tipos de situaciones sociales inducen consecuencias positivas para el niño y posteriormente para el adulto, resultarán reforzadas o incluidas en el repertorio personal del sujeto; existen, pues, una serie de factores que gobiernan la forma en que la historia de reforzamiento personal moldea el desarrollo natural de las habilidades sociales; cabe mencionar que el reforzamiento no es una propiedad absoluta, y los reforzadores se definen en términos de su valor funcional para aumentar la probabilidad de que se repita la conducta que se precede.

El hecho de que se emita o no un tipo de habilidades a través de distintas situaciones puede estar determinado por la historia de reforzamiento del individuo, esto resulta significativo cuando las personas afrontan nuevas situaciones para las que no han tenido una experiencia de aprendizaje directa. Así, si un individuo se enfrenta a una situación interpersonal nueva que percibe y clasifica cognitivamente como similar a otras situaciones pasadas en las que una determinada respuesta social le resultó efectiva probablemente se comportará de forma consistente con la conducta que le dio buenos resultados en el pasado (Mischel, 1973). Esta forma de generalización de respuesta será adaptativa en la medida en que esa conducta tenga éxito en la misma situación. Por otra parte, las situaciones sociales novedosas pueden resultar problemáticas si es preciso poner en juego otras habilidades diferentes y si la persona posee una historia de reforzamiento reducida para ponerlas en práctica, de la misma forma que se van a encontrar problemas cuando se percibe de manera incorrecta la nueva situación y, de hecho, estén operando contingencias de respuesta diferentes, cabe mencionar que si una conducta social se intenta repetidamente sin conducir a ninguna consecuencia positiva, sobre todo en las primeras fases del aprendizaje, puede ser extinguida y dejar de emitirse (Kelly, 200).

Kelly (2000), señala con respecto al aprendizaje de habilidades como resultado de experiencias observacionales, que una fuente de aprendizaje de las habilidades sociales consiste en observar como otra persona maneja la situación. Bandura (1969), describió la influencia del aprendizaje observacional o vicario (modelado) en la conducta social. La exposición a un modelo puede conllevar a alguno de estos tres efectos: 1) el efecto de modelado, en el que el observador del modelo, por el hecho de observarlo, adquiere una nueva conducta que no emitía previamente; 2) el efecto de desinhibición, según el cual la exposición al modelo hace que el observador emita con más frecuencia una conducta que ya existía; 3) el efecto de inhibición, por el cual el observador reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuentemente antes del modelado (Bandura y Walters, 1963, citados en Kelly, 2001). En lo que respecta a las habilidades sociales, los efectos de modelado y desinhibición son los más importantes, ya que los niños, adolescentes y adultos desarrollan nuevas competencias para manejar las situaciones observando como viven los modelos que les rodean; para los niños pequeños, los padres y los hermanos mayores se encuentran entre los modelos más importantes para el aprendizaje social por imitación, a medida que crecen, otros modelos se tornan importantes fuentes de aprendizaje social y remplazan la influencia familiar; también otras formas de modelado contribuyen a la adquisición de habilidades sociales durante el desarrollo, se trata de representaciones de modelos reales mediante cine, televisión e irreales como los de las caricaturas. Algunos de los factores que parecen facilitar el aprendizaje observacional son:

1. Edad del modelo: Particularmente en la infancia y la adolescencia, ejercen mayor influencia aquellos modelos que presentan una edad similar o ligeramente mayor y los modelos de menor edad tienen menor probabilidad de ser imitados.
2. Sexo: Con modelos del mismo sexo que el observador, la influencia es mayor que con los del sexo opuesto.
3. Amabilidad del modelo: Los modelos que se muestran cálidos y afectuosos influyen más que los de apariencia fría y distante.

4. Similitud percibida con el observador: Si un observador percibe o se le informa que entre él y el modelo existe cierta similitud existirá un mayor grado de aprendizaje imitativo.
5. Consecuencias observadas de la conducta social del modelo: Cuando el observador ve que el resultado de la conducta social del modelo es positivo, se les incrementa la posibilidad de que llegue a imitar esa conducta (reforzamiento vicario).
6. La historia del aprendizaje particular del observador respecto de situaciones parecidas a las que observa en el modelo: en muchos casos el observador ha tenido ya alguna experiencia personal en el manejo de situaciones similares a las que está viendo en el modelo. Es posible que también haya emitido respuestas sociales similares (p. 34).

Un mecanismo importante para el ajuste y refinamiento de las habilidades sociales es el *feedback*. En contextos sociales, el feedback es la información por medio de la cual la otra persona nos comunica su reacción ante nuestras conductas. Cuando el *feedback* es negativo, actúa debilitando aspectos particulares de la conducta, tales como reducir el contacto visual, bostezar o apartarse del habla. En cierto sentido lo que se conoce como *feedback* podría entenderse actualmente como reforzamiento social (o ausencia), administrado contingentemente por la otra persona durante la interacción; este se asocia con elementos específicos de la conducta y se comunica verbal y directamente al individuo (Kelly, 2000).

1.7 Modelos explicativos de la falta de habilidades sociales

Hidalgo y Abarca (1999), exponen cuatro modelos que hipotetizan las posibles causas del déficit de las habilidades sociales:

1.7.1 Modelo del déficit de las habilidades sociales

Este modelo plantea que dicho déficit se debe a la falta de aprendizaje de los componentes verbales y no verbales necesarios para lograr un comportamiento social competente. (Curran, 1977). La persona inhábil carece de un repertorio de conductas o estas son usualmente inadecuadas, ya que no las ha aprendido o lo ha hecho de forma inadecuada. Este modelo se considera de tipo molecular, donde se contemplan comportamientos específicos en contextos sociales particulares, en este modelo el concepto de competencia social adquiere importancia en el sentido de que se logren objetivos o metas.

1.7.2 Modelo de inhibición por ansiedad

Este modelo propone que las personas tienen las habilidades necesarias en su repertorio pero se encuentran inhibidas o distorsionadas por ansiedad condicionada clásicamente a las situaciones sociales, este modelo se originó con los trabajos de Wolpe, (1958). Las técnicas de tratamiento están dirigidas a la reducción de ansiedad, siendo la desensibilización automática la más utilizada, pero también se encuentra como técnica de tratamiento el entrenamiento asertivo.

1.7.3 Modelo de inhibición mediatizada

Este modelo se centra en las evaluaciones cognoscitivas distorsionadas (Riso, 1987), expectativas y creencias distorsionadas (Ellis, 1974), autoverbalizaciones negativas e inhibitorias (Schwart & Gottman, 1976), autoinstrucciones inadecuadas (Meichenbaum, 1977), estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación (Alden & Safran, 1978, Cape, 1971). Este modelo plantea como necesario para el cambio la reestructuración cognoscitiva, es decir, modificar los esquemas cognoscitivos, los procesos y los eventos o productos cognoscitivos.

1.7.4 Modelos de percepción social

Este modelo atribuye la inhabilidad social a una falla en la discriminación de las situaciones específicas en que un compromiso social es adecuado o no. La persona debe tener un conocimiento no sólo de la respuesta sino también de cómo y cuándo esa conducta puede emitirse. Esa conducta se denomina percepción social (Argyle, 1978). La persona con una buena percepción social ha aprendido a interpretar adecuadamente las señales y mensajes del emisor. Morrison & Bellack (1981), plantean que existirían personas con dificultades para identificar estímulos interpersonales no-verbales y personas poco asertivas que muestran déficits en percepción social. Mc Donald, Lindquist, Kramer, McGraith & Rhyne (1975) sugiere que el fracaso en responder asertivamente es considerado como una expresión de hostilidad.

2. RELACIÓN ENTRE HABILIDADES SOCIALES, Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA; EVIDENCIAS EMPÍRICAS

Chinchilla (1994) destaca entre otros los siguientes factores predisponentes en la anorexia nerviosa: dificultad para expresar con palabras, afectos y emociones, dificultad para expresar deseos y emociones, esfuerzos en buscar la aprobación externa, para mantener su autoestima y desarrollar la autonomía, identidad personal incompleta, dificultad para ser independientes, dependencia parental, padres que no refuerzan autoiniciativas, etc.

Tanto la falta de aserción, la baja autoestima como la percepción del control externo se han tenido en cuenta de forma anecdótica como características importantes de los pacientes con trastornos alimentarios primarios: anorexia nerviosa y bulimia (Bruch, 1978; Selvini-Palazzoli, 1974). Bruch (1982), atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal. Diversos autores coinciden en indicar que esos pacientes presentarían previamente al desarrollo de la enfermedad problemas de autonomía e independencia, de autoaceptación de las dificultades de la vida adulta, problemas interpersonales de la relación social, con introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción y dificultades para las relaciones heterosexuales, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, tendencias perfeccionistas con rasgos obsesivos, rigidez y extremismo en la evaluación de los problemas (Bruch, 1973, Crisp, 1981, Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982, citados en Gismero, 1996).

Calvo, Delgado, Rodríguez y Santo Domingo (1987), investigaron la evolución de 27 pacientes con trastorno alimentario (con un seguimiento de uno, tres y cinco años) a los que se les trató tanto farmacológica como conductualmente y uno de los objetivos era el incremento de la autonomía personal (*habilidades sociales y entrenamiento asertivo*), durante el seguimiento hallaron en la mayoría de sus pacientes una recuperación del aislamiento social. Por su parte William, Chamove y Millar (1990) compararon un grupo con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) con tres grupos controles: pacientes psiquiátricos, mujeres que hacían dieta y personas que no llevaban a cabo dietas, en cinco medidas: trastornos alimentarios, locus de control, aserción, hostilidad y ambiente familiar (en cuanto a control y favorecimiento de autonomía); encontraron que la sintomatología de trastornos alimentarios presenta fuertes correlaciones positivas con locus de control externo y agresividad autodirigida, y alta y negativa con aserción. El grupo de trastornos, era significativamente menos asertivos que los grupos de dieta. Williams, Power, Millar, Freeman, Yellowlees, Dowds, Walker, Campsei, Mc Pherson y Jackson (1993), encontraron que tanto los anoréxicos como los bulímicos informaban significativamente mayor control externo, menor asertividad, menor autoestima y mas hostilidad autodirigida que los controles y no se encontraron diferencias entre bulímicos y anoréxicos. Fisher-Mc Canne (1985), informa que aunque los bulímicos son mas extrovertidos que los anoréxicos, se muestran menos asertivos que los controles y que otros sujetos que recibían psicoterapia por problemas no relacionados con trastornos de la alimentación (Gismero, 1996).

En una estudio realizado por Gismero (1996), se encontró que en las mujeres con anorexia nerviosa padecen déficits en habilidades sociales que las distinguen de un grupo de mujeres que no padecen este trastorno, incluso de las mujeres que han realizado un régimen para adelgazar, el grupo de mujeres anoréxicas se diferencia significativamente del grupo control y del grupo de seguimiento de dieta restringida en algunas conductas asertivas, el autoconcepto, la diferencia no sólo se presenta en la muestra de anoréxicas, del grupo de seguimiento de dieta y control, si no también a las mujeres bulímicas y a las que están en proceso de psicoterapia. Estos tres grupos obtuvieron significativamente puntuaciones inferiores a la muestras de dieta y control en autosatisfacción consigo mismas y en su sentimiento de ser aceptadas y comprendidas por sus familias, las anoréxicas se diferenciaron de las del grupo control, del de dieta y del que estaba sometido a un proceso de psicoterapia, ya que se encontraron relaciones positivas entre conducta asertiva, autoconcepto y satisfacción con el propio cuerpo.

Godart, Perdereau; Curt, Lang, Venisse, Halfon, Bizouard, Loas, Corcos, Jeammet y Flament (2004), realizaron un estudio con el propósito de determinar si los sujetos que sufrían de bulimia o anorexia nerviosa, mostrarían muy pocas habilidades de socialización que un grupo control y si la falta de habilidades sociales podría ser mejor explicada como una función o consecuencia de los trastornos alimentarios en sí mismo o como una función de ansiedad comorbida o trastornos depresivos comorbidos, para esto se utilizó una muestra de 166 pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa; 105 con bulimia nerviosa y 271 pertenecían a un grupo control, todas ellas compartían la misma edad, sexo y nivel socioeconómico; la prevalencia de ansiedad y trastornos depresivos se evaluó a través de la Mini International Neuropsychiatric Interview y las habilidades sociales fueron medidas mediante la Escala de Groningen. Los resultados muestran que la mayoría de las pacientes

con trastorno alimentario (AN y BN) mostraron falta de habilidad social en “roles sociales” (tiempo libre, pasar el tiempo con amigos, etc.) y en el “rol ocupacional” (como el trabajo o actividades ocupacionales). Se empleó un análisis de regresión para conocer los factores predictivos de falta de habilidades sociales. Los trastornos alimentarios (AN y BN), trastornos de ansiedad y trastornos depresivos se manifiestan en gran medida en la falta de habilidades sociales. De esta forma los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos parecen jugar un papel importante en la falta de habilidad social mostrada en pacientes con trastorno alimentario.

Otro estudio llevado a cabo por Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2003), propuso determinar si los síntomas de evitación social y/o los síntomas de trastornos de ansiedad eran factores predictivos de la falta de habilidad social en pacientes con trastornos alimentarios (AN y BN). Se realizó el estudio con 63 pacientes con AN o BN que fueron diagnosticadas desde la infancia con trastornos de ansiedad síntomas de evitación social y falta de habilidades sociales. Los resultados muestran que los síntomas de evitación social y los trastornos de ansiedad son comunes en los TCA y constituyen características importantes en la representación clínica de dichos trastornos.

Ríos y Osorio (2001), estudiaron la relación entre habilidades sociales, imagen corporal y trastornos alimentarios en 360 mujeres universitarias, los datos sobre las variables sociodemográficas, habilidades sociales, síntomas clínicos y psicológicos y conductas alimentarias fueron obtenidos mediante el cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (Toro, Salamero y Martínez, 1994) y la Escala de Evaluación de las Habilidades Sociales para adolescentes de Ríos (1994). Los resultados fueron evaluados de acuerdo a la edad, la presencia de déficits en la imagen corporal, influencia de los medios de comunicación, mensajes verbales, modelos y situaciones sociales y la habilidad de iniciar y mantener relaciones sociales, manejo de emociones y afrontamiento al estrés. Los resultados sugieren que la ausencia o déficits de habilidades sociales, particularmente aquellas que se refieren al manejo de emociones, estrés, agresión, incrementan la influencia de una imagen corporal negativa y conductas anómalas del comer.

Hayaki, Friedman y Brownell (2002), se propusieron estudiar la relación entre expresión emocional e insatisfacción con la imagen corporal en una muestra de 141 mujeres jóvenes a las cuales se les evaluó en las áreas de expresión emocional, insatisfacción con la imagen corporal, falta de asertividad y síntomas depresivos. La única relación entre expresión de emociones e insatisfacción con la imagen corporal fue analizada mediante un análisis de regresión múltiple, encontrándose que la expresividad emocional estuvo relacionada inversamente con la insatisfacción con la imagen corporal, esta asociación fue significativa después de controlarse el Índice de Masa Corporal (IMC), falta de asertividad y los síntomas depresivos.

O'Connor (2002), examinó la relación entre la necesidad de aprobación, la competencia social y las actitudes y conductas relacionadas con el comer. La relación entre el atractivo físico, la competencia social y la popularidad fueron también explorados en 55 mujeres universitarias de edades que comprendían entre los 18 y 25 años, se realizaron mediciones

pre-test en las áreas de autoevaluación del atractivo físico y popularidad para posteriormente determinar una confiabilidad test-retest de estas mismas mediciones, ambas mediciones revelaron una adecuada estabilidad temporal. En la segunda fase de la investigación 174 mujeres de la misma edad completaron un test sobre actitudes hacia el comer, una autoevaluación sobre atractivo físico y popularidad y un inventario sobre conducta social (Texas Social Behavior). Se detectaron conductas y actitudes anómalas hacia el comer en 13.8% de la muestra. La competencia social predijo una porción significativa de la varianza de la autoevaluación de popularidad y las actitudes y conductas relacionadas al comer; lo cual sugiere que la competencia social es un importante factor en las relaciones sociales satisfactorias adultas y en las patologías de orden alimentario aunque en esta investigación la significancia resultó moderada

Un estudio realizado por Gismo (2001), comparó 55 pacientes con anorexia y 28 pacientes con bulimia, 33 mujeres que realizaban una dieta restringida y 57 mujeres que conformaron un grupo control, se realizaron mediciones en las siguientes variables: autoconcepto, autoestima, insatisfacción con la imagen corporal y habilidades sociales. Los resultados sugieren que un pobre autoconcepto y la falta de habilidades sociales son típicos de los pacientes que padecen bulimia y anorexia cuando al ser comparadas con un grupo control, por su parte las mujeres que presentaron seguimiento de dieta restringida mostraron grandes déficits en relación con la autoestima, autoconcepto y presentaron más percepciones negativas en sus vidas. La insatisfacción con la imagen corporal también resultó característica de las pacientes con bulimia y anorexia, cuando se compara con las mujeres de los grupos restantes.

3. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

La gente solitaria posee mayor probabilidad de presentar problemas de orden psiquiátrico, como alcoholismo, trastornos psicossomáticos, ser susceptible al suicidio, ser infeliz y pesimista, aunado a esto, la falta de relaciones sociales satisfactorias también se encuentra asociada con problemas físicos en general y alta mortalidad (Peplau y Perlman, 1982; Argyle y Henderson, 1985 citados en Trower, 1995).

El entrenamiento en habilidades sociales se ha desarrollado como un método de enseñanza, sistemática de las habilidades en las interacciones sociales. Este entrenamiento tiene sus orígenes en la terapia conductual y en la psicología social. La terapia conductual se desarrollo a partir de la aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje social derivado de la psicología experimental, teniendo grandes aportaciones de Wolpe (1958) (Wilkinson, 1983).

La teoría posteriormente fue enriquecida con el re-aprendizaje de un nuevo repertorio de conductas. Wolpe (1958, 1969) y Wolpe y Lazarus (1966), desarrollaron una serie de intervenciones conductuales, incluyendo el entrenamiento asertivo, para trata pacientes que experimentaban ansiedad extrema en su trabajo o en las interacciones sociales, estas técnicas incluían “role play” y la asignación de tareas. Por otra parte, el paradigma conductual realizó otras aportaciones al entrenamiento de las habilidades sociales, el reforzamiento positivo o recompensas seguidas de cierto tipo de conducta, efecto que

produce un incremento de esa conducta; así como el castigo que posee un efecto adverso: la contingencia entre la emisión de una conducta y un castigo provocará la disminución de dicha conducta. Finalmente varios factores cognoscitivos son actualmente considerados como relevantes en la incidencia de un cambio conductual y cognoscitivo, esto incluye la manera en como se evalúan los problemas (Ellis, 1971; Meichembaum, 1974; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1980) su evaluación cognoscitiva acerca de una situación (Lienhan, Goldfried & Golfried, 1979) y su habilidad para generar soluciones alternativas, evaluar posibles resultados de distintas estrategias (Wilkinson, 1983).

Wilkinson (1983), señala que el entrenamiento de las habilidades sociales debe conducirse a partir del cambio en la conducta social; este método no se centra directamente en la modificación de aspectos de la experiencia personal, sin embargo los cambios pueden ocurrir en otras dimensiones, la persona puede sentirse menos ansiosa, menos deprimida, más segura y con una comunicación interpersonal más efectiva; más propiamente la persona puede ejecutar cierto tipo de conductas en ciertas situaciones para conseguir un objetivo determinado, la respuesta competente será aquella que resulte apropiada para una situación individual o particular; es decir, no puede haber conductas universalmente correctas para cierta situación, pero habrá un repertorio de diferentes posibilidades de las que pueda hacer uso la persona de acuerdo a su individualidad.

De esta forma los Entrenamientos en Habilidades Sociales (EHS) cuentan con un marco teórico amplio para explicar los procesos teóricos implicados en este tipo de intervenciones, cuentan con un método denominado *análisis funcional* para analizar el comportamiento social, como ya se ha mencionado incorpora un conjunto de técnicas de probada eficacia en terapia y modificación de conducta y mantiene un exhaustivo rigor metodológico basado en la descripción operativa de los tratamientos, en la evaluación empírica de las técnicas y en la valoración de los efectos que los entrenamientos tienen sobre los participantes (García-Vera, Sanz y Gil, 1998).

García-Vera, Sanz y Gil (1998), afirman existen dos fases claramente diferenciadas al momento de realizar un EHS: una primera fase de planificación del entrenamiento y una segunda fase de aplicación o puesta en práctica. La primera fase denominada de planificación se deriva de la evaluación de necesidades de formación y entrenamiento, cuyo objetivo fundamental consiste en establecer objetivos específicos del entrenamiento y delimitar las condiciones de la aplicación del entrenamiento. Los objetivos se refieren tanto a las habilidades sociales que se pretenden desarrollar como a las situaciones concretas en las que se llevará a cabo el entrenamiento, así como cuáles serán los criterios y técnicas de evaluación que se emplearán para valorar el grado de consecución de dichos objetivos. En la segunda fase de aplicación es donde propiamente se entrena a los sujetos; la puesta en práctica se desarrolla a su vez a través de tres fases: una fase de preparación de los sujetos que van a participar en los EHS, una segunda fase de adquisición de habilidades sociales o de entrenamiento propiamente dicho y una tercera fase de generalización de conductas a la vida real.

Gil y García Sáiz (1993, citados en García-Vera, Sanz y Gil, 1998) exponen las características principales de los EHS:

- Están orientados hacia la ampliación de los repertorios de conducta que tiene los participantes, lo que conlleva al desarrollo de habilidades nuevas y conductas alternativas.
- Se basan en la colaboración activa de las personas que participan en los entrenamientos lo que presupone si intención de cambiar, así como la aceptación y comprensión del procedimiento.
- Sus múltiples ventajas, especialmente referidas a la existencia de una amplia evidencia sobre su eficacia; así como a la posibilidad de realizarse en grupo lo que, lejos de disminuirla, suele potenciar esta eficacia (p. 70).

3.1 Técnicas utilizadas en los Entrenamientos en Habilidades Sociales.

3.1.1 Role-Playing

Esta técnica es también conocida como Ensayo Conductual; la cual consiste en asumir un papel o una característica de otra persona, animal, objeto o de uno mismo en otro tiempo y actuar conforme a ello. Es la principal técnica de adquisición y/o reforzamiento de conductas sociales, además sirve como herramienta de diagnóstico y evaluación (Riso, 1988). Una modalidad de esta técnica consiste en que un participante actúe alguna situación personal; otra forma es que un miembro del grupo o el mismo terapeuta represente en rol del otro de los participantes mientras este último actúa como receptor o mero observador de la situación; de esta manera el participante logra visualizar su propio comportamiento. Esta técnica ha resultado ser muy efectiva espacialmente cuando se le combina con la técnica de reestructuración cognoscitiva (Hidalgo y Abarca, 1999).

3.1.2 Reestructuración cognoscitiva

La reestructuración cognoscitiva consiste en un conjunto de técnicas dirigidas a modificar desajustes cognoscitivos, tales como creencias irracionales (Ellis, 1974); diálogos internos inhibitorios (Meichenbaum, 1977); expectativas de autoeficacia errónea (Bandura, 1977); supuestos y esquemas negativos (Beck, 1976); estilos atribucionales inadecuados (Girodo, 1984) que interfieren e inhiben el buen desarrollo social (Hidalgo y Abarca, 1999).

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2006), esta técnica fue propuesta por Mahoney en 1978 y consta de cinco elementos:

- R Reconocimiento de la sensación de malestar
- D. Discriminación de los eventos privados
- E. Evaluación de las bases lógicas y la función adaptativa
- P Presentación de alternativas
- P Premiarse (o pensar en premiarse) (p. 68).

3.1.3 Modelamiento

Esta técnica se encuentra basada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1969), permite enseñar al paciente una manera de facilitarle el aprendizaje de conductas adaptativas y diferentes habilidades que le ayudarán a manejar más efectivamente las demandas propias del ambiente (Reynoso y Seligson, 2006).

Esta técnica consiste en que el participante observe modelos ya sea en forma directa (modeling en vivo), filmada (modeling simbólico) o imaginada (modeling encubierto). La presentación de modelos no sólo muestra el comportamiento de un individuo, sino también el conjunto de situaciones y señales que rodean la ejecución. De esta manera también se observa la relación que existe entre la conducta y el resto de los estímulos en un contexto situacional (Hidalgo y Abarca, 1999).

3.1.4 Relajación

La técnica de relajación está basada en los postulados de Wolpe (1958), las cuales señalan que la respuesta de relajación sería antagónica a la respuesta ansiosa, esta técnica se utiliza en los EHS, debido a que muchas personas experimentan un nivel elevado de ansiedad ante situaciones sociales como iniciar una conversación, hablar en público, etc. (Hidalgo y Abarca, 1999).

3.1.5 Retroalimentación y reforzamiento

De acuerdo con estas mismas autoras don procedimientos que contemplan la efectividad de otras técnicas, ya que la retroalimentación o feedback se refiere a toda aquella información que recibe del grupo un participante en su desempeño, va acompañada del refuerzo social positivo a manera de mejorar la ejecución del participante, este debe dirigirse a las conductas positivas, ser contingente y discriminado y tener en cuenta las características de personalidad del individuo (Riso, 1988, citado en Hidalgo y Abarca, 1999).

3.1.6 Imaginación guiada

Constituye una herramienta muy útil para lograr un mayor control de las emociones y los procesos internos. Para efectuar cambios deseados en la conducta, la técnica de imaginación guiada puede utilizarse para aliviar la tensión muscular (Reynoso y Seligson, 2006). Las imágenes también pueden facilitar la toma de contacto con sentimientos, emociones o experiencias del pasado. Mediante el trabajo con imágenes, la persona puede integrar estos sentimientos y de esta forma acercarse a la solución de conflictos (Cornejo y Baranda, 1983, citados en Hidalgo y Abarca, 1999).

4. EVIDENCIAS EMPÍRICAS QUE DESTACAN LA IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES COMO FACTORES PROTECTORES EN LA GÉNESIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS:

La efectividad de un programa diseñado para promover la satisfacción con la imagen corporal y prevenir trastornos de orden alimentario en mujeres adolescentes fue evaluada

por el período de un año. Un total de 263 adolescentes constituyeron la muestra del estudio, donde la mitad de esta fueron asignadas a un grupo control, el total de la muestra contestaron cuestionarios que evaluaban la satisfacción con la imagen corporal y la presencia de problemas alimentarios, esta evaluación volvió a llevarse a cabo 1 semana después de la intervención, con un seguimiento de 6 y 12 meses. El programa consistió en 6 sesiones, cuyos temas principales se centraron en el riesgo de la idealización de delgadez que promueven los medios de comunicación impresos y la promoción de habilidades para la vida incluyendo temas de autoestima, estrategias de mejoramiento y manejo de estrés y habilidades en las relaciones con sus pares. Los resultados no revelaron diferencias significativas sin embargo si se reportó un incremento de la satisfacción con la imagen corporal y una disminución en los problemas de orden alimentario en ambos grupos (Mc Vey y Davies, 2002).

Massey-Strokes (2001), argumenta que la falta de habilidades de comunicación y expresión de emociones puede contribuir a desórdenes del comer. Es posible lograr los componentes de una comunicación efectiva, con entrenamiento, de esta forma se puede ayudar a las personas que sufran de estos déficits a aprender a expresar sus emociones de una manera apropiada, promoviendo respuestas asertivas y saludables, dotando de herramientas que permitan resolver los problemas de una forma creativa. La destreza o habilidad para manejar emociones racionalmente puede ayudar a las personas a manejar los problemas de orden alimentario que pueda llegar sufrir.

Takahasi, y Kosaka (2003), examinaron la eficacia de un Entrenamiento en Habilidades Sociales en pacientes neuróticos y pacientes con trastorno alimentario, la intervención se llevó a cabo durante dos años aproximadamente en 136 pacientes con edad promedio de 37.2 años, los cuales sufrían de distintos trastornos mentales. Posteriormente 26 participantes de esta muestra con edad promedio de 33.5 años, continuaron con el programa y participaron en una evaluación que comparó la estimación de las habilidades sociales con las que contaban antes y después del entrenamiento mediante una autoevaluación. Cabe señalar que los esquizofrénicos y los que sufrían trastornos alimentarios y de personalidad participaron en la intervención; mientras que los que pacientes que sufrían de trastornos mentales de tipo orgánico no participaron. Los resultados muestran que después de la intervención se observó un incremento de las habilidades sociales del 64.4% para esquizofrénicos, 64.9% para los que sufrían de trastorno neurótico y 55.3% para los que sufrían de un trastorno alimentario, antes de la intervención los puntajes se encontraban entre el 29.1%, 33.8% y 34.5% respectivamente.

El círculo de las chicas, (*The Girl's Circle*) representa un grupo de soporte y constituye una técnica terapéutica diseñada por Elizabeth Hossfeld y Giovanna Taormina, este programa se centra en las necesidades de las chicas enfocándose en el desarrollo de redes sociales, en la construcción de habilidades de empatía y en el desarrollo de la resiliencia personal. Un estudio realizado por Steese, Dollette, Phillips, Hossfeld, Taormina y Matthews (2006), evaluaron la efectividad de la intervención de *The Girls' Circle* en las siguientes variables: mejoramiento de apoyo social, imagen corporal, locus de control, autoeficacia y autoestima, la investigación se puso en práctica con la participación de 63 chicas en 9 grupos de soporte (comprendiendo de 5 a 15 chicas cada uno), cada una de las participantes

contestaron la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS), una escala de Satisfacción de partes corporales, una escala sobre reacciones personales, otra sobre autoeficacia general y por último una escala de autoestima, antes y 10 semanas después de la intervención. Los resultados revelan un incremento significativo en las variables de apoyo social, imagen corporal y autoeficacia después de completar el programa.

González (2006), sometió a un estudio piloto un programa de prevención de factores de riesgo en Trastorno de la Conducta Alimentaria, basado en la técnica de Entrenamiento en Habilidades Sociales, en una muestra de 13 participantes que se encontraban cursando nivel secundaria; los factores de riesgo explorados fueron los siguientes: dieta restringida, insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y actitud negativa hacia la obesidad; los resultados revelaron que las participantes expuestas al programa de intervención con la técnica de EHS redujeron indicadores relacionados con el Factor de riesgo preocupación por el peso y la comida, se observaron efectos de disminución en la variable de seguimiento de dieta restringida en las jóvenes que iniciaron conductas dietarias a edades muy tempranas.

Objetivo General:

El propósito de la presente investigación, consistió en probar la eficacia de un Programa de Realidad Virtual y Entrenamiento en Habilidades Sociales en la prevención de factores de riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Objetivo Específico:

Lograr una disminución de los factores de riesgo asociados con imagen corporal y lograr un incremento de las habilidades sociales en aquellas adolescentes que participen en el Programa de Intervención, como un factor protector para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Problema General:

Realizar un estudio piloto para determinar la eficacia de un Programa de Realidad Virtual y Entrenamiento en Habilidades Sociales en la disminución de factores de riesgo asociados con la imagen corporal.

Problemas Específicos:

A través del Programa de Intervención se intentó disminuir los factores de riesgo asociados con imagen corporal:

Insatisfacción con imagen corporal.

Alteración de imagen corporal.

Deseo de una figura ideal.

Actitud negativa hacia la obesidad.

Así mismo los problemas específicos de esta investigación buscaron incrementar las habilidades para:

Expresar sentimientos y emociones.

Aprender a dar negativas cuando esto se desee.

Defender derechos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente:

1.- Un programa de intervención basado en la Realidad Virtual y el Entrenamiento de Habilidades Sociales.

Programa de Realidad Virtual:

Definición Conceptual: Consiste en una simulación por ordenador en la que se emplea el grafismo para crear un mundo en apariencia real; a sí mismo el mundo sintetizado no es estático si no que responde a las órdenes del usuario, esto define una característica clave de la realidad virtual: la interactividad en el tiempo real. Aquí el término “tiempo real” significa que el ordenador es capaz de detectar las entradas efectuadas por el usuario y de reaccionar a ellas modificando instantáneamente el mundo virtual. El poder de atracción de la interactividad contribuye al sentimiento de inmersión que experimenta el usuario al participar en la acción que se desarrolla en la pantalla (Burdea y Coiffet, 1996).

AVR 3.0; Sistema de Realidad Virtual para el diagnóstico y la virtualoterapia en desórdenes alimentarios. AVR es una herramienta de apoyo para el psicólogo, en el diagnóstico y la virtualoterapia en desórdenes alimentarios, a través del análisis y la reestructuración cognoscitiva con percepción visual tridimensional.

Definición Operacional: La aplicación se encuentra dividida en cuatro partes principales: la primera abarca el registro de los datos del sujeto:

- Id
- Nombre
- Edad
- Altura
- Peso
- Medida de busto
- Medida de cintura
- Medida de cadera

Donde el primer dato deberá ser proporcionado por el supervisor, este se trata de un número que deberá ser distinto para cada uno de los sujetos, y que ayudará a mantener el orden del registro de cada uno de ellos. Los datos de medidas deben ser proporcionados en centímetros y corresponden a las medidas de cada una de las partes citadas. Así también la altura debe ser ingresada en centímetros y el peso en gramos, donde el primero es muy importante ya que de dicho dato depende el posterior comportamiento del sistema.

Las medidas también juegan un papel importante, ya que ellas junto con la altura son utilizadas para la recreación de un modelo que se aproxime al cuerpo de la paciente. Este modelo es utilizado en las etapas posteriores.

La segunda etapa consta de distintos pasos, en el primero se muestra una descripción de dicha etapa, explicando qué se debe realizar y cómo se debe hacer, además de su significado. Posteriormente se muestran nueve siluetas, que van desde una muy delgada hasta una muy obesa, este conjunto de imágenes tienen un orden aleatorio. Al elegir una de ellas inmediatamente se muestra su representación en 3D, la cual será la base para los siguientes pasos.

En el tercer paso se muestra el modelo seleccionado y un conjunto de controles con los que puede ser modificado el avatar, estos controles abarcan conjuntos de partes corporales completos. Cabe señalar que la indicación inicial de este paso es que la figura que manipule la usuaria con estos controles debe ser *cómo ella percibe su cuerpo*. En el siguiente paso se tiene el modelo anterior deformado según lo realizó el sujeto y un conjunto de controles pero esta vez divididos en conjuntos según las partes mostradas en la etapa anterior, donde cada uno de estos conjuntos muestra un número distinto de controles para la deformación de una parte en específico, deformando de una forma más particular al modelo.

El último paso consiste en mostrar el modelo deformado por la paciente y un modelo aproximado en base a las medidas registradas junto con la altura (mencionado anteriormente), de esta forma el modelo que muestre el volumen más alto se verá transparente mientras que el otro permanecerá sólido.

La tercera etapa es muy parecida a la segunda, pero con la diferencia de que esta no contiene el paso de seleccionar un modelo entre nueve mostrados, en cambio el primer modelo que se presenta es realizado por medio de deformaciones aleatorias con la finalidad de que la silueta sea de acuerdo a la figura ideal de la usuaria, es decir *cómo ella quisiera verse*. Posteriormente se muestra la diferencia entre los dos modelos con el mismo criterio anterior (Ver anexo 3).

Programa de intervención basado en el EHS

Definición Conceptual: El EHS es una de las técnicas más potentes y más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, para la mejora de la efectividad interpersonal y para la mejora general e la calidad de vida. Desde sus inicios como “entrenamiento asertivo”, la esfera de acción de este movimiento se ha extendido hasta ser considerado una de las estrategias de intervención más ampliamente utilizadas dentro del marco de los servicios de salud mental (Lábate y Milan, 1995 citados en Caballo, 1993). Una acción a tiempo –entendida como el entrenamiento temprano de habilidades sociales- puede adquirir un carácter eminentemente preventivo (Roth, 1986).

Definición Operacional: El programa de intervención se encuentra diseñado en tres sesiones con duración de una hora en promedio, este contempla técnicas de carácter cognoscitivo conductual tales como Terapia Racional Emotiva (TRE), role playing, y técnicas de imaginación; se presenta información acerca de en que consisten las habilidades sociales, autoestima y una serie de lecturas con los mimos contenidos (Ver anexo 4).

Variables Dependientes:

Insatisfacción con la imagen corporal

Definición Conceptual: Es el grado con el cual la percepción del tamaño y la forma corporal difiere de la forma y tamaño corporal ideal deseada por el individuo (Gómez Peresmitré, 1997).

Definición Operacional: Operacionalmente Se entenderá insatisfacción con la imagen corporal a la diferencia positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal. A mayor sea la diferencia mayor será la insatisfacción. Una diferencia igual a cero se interpretará como satisfacción (Gómez Peresmitré, 1997).

Alteración de la imagen corporal

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

Definición Operacional: La alteración de la imagen corporal se estimará como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el índice de masa corporal (IMC). Las diferencias positivas se interpretarán como sobreestimación; mientras que las diferencias negativas serán consideradas como subestimación.

La autopercepción del peso corporal se medirá con el siguiente reactivo: “De acuerdo con la siguiente escala, ¿Tú te consideras?”

A) Obeso(a)	Muy gordo(a)
B) Con sobrepeso	Gordo(a)
C) Con peso normal	Ni gordo(a) ni delgado(a)
D) Peso por abajo del normal	Delgado(a)
E) Peso muy por abajo del normal	Muy delgado(a)

El índice de masa Corporal (IMC) es el resultado de la medida del peso corporal entre la talla o estatura elevado al cuadrado ($\text{peso}/\text{talla}^2$). Se utilizará la escala de criterios combinados de IMC para adolescentes mexicanos validada por Saucedo-Molina & Gómez, Peresmitré, (1997).

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

Deseo de una figura ideal

Definición Conceptual: El tamaño del cuerpo deseado característico de un grupo en particular (Gómez Péresmitré, 1997).

Definición Operacional: esta variable se medirá con la “Sección G” del Cuestionario de alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) que presenta una escala visual compuesta por 6 siluetas en un continuo que va de una muy delgada hasta una muy gruesa, el orden de las siluetas, se presenta al azar.

Actitud negativa hacia la obesidad

Definición Conceptual: Sentimientos, ideas y prejuicios hacia la obesidad (Rodríguez de Elías, 2003).

Definición Operacional: Esta variable se medirá a través de las respuestas a los reactivos que integran la "Sección K" del Cuestionario de Alimentación y Salud que mide Imagen Corporal y Actitud hacia la Obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Habilidades para expresar sentimientos y emociones:

Definición Conceptual: Manifestación que comunica las emociones, sentimientos y otras expresiones apropiadas de una persona, como la gratitud, el afecto o la admiración. (Cooley y Hollandsworth, 1977, citados en Caballo, 1993)

Definición Operacional: Esta variable se medirá con el factor III de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva que mide “Expresión de opiniones, sentimientos y opiniones”.

Habilidades para dar negativas.

Definición Conceptual: engloba las situaciones que requieren negarse ante personas con las que presumiblemente existe interacción anterior (negarse a prestar algo, a salir con alguien que insiste; “cortar” la charla de un amigo o insistir en que te devuelvan algo que se dejó prestado), (Gismero, 1996).

Definición Operacional: Esta variable se medirá con el factor IV de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva que mide Decir No o Defender tus derechos frente a conocidos y amigos.

Habilidad para defender derechos

Definición Conceptual: expresión que describe una situación insatisfactoria que necesita ser modificada, que pide algo necesario para resolver un problema y que se encuentra diseñada para provocar información adicional, específica con respecto al problema. (Cooley y Hollandsworth, 1977, citados en Caballo, 1993)

Definición Operacional: Esta variable se medirá con el factor IV de la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva que mide Decir No o Defender tus derechos frente a conocidos y amigos.

MÉTODO

Muestra:

Se trabajó con una muestra total (N=20) no probabilística, que se extrajo de una muestra mayor (N=81) formada por adolescentes de sexo femenino que cursaban el tercer grado de secundaria.

Criterios de inclusión:

Tener un Índice de Masa Corporal (IMC) menor a 27; las adolescentes debían elegir las figuras más delgadas (1 y 2) presentadas en el Cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré (1998.), como su figura ideal.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: encontrarse bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico y/o contar con alguna discapacidad o defecto físico.

Diseño de investigación:

Se utilizó un diseño cuasiexperimental con mediciones dependientes Pre-test, Post-test.

	Pre-test	Intervención	Post-test
Grupo	X	X	X

Instrumentos, aparatos y mediciones:

1. Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré (1998), tiene un alpha general de .9017, se aplica grupalmente y el tiempo en responderlo es en promedio de una hora. En todas las escalas los reactivos se calificaron de acuerdo al siguiente criterio: al valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema. Las secciones que se consideran de éste cuestionario son las siguientes:

Sección A. Área sociodemográfica del instrumento, se encuentra constituida por 14 ítems, donde se exploran los siguientes datos de las participantes: edad, escolaridad, ocupación de ambos padres, lugar que ocupan entre sus hermanos, etc.

"Secciones E y F". Escala utilizada en la detección de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), contiene preguntas cerradas de opción múltiple y 69 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta, mismos que forman 7 factores que explican el 44.1% de la varianza. La escala total obtuvo un alpha de 0 .8876.

Dos secciones de siluetas (Sección “C” figura actual y sección “G” figura ideal), que presentan un continuo desde una figura muy delgada hasta una gruesa, pasando por una figura normal, el orden de presentación de las siluetas fue al azar, y por último sección “K” que evalúa actitud negativa hacia la obesidad (Ver anexo 1).

2. Se aplicó la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva de Gismero (1996), en su versión adaptada a población mexicana, esta escala en su versión original obtuvo un coeficiente de fiabilidad de .88, consta de 7 factores que explican el 51.5% de la varianza, contiene 33 ítems con 4 opciones de respuesta.

La Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva de Gismero (1996), (Ver anexo 2), se calificó de la siguiente forma:

Se efectuó la recodificación de la mayoría de los ítems (con excepción del 4, 11, 13, 20 y 25) para que las afirmaciones tuvieran la misma dirección.

Se realizó un promedio específico al analizarse únicamente 3 de los factores de la escala (habilidad para expresar sentimientos y emociones, habilidad para dar negativas y habilidad para defender derechos). Los promedios se interpretaron como: “a mayor puntaje” “mayor problema”.

Se emplearon los siguientes aparatos:

- Una báscula electrónica marca Excel con capacidad para 300 Kg. y una precisión de .50grs
- Un Estadímetro de madera
- Dos computadoras personales portátiles
- Software de realidad virtual
- Cinta métrica

Procedimiento:

- a) Se acudió a una escuela secundaria pública perteneciente al Distrito Federal.
- b) Se solicitó a las autoridades educativas el permiso correspondiente para aplicar los cuestionarios, pesar y medir a las adolescentes del tercer grado y posteriormente llevar a cabo la intervención.
- c) Se convocó a una junta con los padres de aquellas participantes que fueron seleccionadas mediante los criterios de inclusión para proporcionar información pertinente acerca del programa de intervención, previamente se habló con las participantes seleccionadas acerca de la intervención, pidiendo su consentimiento para participar en él, haciendo hincapié en la confidencialidad y en la posibilidad de retirarse en el momento que desearan, se les entregó por escrito un consentimiento informado que debieron firmar antes de participar.

- d) En la primera sesión se pesó y midió a cada una de las participantes de la primera muestra (N=81) se aplicó el Cuestionarios de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) y la Escala Pluridimensional de Conducta Asertiva de Gismoero (1996), para establecer una línea base y posteriormente realizar la selección de aquellas participantes que estuvieran en riesgo.
- e) En la siguientes dos sesiones se aplicó de forma individual a la muestra seleccionada (N=20) el programa computarizado de realidad virtual. En la primera sesión se efectuó el apartado de *Cómo me percibo* y en la segunda sesión el diseño de la figura ideal de la usuaria, es decir, el apartado de *Cómo quisiera verme* (Ver anexo 3).
- f) El programa de entrenamiento en habilidades sociales, fue aplicado en las siguientes tres sesiones de manera grupal (Ver anexo 4).
- g) Se llevaron a cabo dos últimas sesiones de realidad virtual de forma individual con cada uno de los dos apartados que conforman el programa (*Cómo me percibo*) y (*Cómo quisiera verme*) como post test.
- h) En la última sesión se aplicó el cuestionario y la escala, mencionados anteriormente para verificar la eficacia de la intervención.

CAPITULO 8

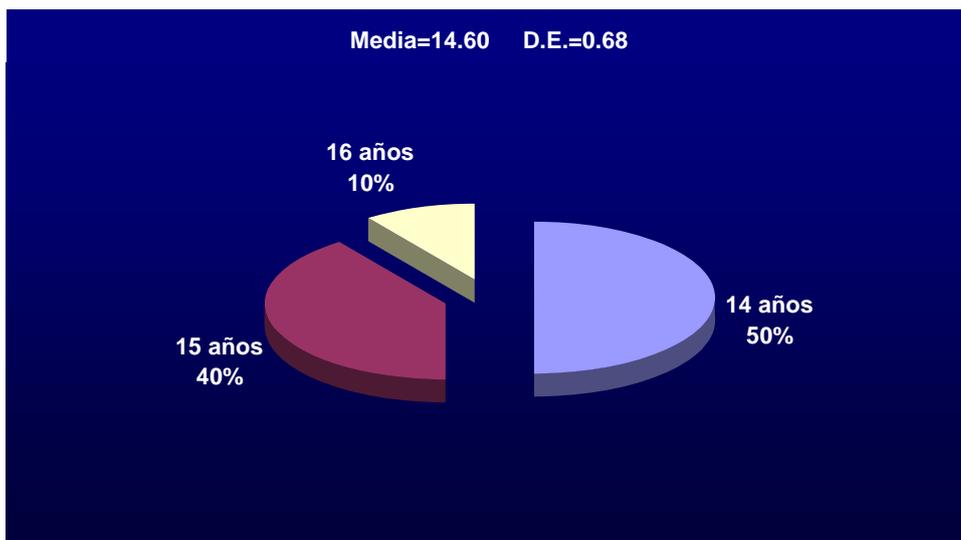
RESULTADOS

El análisis de los datos obtenidos durante la investigación fue realizado mediante estadística descriptiva para obtener distribuciones porcentuales; así mismo se llevaron a cabo pruebas t de Student para muestras relacionadas con el fin de conocer las diferencias entre medias obtenidas y conocer los efectos de la intervención.

1. Descripción de la muestra

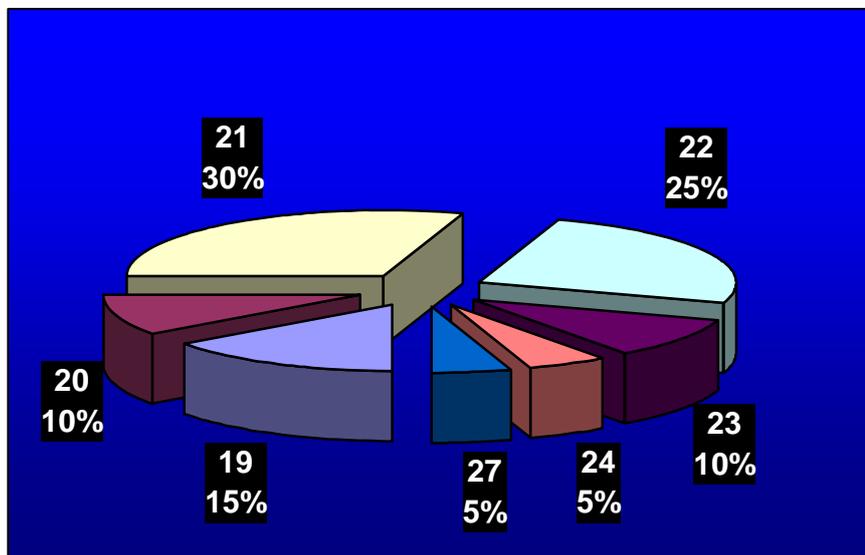
En la figura 1, se muestra la distribución porcentual de la variable edad de las participantes. Se puede observar que el porcentaje mayor lo representaron las participantes que tenían 14 años (50 %) y sólo un 10% reportó tener 16 años

Figura 1. Distribución porcentual de la variable edad. Media y D. E.



En la figura 2, se presenta la distribución porcentual del Índice de Masa Corporal (IMC) de las participantes, se puede observar que el 30% (porcentaje mayor) del total de la muestra, presentó un IMC de 21 mientras que el 5% (porcentaje menor) presentó un IMC de 24 y 27.

Figura 2. Distribución porcentual de la variable Índice de Masa Corporal (IMC) de las paericipantes.



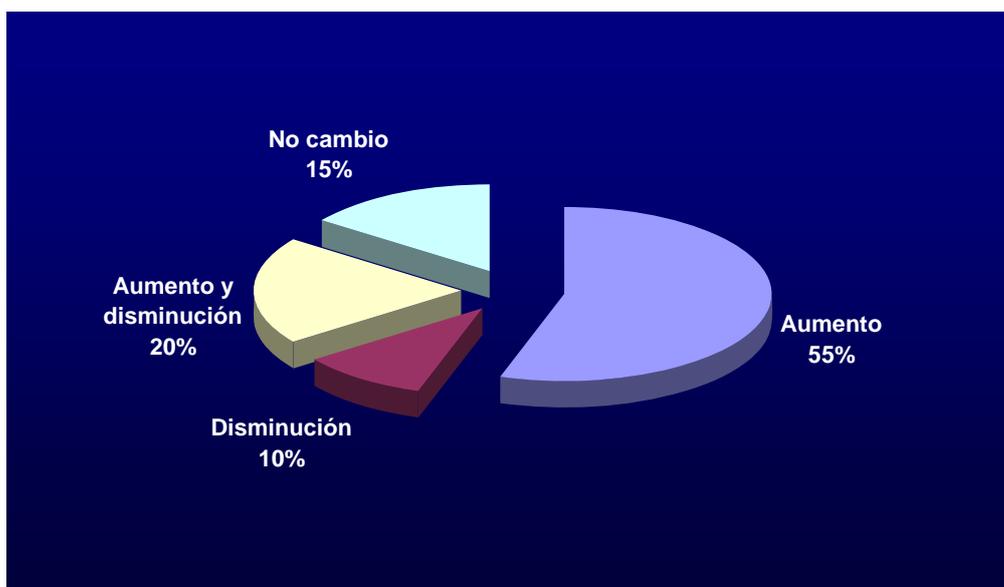
En la figura 3 se presenta la distribución porcentual de la edad de la primera menstruación de las participantes; del 95% que reportó haber tenido su primera menstruación entre los 9 y 14 años, el 50% la tuvo entre los 9 y 11 años, mientras que el 40% la tuvo entre los 12 y 14 años y el otro 5 % entre los 15 y 17 años. De todas aquellas que ya presentaron la menarca, el 71 % reporta que su menstruación se presenta regularmente (todos los meses), mientras que el 29 % reporta lo contrario (unos meses si, otros no).

Figura 3. Distribución porcentual de la variable edad de la menarca de las Participantes.



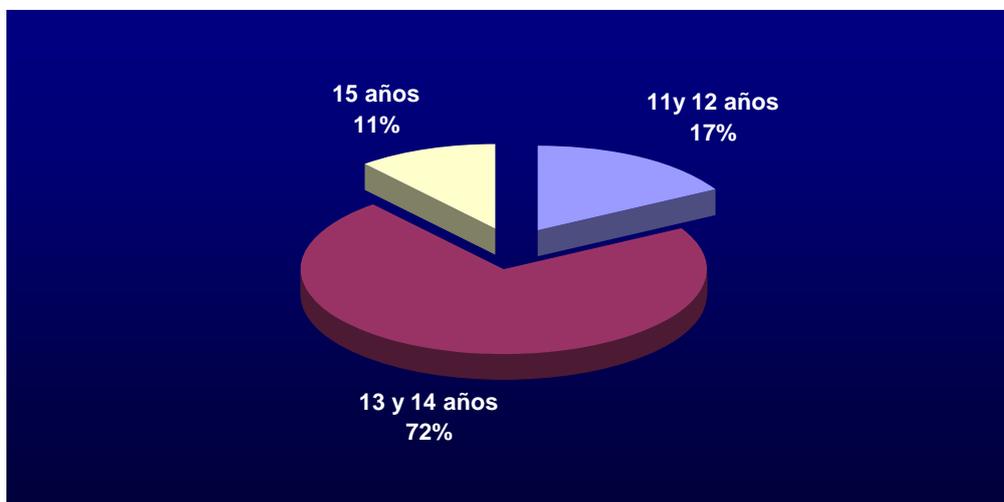
En la figura 4, se presenta la distribución porcentual de las características del peso de las participantes, se puede observar que la mayoría de las adolescentes (55%) aumentaron de peso y sólo en un menor porcentaje disminuyó (10 %) durante el último año.

Figura 4. Distribución porcentual de la variable características del peso (en el último año).



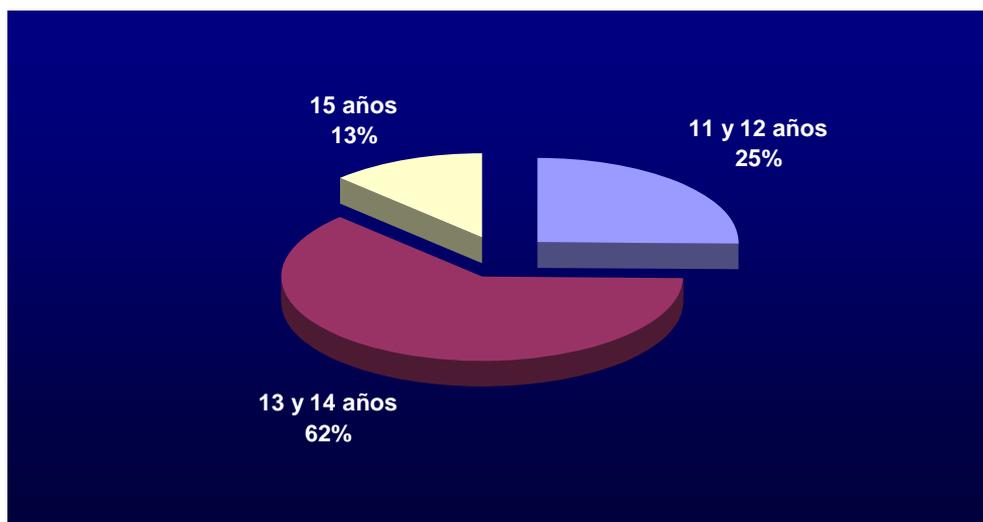
En la figura 5, se muestra la distribución porcentual de la edad en que inició la preocupación por el peso corporal entre las adolescentes. El porcentaje mayor lo constituyen las adolescentes que reportaron comenzar a preocuparse por su peso corporal entre los 13 y 14 años (39% y 33% respectivamente) mientras que el menor porcentaje se encuentra representado por las que comenzaron a preocuparse a los 11 años (6%).

Figura 5. Distribución porcentual de la variable edad de inicio de preocupación por el peso corporal.



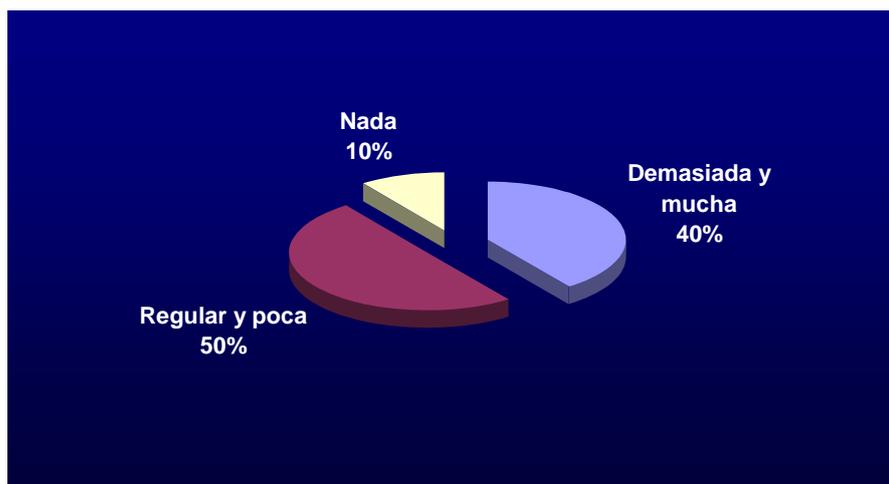
En la figura 6, se observa la distribución porcentual de la edad en que las participantes realizaron su primera dieta, el porcentaje mayor claramente lo constituyen las adolescentes que la iniciaron a los 13 años (47%), el porcentaje menor lo representa las adolescentes que iniciaron dieta a los 15 años.

Figura 6. Distribución porcentual de la variable edad de realización de la primera dieta.



En la figura 7, se puede observar que de las participantes un porcentaje importante (40%) reportó tener demasiada o mucha preocupación, y en contraste, se encontró un porcentaje similar (50%) que refirió poca preocupación por el peso corporal.

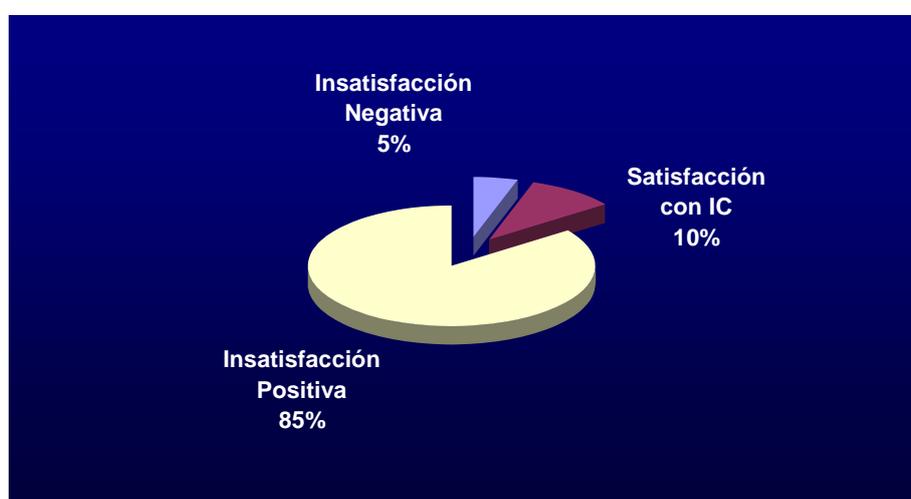
Figura 7. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal.



1.2. Satisfacción-Insatisfacción con imagen corporal.

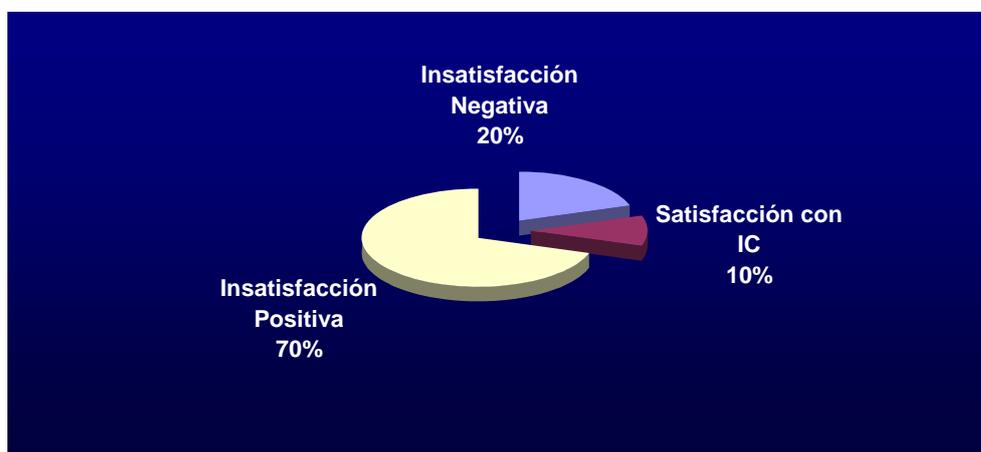
En la figura 8, se muestra la distribución porcentual en la variable Insatisfacción con la Imagen Corporal evaluada antes de la intervención de Realidad Virtual (RV) y Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS); se puede observar que el porcentaje mayor de la muestra (85%) presenta insatisfacción positiva, es decir, las participantes que caen dentro de este porcentaje quieren ser más delgadas de lo que son; solamente el 10% de la muestra se encontraba satisfecha.

Figura 8. Distribución porcentual de la variable insatisfacción con la imagen corporal (Pre-Test).



En la figura 9, se puede observar la distribución porcentual de la variable de Insatisfacción con la Imagen Corporal después de la intervención, se puede apreciar que existe una disminución en el porcentaje de insatisfacción positiva, ahora lo representa el 70%; ésta puede ser atribuida a la intervención, así también, aumentó en un 15% la satisfacción negativa (las participantes desean tener mayor peso) el porcentaje de satisfacción permaneció igual que en el pre-test.

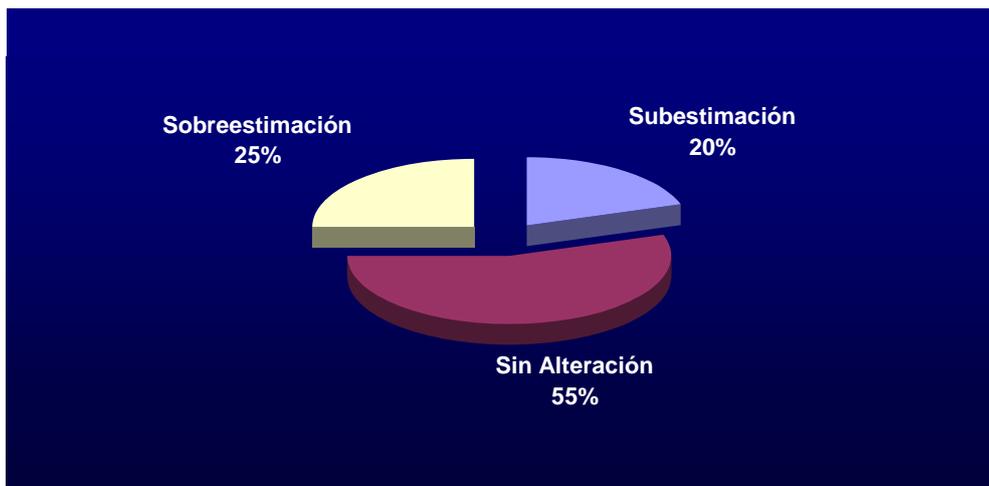
Figura 9. Distribución porcentual de la variable insatisfacción con la imagen corporal (Post-Test).



1.3. Alteración con la imagen corporal.

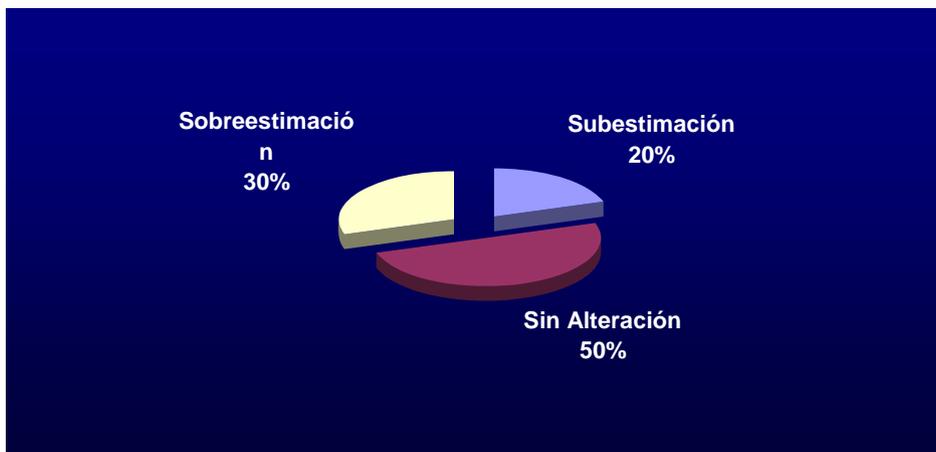
En la figura 10, se muestran aquellos porcentajes obtenidos en la variable de Alteración con la Imagen Corporal, antes de que se aplicara la intervención; se puede observar que el 55% de las participantes no presentaron alteración; mientras que el 25 % presentó sobreestimación y 20% subestiman.

Figura 10. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal (Pre-test).



En la figura 11, se muestran aquellos porcentajes obtenidos en la variable de alteración con la Imagen Corporal, después de la intervención; se puede observar que el 50% de las participantes no presentaron alteración; mientras que se observó un aumento del 5 % en la categoría de sobreestimación, mientras que la categoría de subestimación permaneció igual.

Figura 11. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal (Post-test).

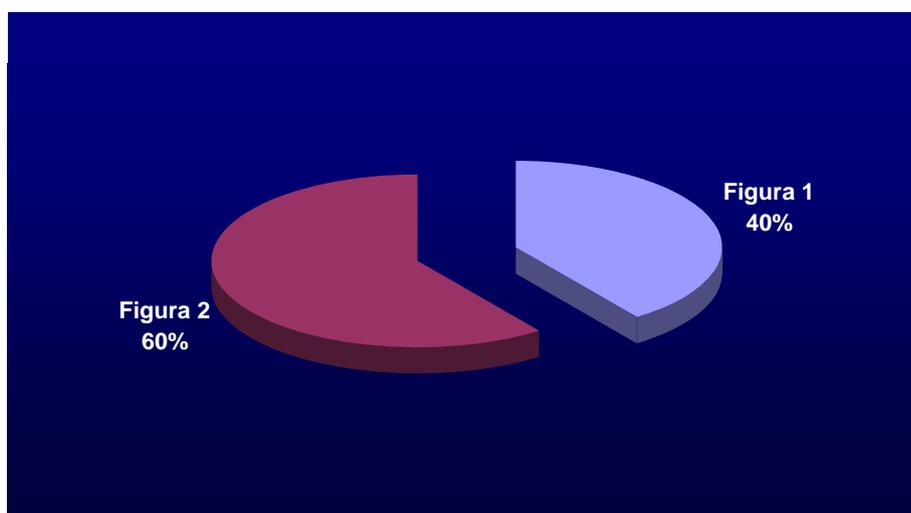


1.4. Figura ideal

En la figura 12, se muestran aquellos porcentajes obtenidos en la variable de figura ideal antes de la intervención; cabe señalar que como criterio de inclusión en la muestra, se seleccionaron aquellas participantes que eligieron como figura ideal las siluetas 1 (emaciada) y 2 (delgada). Se puede observar que el 60% de las participantes eligieron la figura 2.

Figura 12. Distribución porcentual de la variable figura ideal

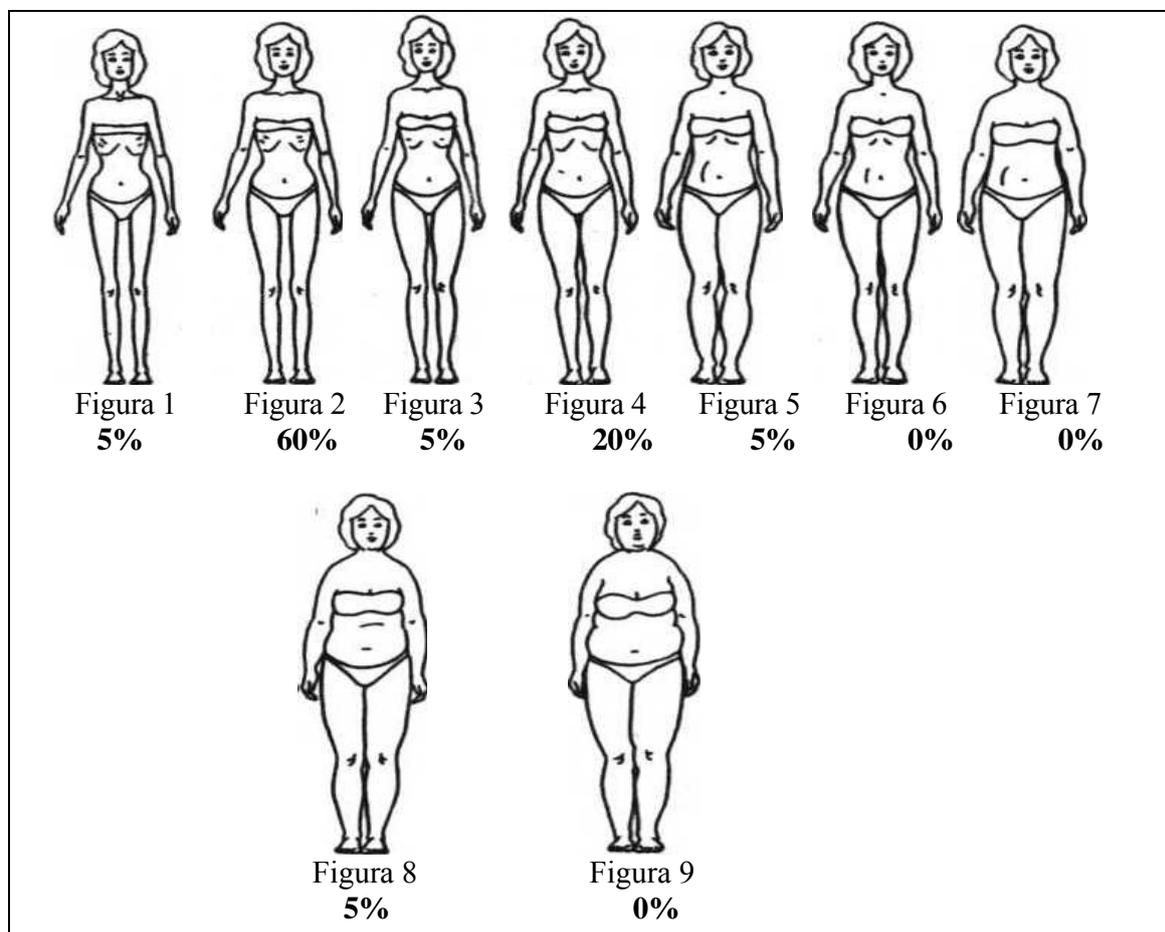
(Pre – test).



En la figura 13, se muestran aquellos porcentajes obtenidos en la variable de figura ideal, después de la intervención, se puede observar que el 60% de las participantes continuaron eligiendo la figura 2., sin embargo el 40% restante se distribuye en las figuras 1, 3, 4, 5 y 8 (Muy delgada a muy gruesa).

Figura 13. Distribución porcentual de la variable figura ideal

(Post – test).



1.5. Actitud negativa hacia la obesidad

A continuación se muestran las distribuciones porcentuales (pre-test-post-test) obtenidas en la variable Actitud negativa hacia la Obesidad, cabe señalar que esta variable se midió con la Escala K del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Peresmitré, 1998).

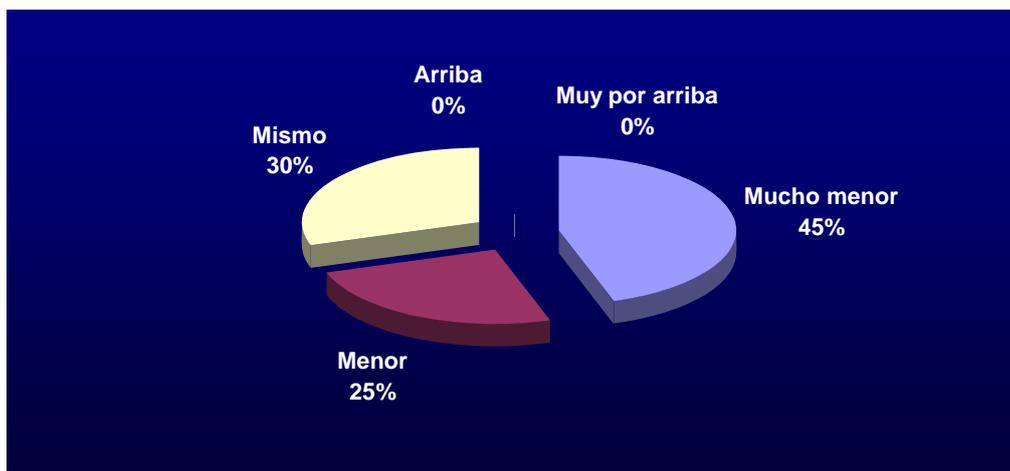
En la figura 14, se puede apreciar la distribución porcentual referente al peso que desearían tener las participantes antes de la intervención; la mayoría reportó que les gustaría tener mucho menor y menor peso del que actualmente tienen (40% respectivamente) en contraste sólo el 20% de las adolescentes desearían tener el mismo peso.

Figura 14. Distribución porcentual de la variable “¿Qué peso te gustaría tener?” (Pre - test).



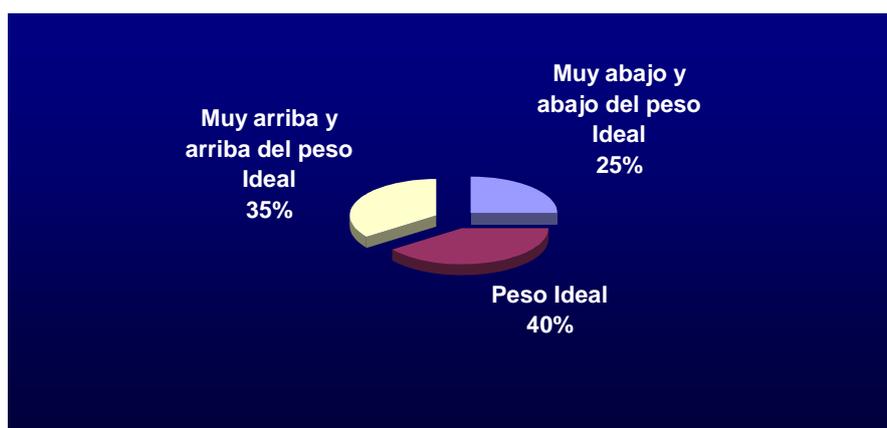
En la figura 15, se muestra la distribución porcentual obtenida en el post-test de este mismo reactivo, se observa que hubo un aumento en el porcentaje de las participantes que desearon tener el mismo peso después de la intervención (10%); también disminuyó el porcentaje de aquellas participantes que deseaban tener menor peso que el actual (15%); sin embargo, aumentó el porcentaje de participantes a las que les gustaría tener mucho menor peso del actual (5%).

Figura 15. Distribución porcentual de la variable “¿Qué peso te gustaría tener?” (Post-test).



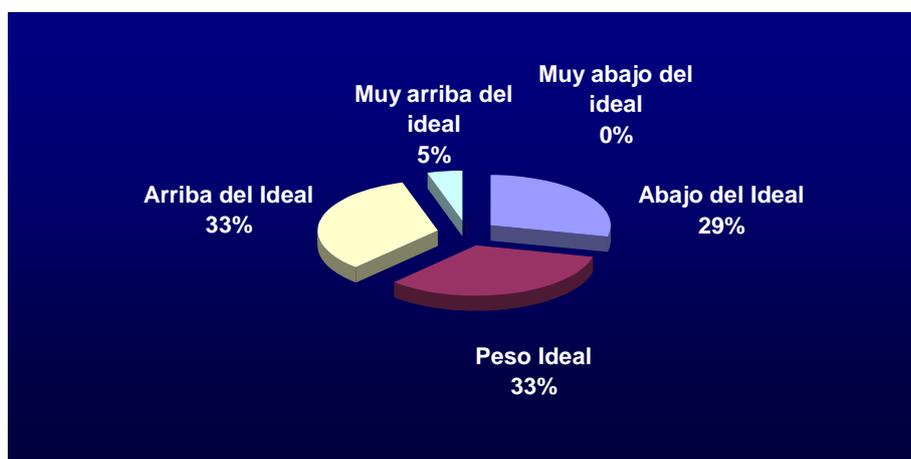
En la figura 16, se muestra la distribución porcentual del reactivo “Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras”...., el 40% de la muestra considera encontrarse en su peso ideal, mientras que el 35% incluye los valores de las categorías muy por arriba y arriba; y el 25% corresponde a muy abajo y abajo del peso ideal antes de la intervención.

Figura 16. Distribución porcentual de la variable “Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras...” (Pre-Test).



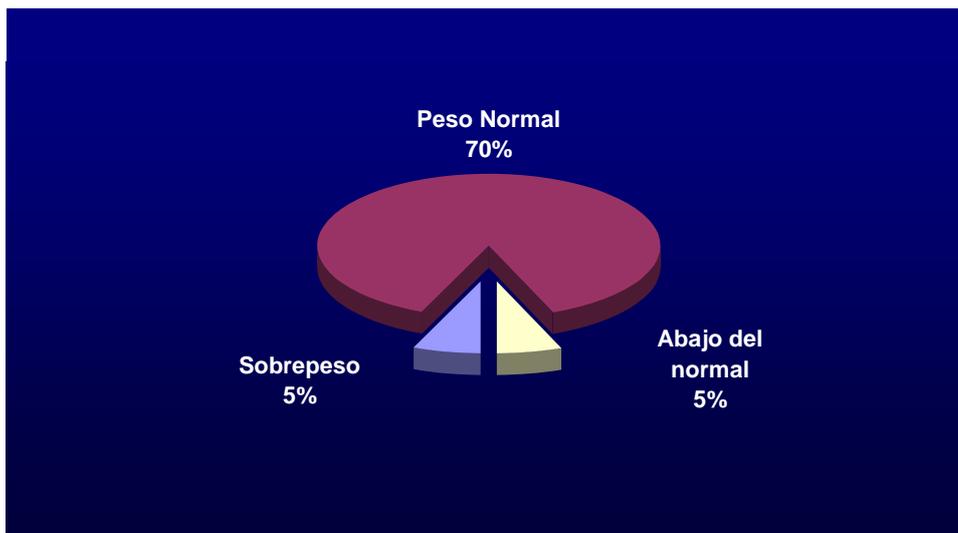
La figura 17, muestra la que la mayoría de las adolescentes consideran tener un peso ideal o estar por arriba de éste (35% y 30% respectivamente) y sólo un 5% considera que está muy arriba del peso ideal. Es importante señalar que la categoría muy por arriba del peso ideal disminuyó de un 10% a un 5% después de la intervención. Y la categoría “muy abajo” mantuvo un porcentaje de respuesta de 0%.

Figura 17. Distribución porcentual de la variable “Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras...” (Post-Test).



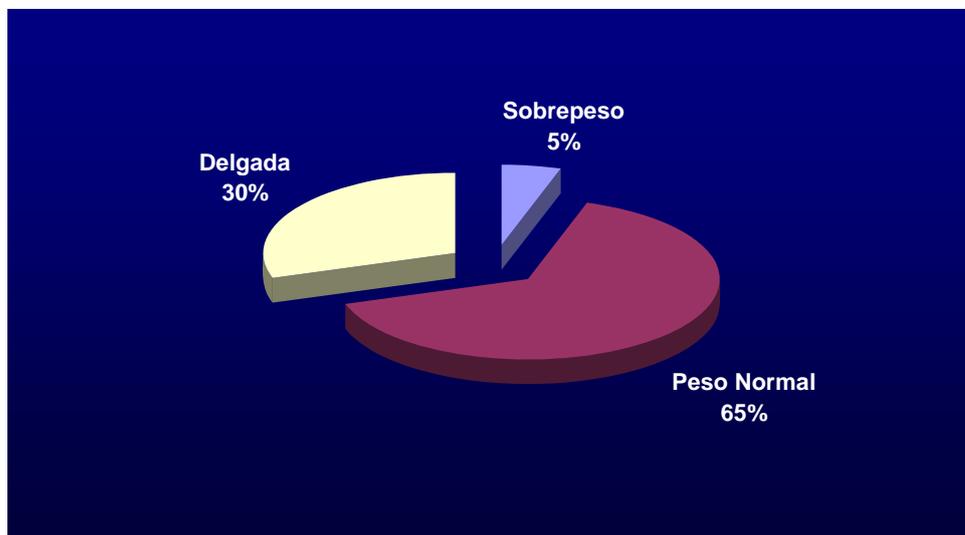
En la figura 18, se observa que la mayoría de las participantes, antes de la intervención, se percibieron con un peso normal (70%) y opuesto a esta opción de respuesta, muy pocas se consideraron con obesidad o delgadas (5%).

Figura 18. Distribución porcentual de la variable “De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras” (Pre-test).



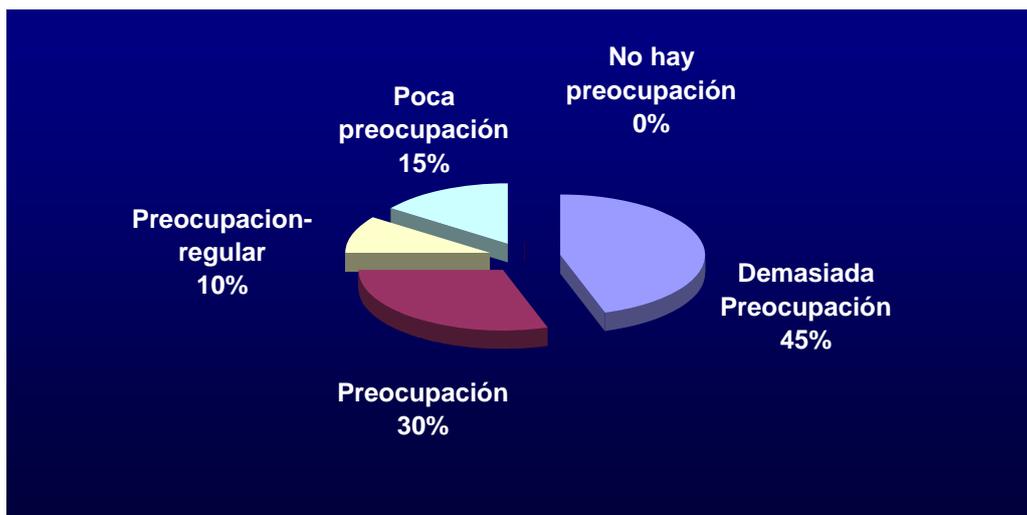
En la figura 19, se aprecia que la mayoría de las participantes, después de la intervención, se percibieron con un peso normal (65%), que ninguna consideró ser obesa, y sólo un porcentaje muy bajo considero tener sobrepeso (5%). Es decir, existió una tendencia hacia la mejoría en la medición pos-test.

Figura 19. Distribución porcentual de la variable “De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras” (Post-test).



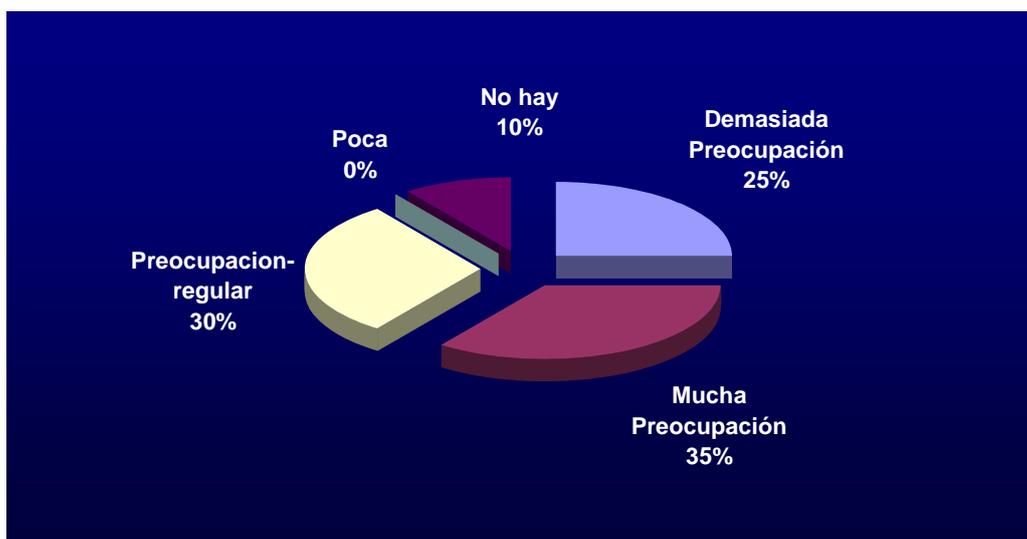
En la figura 20, se puede apreciar que la mayoría de las participantes (45%) en la medida pre-test, expresaron mucha preocupación por estar gorda, mientras que sólo algunas se preocupan de manera regular (10%).

Figura 20. Distribución porcentual de la variable: “Llegar a estar gorda...” (Pre-test).



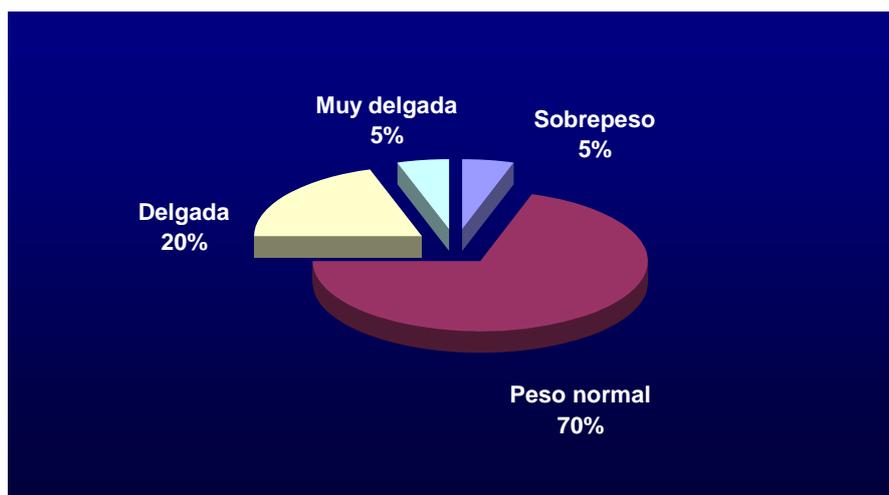
En la figura 21, se muestra que la categoría de demasiada preocupación por estar gorda disminuyó en un 20%, y “No me preocupa”, cambio de un porcentaje de respuesta de 0% a 10%, observándose una mejoría probablemente atribuible a la intervención.

Figura 21. Distribución porcentual de la variable: “Llegar a estar gorda...” (Post-test).



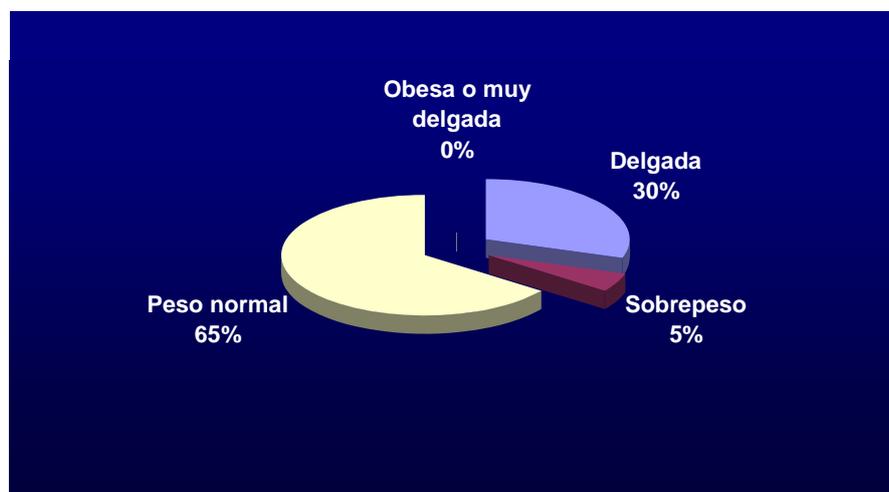
En la figura 22, se aprecia que la mayoría de las participantes, antes de la intervención, se percibieron con un peso normal (70%), ninguna consideró ser obesa, sólo el 5% consideró estar muy delgada, y tener sobrepeso respectivamente.

Figura 22. Distribución porcentual de la variable “De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras” (Pre-test).



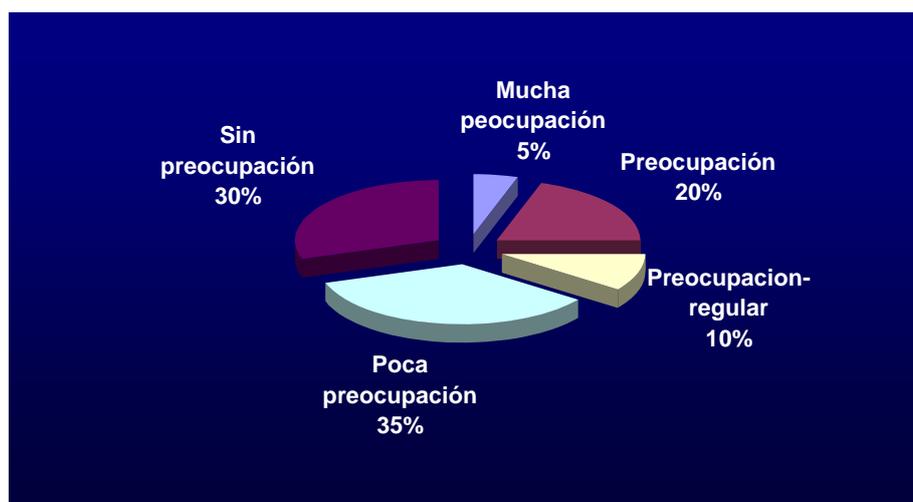
En la figura 23, se aprecia que la mayoría de las participantes, después de la intervención, se percibieron con un peso normal (65%), ninguna consideró ser obesa o muy delgada, y sólo un porcentaje muy bajo considero tener sobrepeso (5%).

Figura 23. Distribución porcentual de la variable De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras” (Post-test).



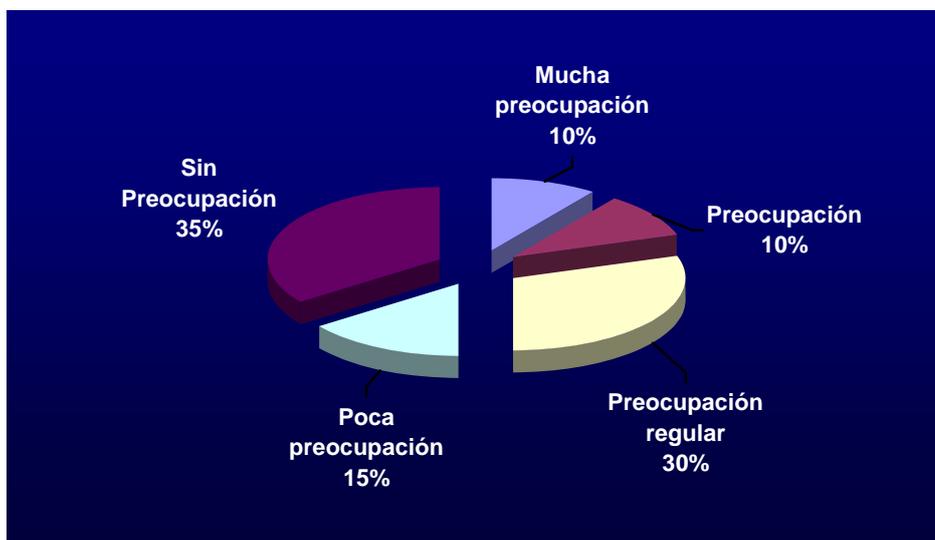
En la figura 24, se observa que antes de la intervención la mayoría de las participantes reportaron poca preocupación por cómo las ven los demás (35%), y sólo un 5% mostró mucha preocupación.

Figura 24. Distribución porcentual de la variable: “Cómo me ven los demás” (Pre-test).



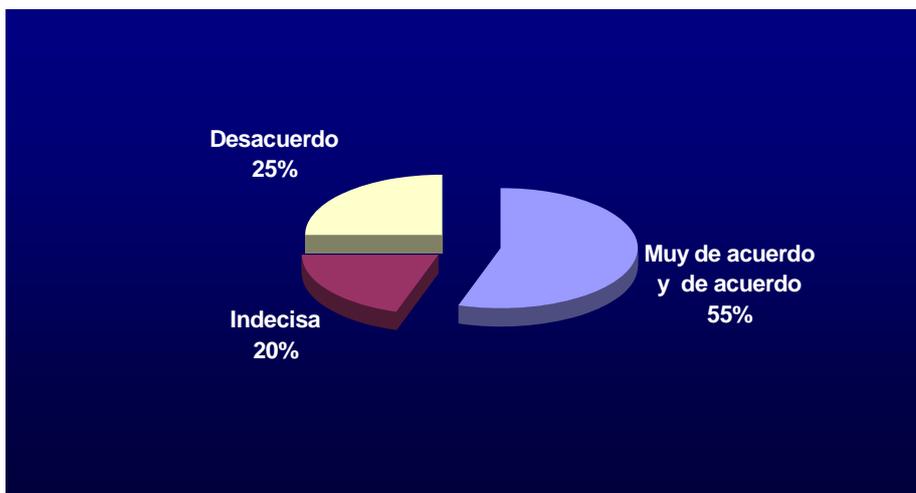
En la figura 25, se aprecia que en la medición post-test, la mayoría de las participantes no reportó preocupación por cómo las ven los demás (35%) y sólo un 15% refirió poca preocupación. En relación al pre-test la categoría de “preocupación regular” aumentó de un 10% a un 35%.

Figura 25. Distribución porcentual de la variable: “Cómo me ven los demás” (Post-test).



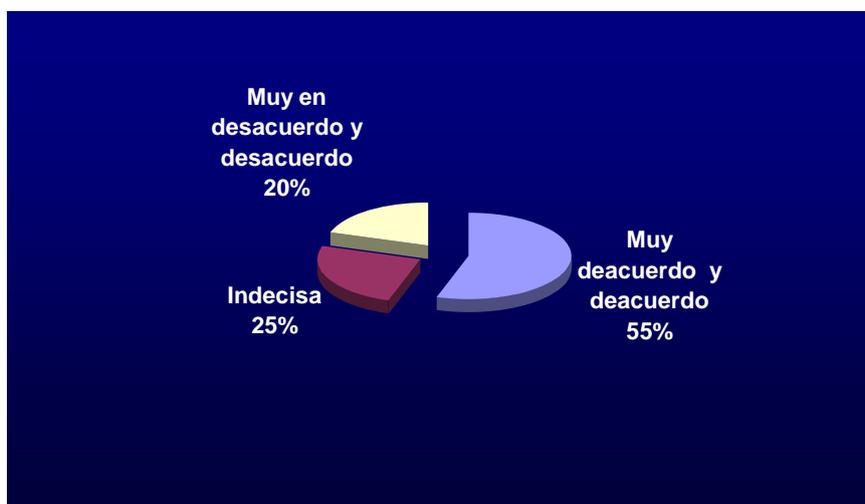
En la figura 26, se muestra que antes de la intervención, la mayoría de las participantes estuvo de acuerdo en que es más importante cómo se siente su cuerpo que cómo se ve (35%), mientras que un porcentaje más bajo lo ocupan quienes están muy de acuerdo e indecisas (20% cada una).

Figura 26. Distribución porcentual de la variable: “Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve” (Pre-test).



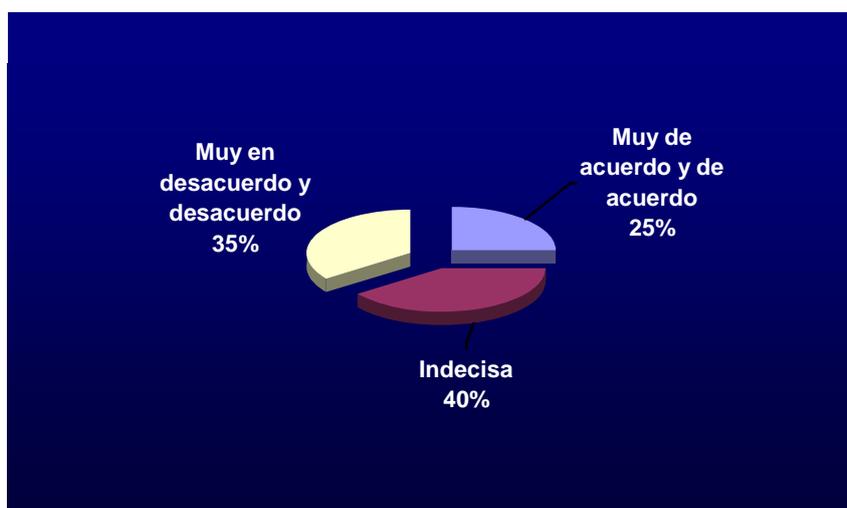
En la figura 27, se observa que en la medida post-test la mayoría de las participantes está muy de acuerdo en que es más importante cómo se siente su cuerpo que cómo se ve (30%), y sólo un 5% muy en desacuerdo.

Figura 27. Distribución porcentual de la variable: “Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve” (Post-test).



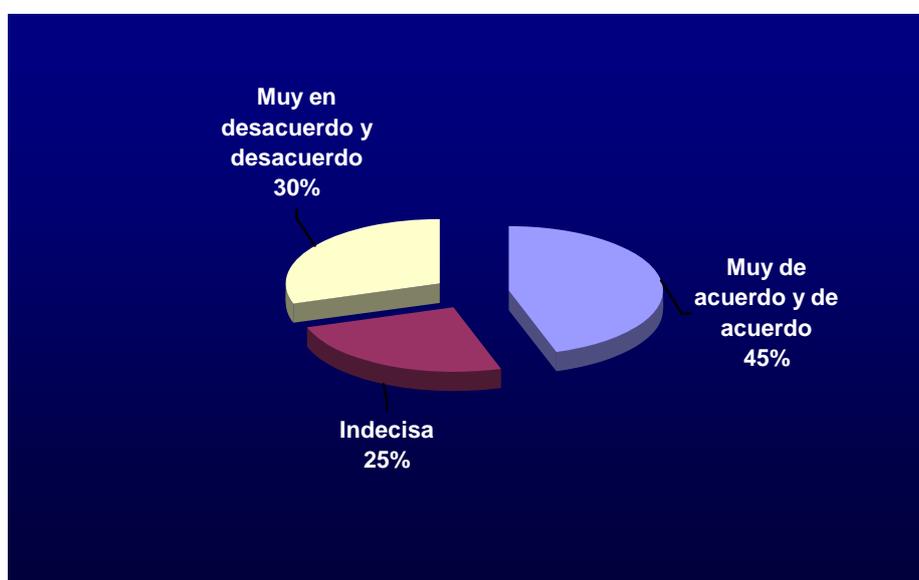
En la figura 28, se aprecia que en la medida pre-test la mayoría de las participantes reportó estar indecisa respecto a si les gusta la forma de su cuerpo (40%) y un 10% y 15% manifestó estar muy de acuerdo y en muy en desacuerdo respectivamente.

Figura 28. Distribución porcentual de la variable: “Me gusta la forma de mi cuerpo” (Pre-test).



En la figura 29, se muestra que después de la intervención, la mayoría de las participantes reportó estar muy de acuerdo o indecisa con el gusto con la forma de su cuerpo (25% cada una) y sólo un 10% manifestó estar en desacuerdo y un 20% muy en desacuerdo. Es importante señalar que en relación al pre-test la categoría “indecisa” disminuyó de un 40% a un 25%; y la “Muy de acuerdo” aumento de un 10% a un 25%.

Figura 29. Distribución porcentual de la variable: “Me gusta la forma de mi cuerpo” (Post-test).



2. Comparación de las variables PRE – TEST / POST - TEST

Con el propósito de conocer los efectos de la intervención basada en realidad virtual y entrenamiento en habilidades sociales, se aplicó una prueba t de Student para muestras relacionadas a las variables de estudio. Se consideraron como diferencias estadísticamente significativas entre medias pre-test-post-test, cuando el nivel de probabilidad obtuviese un valor $\leq .05$.

2.1 Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal

La figura 30, muestra los valores de las medias y las desviaciones estándar antes y después de la intervención en la variable “Insatisfacción con la imagen corporal”. En la tabla 1 puede observarse que la prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual y entrenamiento en habilidades sociales. ($t= 3.018$, $gl=19$, $p=.007$). Los datos obtenidos indican una disminución en esta variable.

Figura 30. Medias y desviaciones estándar de la variable "Insatisfacción con la imagen corporal".

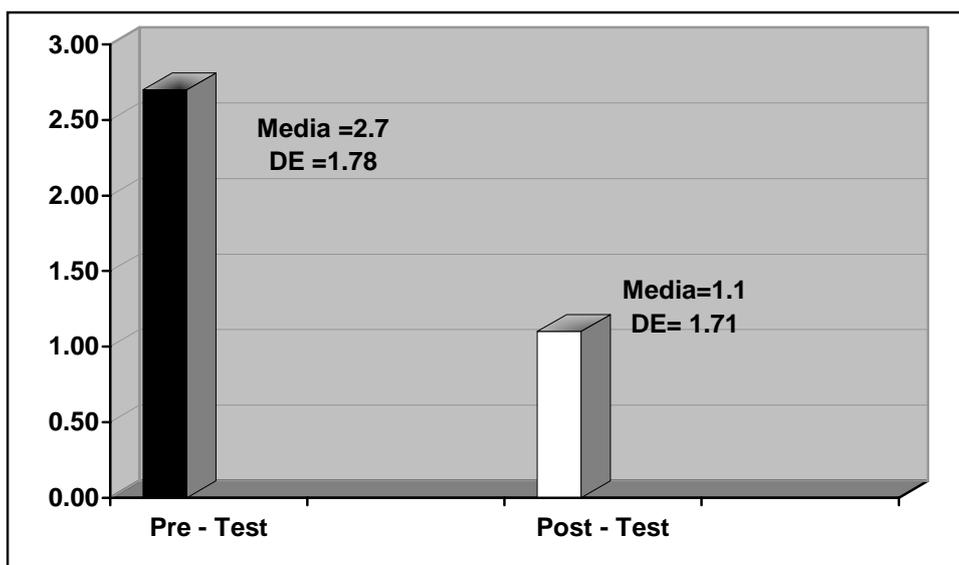


Tabla 1. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Insatisfacción con imagen corporal”.

VARIABLE	t	gl	sig.
“ Insatisfacción con la imagen corporal“	3.018	19	.007

2.2 Alteración con la imagen corporal

La figura 31, presenta los puntajes de las medias y desviaciones estándar en la variable “Alteración de la imagen corporal”. La tabla 2 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=.000$, $gl=19$, $p=1.00$).

Con la finalidad de conocer que tanto influyó el tamaño de la muestra ($N=20$) en las diferencias entre medias que no resultaron estadísticamente significativas y por lo tanto, saber cual fue el tamaño del efecto sobre los resultados obtenidos se empleo la siguiente formula:

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

Donde d = tamaño del efecto
 t = valor de t
 gl = grados de libertad

Considerando los puntajes obtenidos en $d \geq .80$ como un efecto grande, los cercanos a $.50$, como un efecto medio y los $\leq .20$, como un efecto pequeño (Rosenthal y Rosnow, 1993).

El valor de $d=0$ en esta variable, nos indica que la falta de diferencias significativas no se debió al tamaño de la muestra, sino que la intervención no tuvo efecto en esta variable, es importante señalar que las participantes antes de la intervención no tenían una alta alteración, y el programa no produjo un efecto adverso al respecto.

Figura 31. Medias y desviaciones estándar de la variable "Alteración de la imagen corporal".

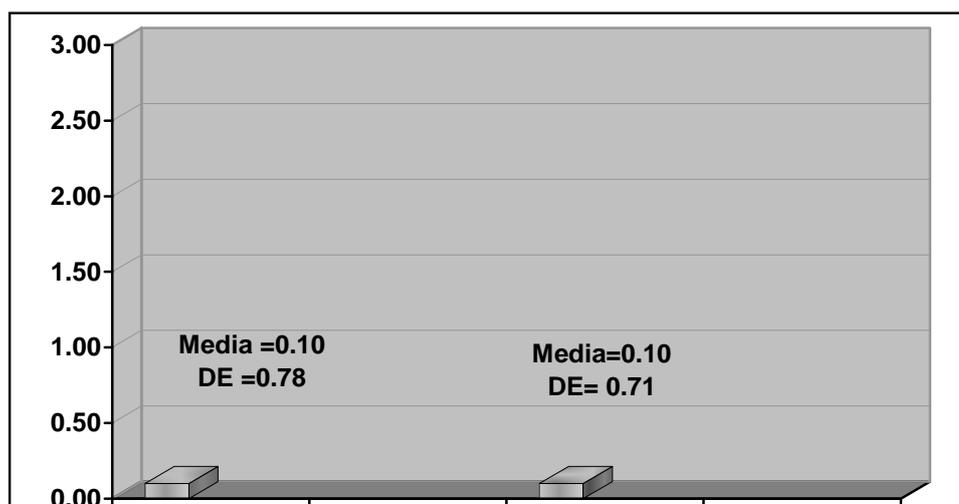


Tabla 2. Diferencias entre medias pre-test, post-tes en la variable de “Alteración de la imagen corporal”.

VARIABLE	t	gl	sig.
“ Alteración de la imagen corporal“	.000	19	1.00

2.3 Figura ideal

En la figura 32, se muestran los puntajes de las medias y desviaciones estándar en la variable “Deseo de una figura ideal delgada”, en la cual se observa un aumento en la preferencia de una silueta más gruesa. Como se observa en la tabla 3, la prueba t de Student para muestras relacionadas, indicó que se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=-3.263$, $gl=19$, $p=.004$).

Figura 32. Medias y desviaciones estándar de la variable "Deseo de una figura ideal".

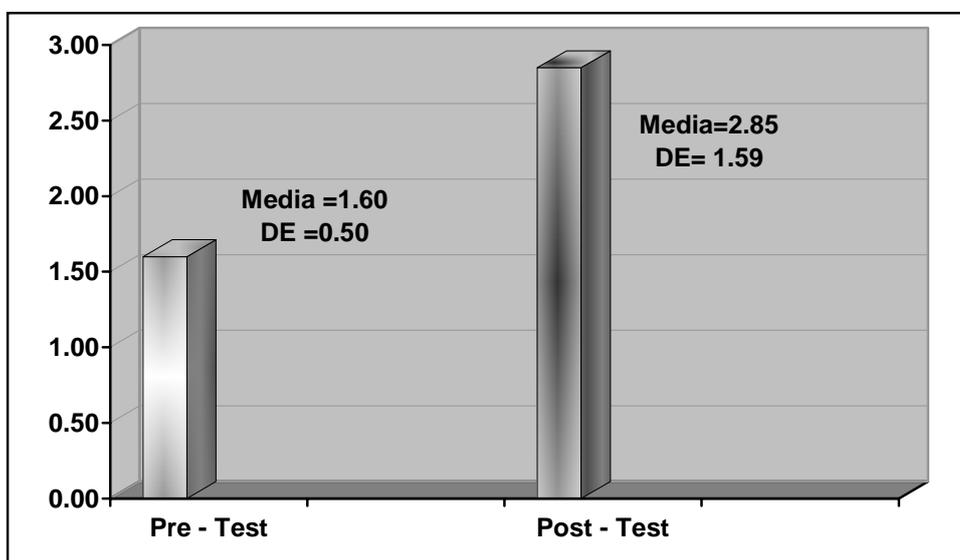


Tabla 3. Diferencias entre medias pre-test, post-test en la variable de “Deseo de una figura ideal”

VARIABLE	t	gl	sig.
“Deseo de una figura ideal delgada “	-3.263	19	.004

2.4 Actitud negativa hacia la obesidad

La variable “Actitud negativa hacia la obesidad”, corresponde a la Escala K del Cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré (1998), y se compone de 7 reactivos.

En la figura 33, se muestran los puntajes de las medias y desviaciones estándar del reactivo K1 “Qué peso te gustaría tener”. En la tabla 4, puede observarse que la prueba t de Student para muestras relacionadas, indicó que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la aplicación del programa de realidad virtual y habilidades sociales ($t=-.213$, $gl=19$, $p=.834$). Con la finalidad de conocer que tanto influyó el tamaño de la muestra ($N=20$) se obtuvo el tamaño del efecto sobre los resultados, el puntaje arrojado en d indicó un efecto grande en el primer reactivo (k1) y un efecto medio en los reactivos k2, k y k7de la escala, es decir, probablemente si habría diferencias estadísticamente significativas si la muestra fuese mayor. Ésto no sucedió en los demás reactivos de la escala, (k3 k5y k6ya que se presentó un efecto pequeño.

Figura 33. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k1 "Qué peso te gustaría tener".

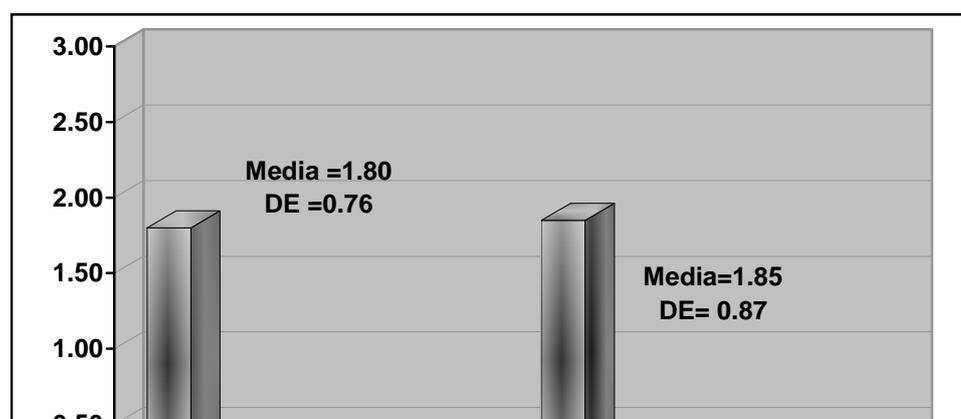


Tabla 4. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “¿Qué peso te gustaría tener?”.

REACTIVO K1 “¿Qué peso te gustaría tener?”	t	gl	sig.	d
	-.213	19	.834	.98 GRANDE

En la figura 34, se muestran los puntajes de las medias y desviaciones estándar del reactivo K2 “Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras... ”. La tabla 5 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no arrojó diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=.142$, $gl= 19$, $p=.888$); sin embargo se obtuvo un tamaño del efecto mediano ($d=.64$).

Figura 34. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k2 "Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras... ”.

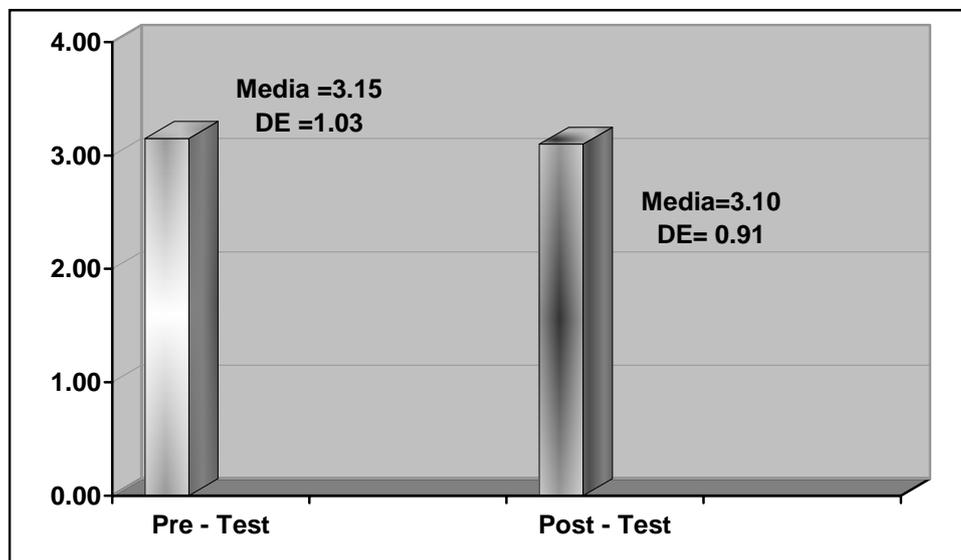


Tabla 5. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras...”

REACTIVO K2	t	gl	sig.	d
“Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras... “	.142	19	.888	.64 MEDIO

En la figura 35, se presentan los puntajes de las medias y desviaciones estándar del reactivo k3 “De acuerdo a la siguiente escala tú te consideras...”. La tabla 6 indica que prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=.000$, $gl=19$, $p=1.00$).

Figura 35. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k3" De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras".

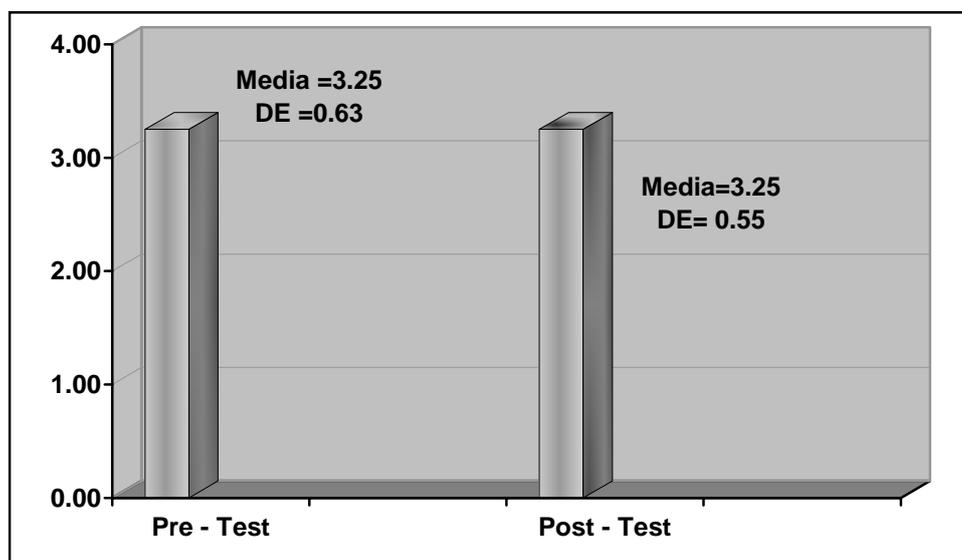


Tabla 6. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “De acuerdo a la siguiente escala tú te consideras...”

	t	gl	sig.
REACTIVO K3 “De acuerdo a la siguiente escala tú te consideras...”	.000	19	1.00

En la figura 36, se observan los puntajes del reactivo k4 “Llegar a estar gorda...”. La tabla 7 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=-1.221$, $gl=19$, $p=.237$).se obtuvo el tamaño del efecto sobre los resultados obtenidos, la $d =.56$ indicó un puntaje medio, lo que propone indicios de una tendencia a la disminución de la preocupación si la muestra fuese mayor.

Figura 36. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k4" Llegar a estar gorda".

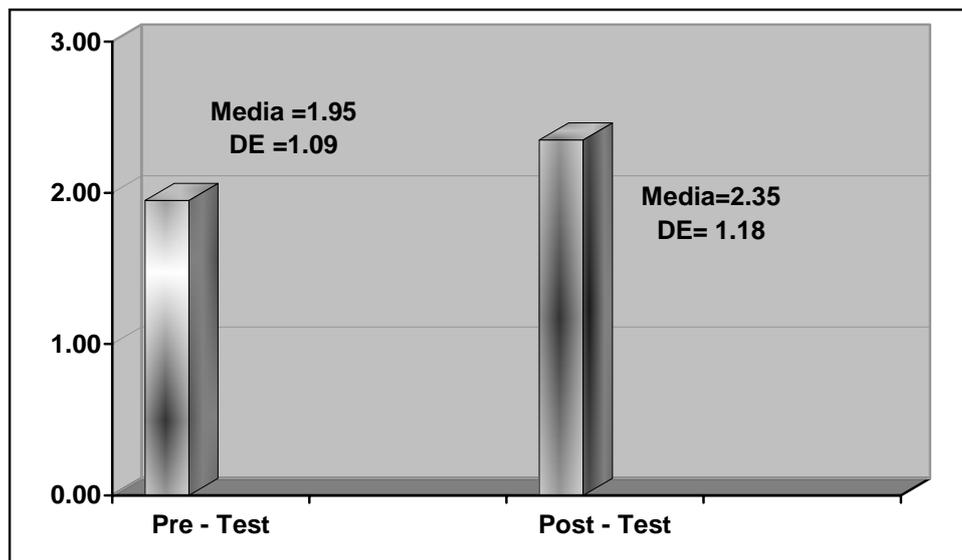


Tabla 7. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Llegar a estar gorda”

REACTIVOK4 “Llegar a estar gorda “	t	gl	sig.	d
	-1.221	19	.237	.56 MEDIO

La figura 37, presenta los puntajes de las medias del reactivo k5 “Cómo me ven los demás”. La tabla 8 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t = .288$, $gl=19$, $p=.776$).

Figura 37. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k5 "Cómo me ven los demás".

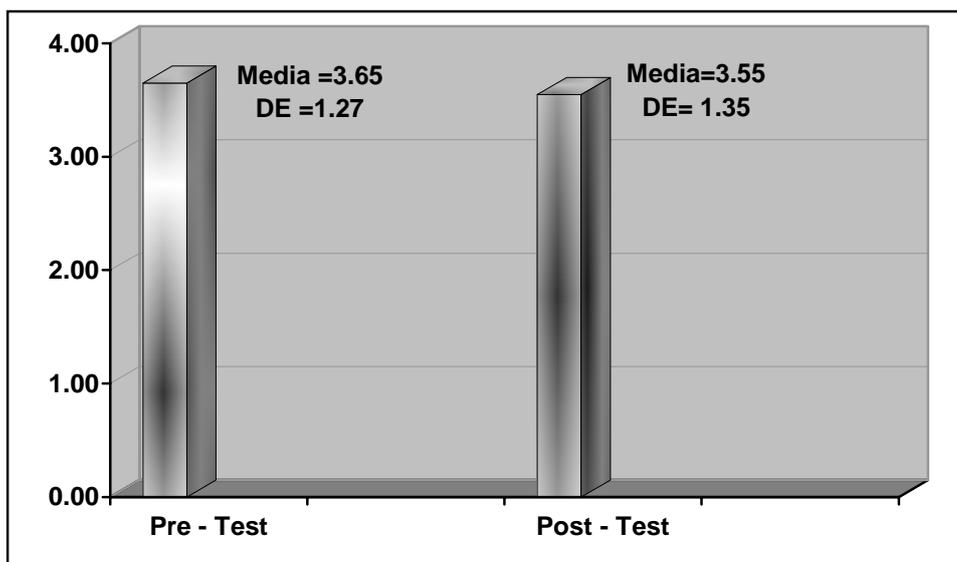


Tabla 8. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Cómo me ven los demás”

REACTIVO K5 “Cómo me ven los demás”	t	gl	sig.
	.288	19	.776

La figura 38, muestra los puntajes de las medias y desviaciones estándar del reactivo k6 “Es más importante cómo se siente mi cuerpo, que cómo se ve”. La tabla 9 indica que prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales. (t=.282, gl=19, p=.781).

Figura 38. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k6 "Es más importante cómo se siente mi cuerpo, que cómo se ve".

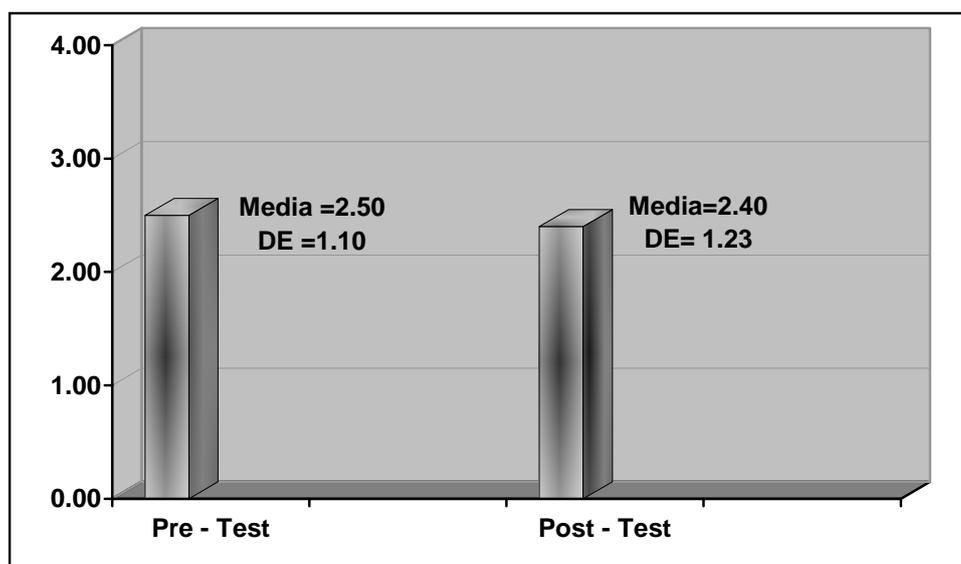


Tabla 9. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Es más importante cómo se siente mi cuerpo, que cómo se ve “

	t	gl	sig.
REACTIVO K6 “Es más importante cómo se siente mi cuerpo, que cómo se ve “	.282	19	.781

En la figura 39, se pueden observar los puntajes de las medias del reactivo k7 “Me gusta la forma de mi cuerpo”. La tabla 10 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=1.035$, $gl=19$, $p=.314$); sin embargo se presentó un tamaño del efecto medio.

Figura 39. Medias y desviaciones estándar del Reactivo k7 " Me gusta la forma de mi cuerpo".

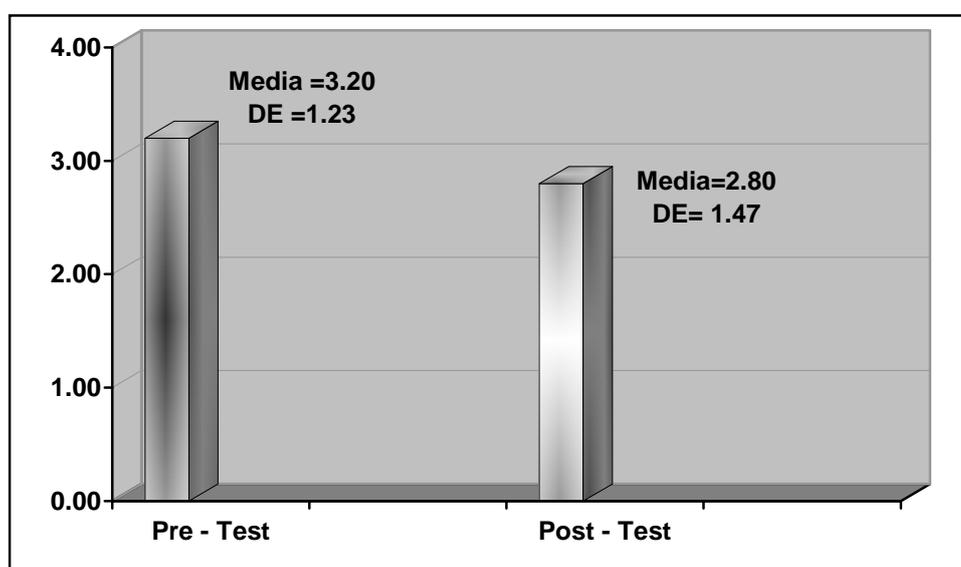


Tabla 10. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Me gusta la forma de mi cuerpo “

REACTIVO K7	t	gl	sig.	d
“Me gusta la forma de mi cuerpo	1.035	19	.314	.48 MEDIO

3. Habilidades sociales

En la figura 40 se presentan los puntajes de las medias y desviaciones estándar de la variable “Habilidades para expresar sentimientos y emociones”. La tabla 11 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t = -.462$, $gl=19$, $p=.649$). Con la finalidad de conocer que tanto influyó el tamaño de la muestra ($N=20$) sobre los resultados obtenidos, se obtuvo el tamaño del efecto, la d obtenida indicó un puntaje pequeño en esta variable, es decir, si la muestra fuese mayor los resultados serían los mismos.

Figura 40. Medias y desviaciones estándar de la variable " Habilidades para expresar sentimientos y emociones".

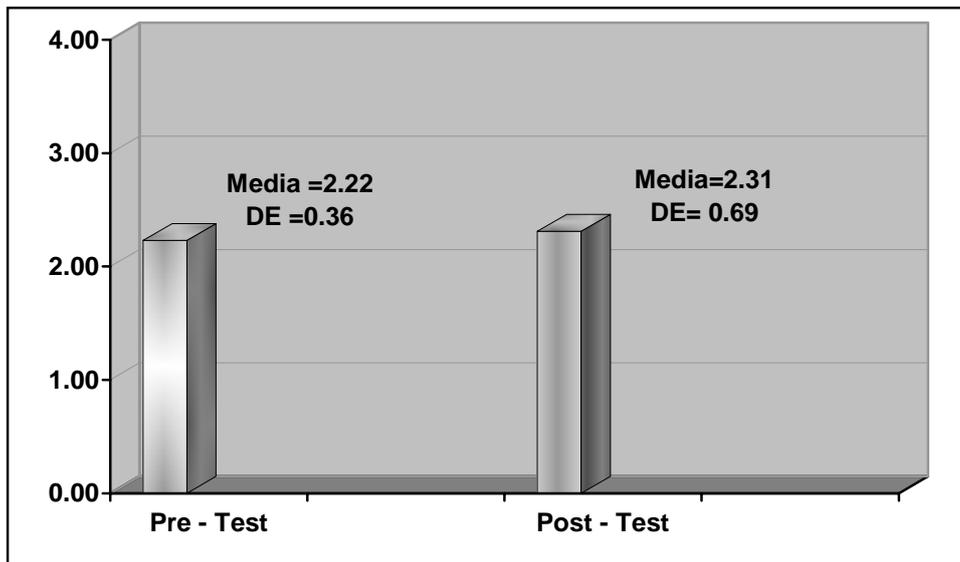


Tabla 11. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales “

FACTOR 1	t	gl	sig.
“Dificultad para expresar opiniones o sentimientos en situaciones sociales “	-.462	19	.649

En la figura 41 se pueden observar los puntajes de las medias y desviaciones estándar de la variable “Habilidades para dar negativas”. La tabla 12 indica que a prueba t de Student para muestras relacionadas, si produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=3.695$, $gl=19$, $p=.002$), indicando una mejoría en esta área.

Figura 41. Medias y desviación estándar de la variable " Habilidades para dar negativas".

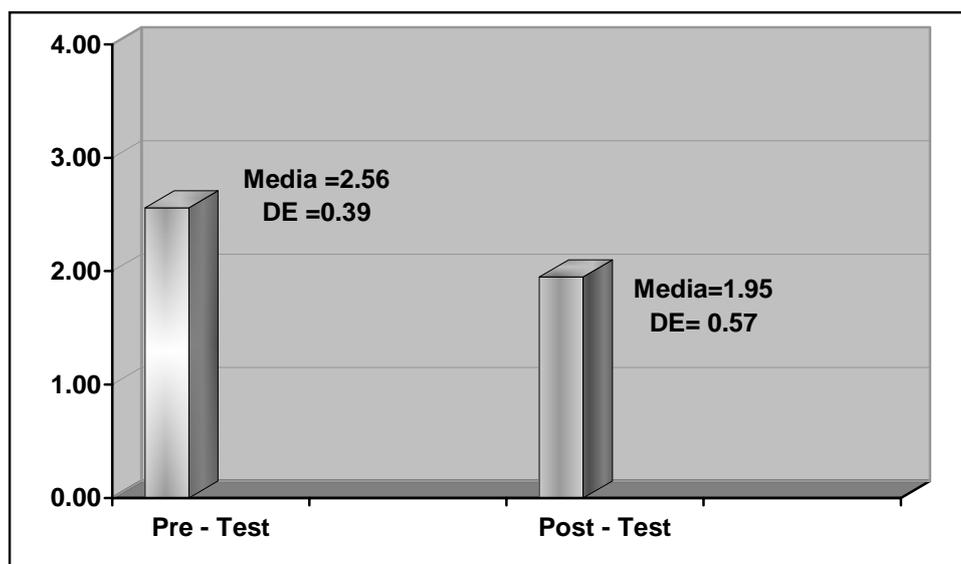


Tabla 12. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Habilidades para dar negativas”.

	t	gl	sig.
FACTOR 3 “Habilidades para dar negativas”.	3.695	19	.002

En la figura 42 se pueden observar los puntajes de las medias y desviaciones estándar de la variable “Habilidades para defender derechos”. La tabla 13 indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas, antes y después de la aplicación del programa de realidad virtual y habilidades sociales ($t=-1.646$, $gl=19$, $p=.112$). Con la finalidad de conocer que tanto influyó el tamaño de la muestra ($N=20$) se obtuvo el tamaño del efecto sobre los resultados obtenidos, la d obtenida indicó un tamaño del efecto medio, lo que indica una tendencia a la mejoría.

Figura 42. Medias y desviaciones estándar de la variable "Habilidades para defender derechos".

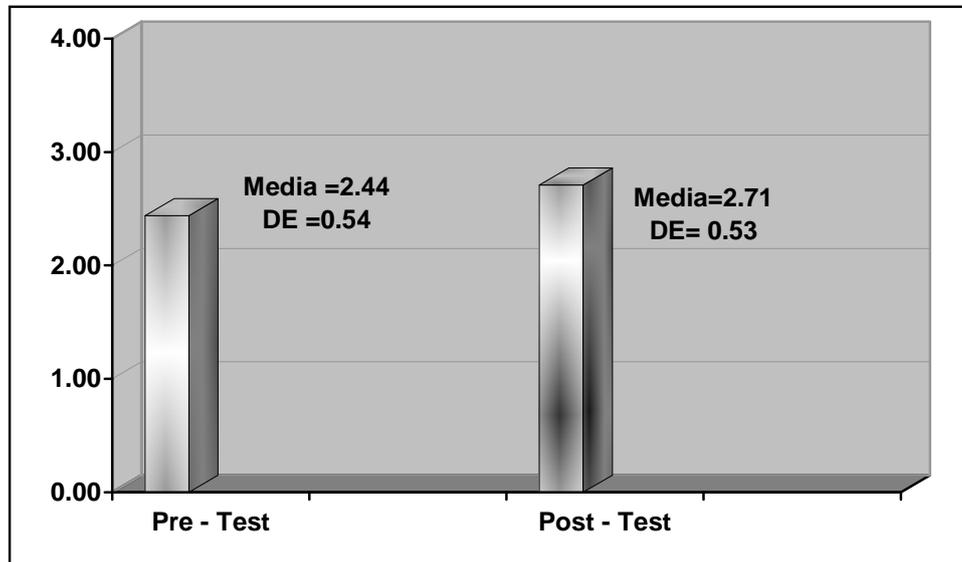


Tabla 13. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable "Decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos"

	t	gl	sig.	d
FACTOR 7 "Decir no o defender derechos frente a conocidos y amigos"	-1.646	19	.112	.75 MEDIO

4- Análisis de datos obtenidos del programa de realidad virtual

Considerando que el propósito de la presente investigación, fue probar la eficacia de un Programa de Realidad Virtual y Habilidades Sociales en la prevención de factores de riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria; se realizó un análisis estadístico de los datos que proporciona el programa de realidad virtual en relación a las siguientes variables: Alteración de la imagen corporal e Insatisfacción con la imagen corporal.

4.1 Alteración de la imagen corporal

Para la variable de “Alteración de la imagen corporal”, se utilizó la siguiente formula:

$$Vr - Va$$

Donde: Vr = volumen real, corresponde al valor calculado por el programa de realidad virtual con las medidas reales del busto, cintura, cadera, talla y peso de la usuaria.

Va = volumen aproximado, es el valor calculado de la figura que construye la usuaria en la parte correspondiente a cómo se percibe.

En la figura 43, se observan los valores de las medias y desviaciones estándar de la variable “alteración de la imagen corporal”. La tabla 14 indica que prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual ($t = .860$, $gl = 19$, $p = .400$). Con la finalidad de conocer que tanto influyó el tamaño de la muestra ($N = 20$) se obtuvo el tamaño del efecto sobre los resultados obtenidos, la d indicó un puntaje medio, es decir, si aumentará el tamaño de la muestra probablemente se encontrarían diferencias significativas en esta variable.

Figura 43. Medias y desviaciones estándar de la variable "Alteración de la imagen corporal" – Realidad virtual.

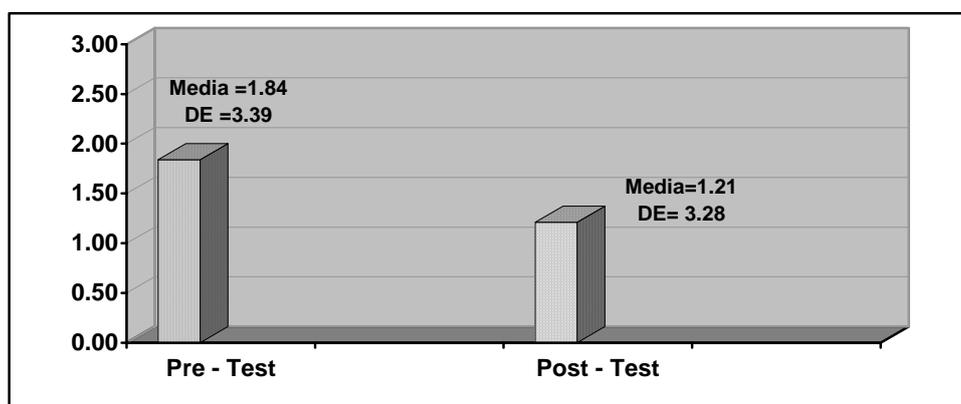


Tabla 14. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Alteración de la imagen corporal”

	t	gl	sig.	d
VARIABLE “Alteración de la imagen corporal”	.860	19	.400	.39 MEDIO

4.2 Insatisfacción con la imagen corporal

Para la variable de “Insatisfacción con la imagen corporal”, se utilizó la siguiente fórmula:

$$Vr - Vas2$$

Donde: Vr = volumen real, corresponde al valor calculado por el programa de realidad virtual con las medidas reales del busto, cintura, cadera, estatura y peso de la usuaria.

$Vas2$ = volumen aproximado de la sesión 2, es el valor calculado de la figura que construye la usuaria en la parte correspondiente a cómo le gustaría ser.

En la figura 44, se muestran los valores de las medias y desviaciones estándar de la variable “Insatisfacción con la imagen corporal”. En la tabla 15 puede observarse que la prueba t de Student para muestras relacionadas, indicó que se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t= 3.391$, $gl=19$, $p=.003$).

Figura 44. Medias y desviaciones estándar de la variable "Insatisfacción con la imagen corporal" - Realidad virtual.

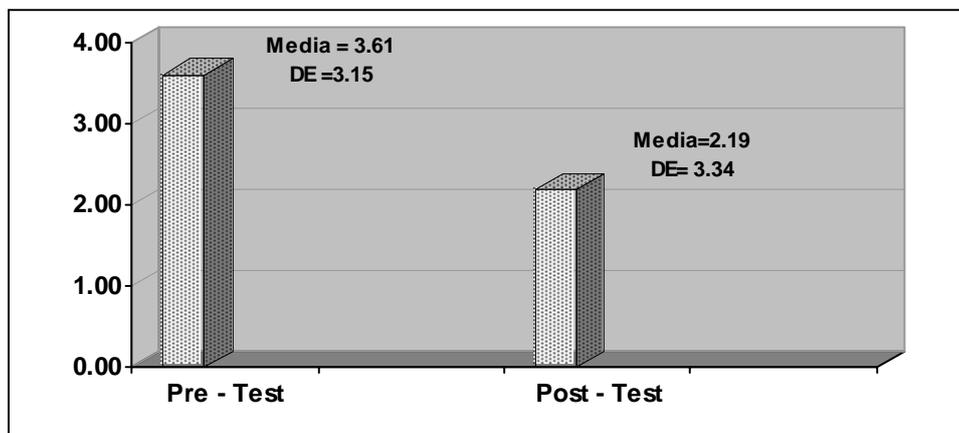


Tabla 15. Diferencias entre medias pre-test, post-test de la variable “Insatisfacción con la imagen corporal”

VARIABLE	t	gl	sig.
“Insatisfacción con la imagen corporal”	3.391	19	.003

4.3 Volumen real y aproximado

En la figura 44 se aprecian los valores de las medias y desviaciones estándar del volumen aproximado en las medidas pre-test y post-test de las cuatro sesiones del programa computarizado; éstas nos indican la exactitud del programa, en relación a que las usuarias pueden construir una figura igual a la que elabora el programa con sus medidas reales. También puede afirmarse que el programa tiende a ser útil para promover un mejor autopercepción del cuerpo o conocimiento de la imagen corporal, de manera directa, al manipular los diferentes segmentos corporales, ya sea para aumentar o disminuir; y en la comparación de la figura construida por el programa a partir de las medidas reales y la que corresponde a cómo se percibe la usuaria.

En la tabla 16 puede observarse que la prueba t de Student para muestras relacionadas, produjo diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=-2.438$, $gl=19$, $p=.025$) en las primeras dos sesiones del programa computarizado. También se indica que la prueba t de Student para muestras relacionadas, no produjo diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención de realidad virtual y habilidades sociales ($t=-1.653$, $gl=19$, $p=.116$) en las dos últimas sesiones. En la figura 44 también pueden apreciarse los valores de las medias y desviaciones estándar del volumen real en las medidas pre test y post test; éstas indican la exactitud del calculo de volumen en el programa, con las mismas medidas de las usuarias en dos ocasiones.

Figura 44. Medias y desviaciones estándar del volumen real y aproximado de Realidad Virtual.

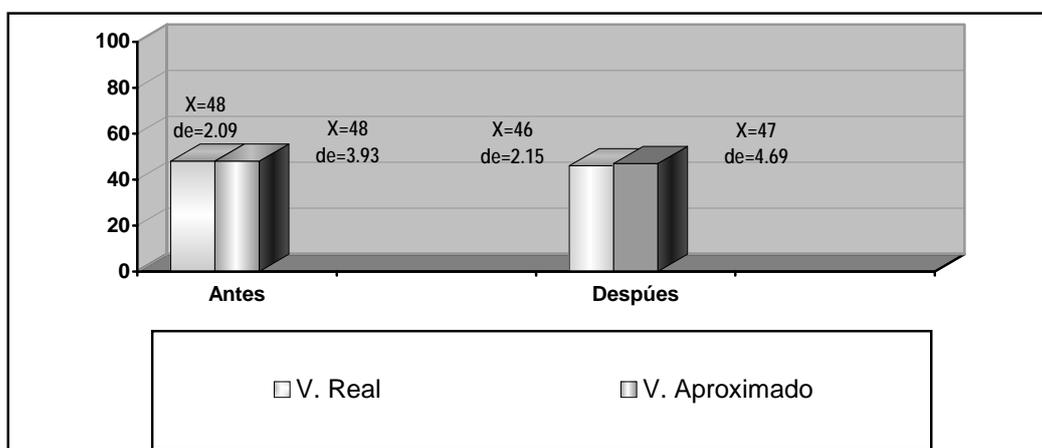


Tabla 16 Diferencias entre medias pre-test, post-test del volumen real y aproximado en las cuatro sesiones del programa de realidad virtual

VALORES	t		gl	sig.
	“Diferencias entre el volumen real y aproximado – Realidad virtual “	PRE –TEST	-2.438	19
	POST – TEST	-1.653	19	.116

CAPITULO 9

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de la presente investigación consistió en explorar los efectos de un programa de prevención primaria en el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), basado en dos estrategias de orden preventivo frecuentemente utilizadas en materia de trastornos alimentarios, esta intervención preventiva se sustentó a partir de la integración de escenarios virtuales y el Entrenamiento en Habilidades Sociales; así mismo se pretendió generar una reducción en aquellos factores de riesgo asociados con imagen corporal.

La intervención se puso en práctica en una muestra de (N=20) adolescentes con una edad promedio de 14.6 años, esto adquiere relevancia, ya que algunos autores afirman que este estadio del desarrollo constituye un factor que vulnerabiliza al individuo y advierte el desarrollo de este tipo de patologías las cuales han incrementado su incidencia en edades cada vez más tempranas (Álvarez, López, Mancilla, Mercado y Román, 1999; Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Existe una vasta evidencia empírica que correlaciona la falta de habilidades sociales con la presencia de patologías de orden alimentario, ya que constituyen de forma anecdótica características importantes en aquellas pacientes que los han desarrollado (Gismero, 1996; Gismero, 2001; Flament, Godart, Jeammet y Perdereau, 2003; Bizouard, Corcos, Curt, Flament, Godart, Halfon, Jeammet, Lang, Loas, Perdereau y Venisse, 2004). Este déficit en las conductas socialmente habilidosas no sólo se constituye como características de dichos trastornos, de igual forma pueden representar condiciones incidentes en su aparición, ya que algunas investigaciones han encontrado una correlación entre conductas anómalas del comer, insatisfacción con la imagen corporal y déficit en las habilidades sociales (Ríos y Osorio, 2001; Brownell, Friedman y Hayaki, 2002), lo que conduce a la necesidad de generar factores de protección, que produzcan un impacto en las condiciones que inciden de manera negativa en la salud de esta población, las cuales se han señalado anteriormente. Por su parte la presente investigación como ya se ha mencionado ofrece esta alternativa.

De esta forma, los resultados obtenidos después de la intervención, y analizados con pruebas t de student, muestran diferencias estadísticamente significativas en relación con la variable insatisfacción con la imagen corporal, en las mediciones pre-test -post-test; tanto en el instrumento de lápiz y papel, como en la evaluación pos-test de realidad virtual. Específicamente se produjo una reducción en la insatisfacción de la imagen corporal de las adolescentes que participaron en la intervención. Este hallazgo cobra relativa importancia ya que la insatisfacción con la imagen corporal de acuerdo con Toro (2004), representa probablemente el principal factor que antecede el deseo de adelgazar y la iniciación de conductas para lograrlo, lo que a su vez puede determinar el inicio de un TCA. Cabe señalar que la imagen corporal es un aspecto que adquiere gran relevancia en el desarrollo psicológico e interpersonal de las adolescentes y probablemente constituye el componente más importante de su autoestima global (Levine & Smolack, 2004) y de acuerdo con Gómez Péresmitré (2001), el encontrarse insatisfecho con la propia imagen corporal constituye un factor de

inadaptación social que influye en la autoestima y que puede conducir al aislamiento social, a conductas anómalas del comer y algunas prácticas compensatorias.

Otro de los hallazgos importantes que se desprenden de este estudio fue con respecto a la variable deseo de una figura ideal, los resultados arrojan diferencias estadísticamente significativas en relación a las mediciones pre-test-post-test. Cabe señalar que uno de los criterios de inclusión fue la elección de la figura 1 (emaciada) y 2 (delgada) como su figura ideal a pesar de que todas ellas tenían un IMC menor a 27, con el fin de generar un mayor control en la investigación y detectar aquellas adolescentes en riesgo, ya que cómo lo señalan Stice y Shaw (2004), entre uno de los moderadores de los efectos en una intervención en prevención de TCA, se encuentra el estatus de riesgo de los participantes, ya que se sugiere que los programas dirigidos a participantes con alto riesgo resultan con mayor eficacia, otro de los moderadores señalados por estos mismos autores que resulta interesante mencionar, es que dentro de la delimitación de las muestras se debe considerar el sexo, ya que en las mujeres la incidencia es mayor. Así también las patologías alimentarias emergen con mayor probabilidad entre los 15 y 19 años.

Se observó una disminución estadísticamente significativa en la elección de la figura 1 y 2, después de la intervención. Esto representa un acierto en la reducción de otro de los factores de riesgo frecuentemente encontrado en la literatura de investigación, ya que cómo lo expone Kearney-Cooke (2004), el predominio de los estándares culturales de belleza poco realista, en conjunto con procesos como la internalización, la identificación y la proyección de éstos, conducen al desarrollo de un esquema corporal negativo, cuando éste se ha establecido afecta los sentimientos, pensamientos, conductas y percepciones del cuerpo, este esquema corporal negativo tiene una función importante en el mantenimiento de los trastornos de la imagen corporal. Tiggeman (2004), afirma que la comparación social, la internalización del ideal delgado y la preocupación por la apariencia están relacionados con la insatisfacción corporal y los TCA, estas afirmaciones se encuentran estrechamente ligadas a los estudios realizados por Gómez Pérez-Mitré (1998), quien encontró que entre los principales factores de riesgo asociados con la imagen corporal sobresale el deseo una figura ideal delgada.

Estos resultados contribuyen a incrementar las evidencias empíricas que existen acerca de los programas preventivos en TCA, que han demostrado eficacia en la reducción de factores de riesgo que conducen al desarrollo de estas patologías (Baranosky y Hetherington, 2001; Carter, Drinkwater, Fairburn, Hainworth, Stewart y 2001; Davis, Mc Vey, Tweed y Shaw, 2004) y permiten notar la importancia que adquiere la prevención en el ámbito de la salud. Resulta importante considerar que no sólo en los países en desarrollo se encuentran presentes los desórdenes alimentarios, en nuestro país existe un gran número de estudios que demuestran que los factores de riesgo se presentan también en nuestra población en diversos rangos de edad (Gómez Péresmitré, Saucedo y Unikel, 2001; Gómez Peresmitré y Unikel, 1999; Gómez Pérez-Mitré, 1997; León, Gómez Peresmitré, Pineda y Platas, 2002; León, Gómez-Peresmitré, Pineda y Platas, 2000; Gómez Pérez-Mitré, 1998). Sin embargo también se han propuesto y se han puesto en marcha programas de intervención cuyo principal objetivo es

la prevención de factores de riesgo y que también han mostrado eficacia en la reducción de los mismos (González, 2006; Pineda, 2006; Rodríguez, 2006 entre otros).

Por otra parte, en el presente estudio no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable de actitud negativa hacia la obesidad, esto probablemente puede atribuirse a que la actitud negativa hacia la obesidad es un factor de riesgo con mayor arraigo en el individuo, ya que éste se encuentra presente desde edades muy tempranas: Gómez Pérez-Mitré (2001), encontró que el 63% de una muestra de 232 participantes de ambos sexos de entre 6 y 9 años de edad calificaban con adjetivos negativos la obesidad; estos resultados concuerdan con lo expuesto por Badillo (2004), quien también reportó que niños de escuelas pre-primarias públicas demuestran una actitud negativa hacia la obesidad. Cabe señalar que en la mayoría de los reactivos que componen esta variable se encontró un tamaño del efecto medio a grande, lo cual puede dar indicios de una tendencia a encontrar diferencias estadísticamente significativas si la muestra fuese mayor.

Otra variable de estudio que no resultó estadísticamente significativa fue la de alteración de la imagen corporal, tanto en la evaluación del instrumento de lápiz y papel como en la de realidad virtual. Cabe mencionar que en la medición pre-test de lápiz y papel, la mayoría de las participantes no presentaron alteración de la imagen corporal pero hubo un aumento de 5% en la medición post-test con respecto a la sobreestimación, lo que no sucedió en la evaluación post-test de realidad virtual. Aunque ésta no resultó significativa muestra una ligera tendencia hacia la mejoría. La falta de resultados significativos no es atribuible al tamaño de la muestra, ya que el tamaño del efecto resultó pequeño para esta variable. Se puede rescatar de estos resultados que el programa de realidad virtual no tuvo un efecto adverso en esta variable.

Así mismo, el programa de realidad virtual cómo ya se ha señalado anteriormente tuvo efectos estadísticamente significativos en la variable de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, tanto en la evaluación con el instrumento de lápiz y papel, como en el pre-test post-test, con el programa computarizado de realidad virtual. En dónde se vuelven a encontrar diferencias estadísticamente significativas para esta variable, es decir se presentó una disminución en la insatisfacción de la imagen corporal de las participantes y de esta forma puede resaltarse la eficacia del programa de intervención. Éstos resultados confirman otros que se han realizado en países como Italia y España, aunque estos estudios no han combinado la técnica de realidad virtual con el EHS, han mostrado gran eficacia (Riva, 1997; Baños Botella y Perpiña, 1999; Bacchetta, Baruffi, Molinari, Rinaldi y Vincelli, 2000; Baños, Botella y Perpiña, 2003).

Otro hallazgo relacionado con el programa computarizado de realidad virtual y que resulta importante mencionar es el efecto que ejerce en las usuarias después de haber interactuado en el ambiente virtual (medición pos-test): modelaron una figura con mayor parecido a la figura que el programa (volumen aproximado del apartado *cómo me percibo*) construye con las medidas reales de la usuaria (volumen real), esto puede interpretarse como una tendencia a mejorar el autoconocimiento corporal, lo que se asemeja con algunas de las ventajas que Baños, Botella y Perpiña (2002), señalan del uso de la técnica de la realidad virtual: permite apresar algo tan subjetivo como lo es una imagen mental, permite plasmar, modelar y “corporizar” la imagen corporal, por tanto permite “comunicarlo” y hacer que la persona se enfrente cara a cara con su representación mental; facilita y permite mostrar

aspectos centrales de la IC como son los aspectos “perceptivos”, cognoscitivos, emocionales y conductuales ofrecidos en un contexto significativo.

Con respecto a los resultados obtenidos en el grupo de variables referentes a las habilidades sociales (habilidad para expresar sentimientos y emociones, habilidad para dar negativas y habilidad para defender derechos), sólo se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable “habilidad para dar negativas”, ninguna de las otras variables presentó una mejoría. Se recurrió al tamaño del efecto para saber si estos resultados se debieron al tamaño de la muestra y si existirían mejoras estadísticamente significativas si se aplicara el programa en una muestra de mayor tamaño; sólo la variable habilidad para defender derechos presentó un tamaño del efecto moderado. Es necesario mencionar que estos resultados pueden atribuirse a la corta duración del Entrenamiento en Habilidades Sociales. Uno de los pioneros en los programas de EHS, propone que para que tengan eficacia estos programas deben administrarse en mínimo 10 sesiones en un período de 8 a 12 semanas (Caballo, 1995).

Es preciso señalar que aunque sólo se hayan observado diferencias estadísticamente significativas en la variable “habilidad para dar negativas”, resulta interesante mencionar que la intervención promovió en la población respuestas más exactas y reales. Si consideramos, que las mujeres adolescentes están preocupadas por la apariencia de su cuerpo, por parecer atractivas a los chicos y están interesadas en conocer como se desarrollan las demás chicas, la constante comparación social conduce a evaluaciones negativas de sí mismas sobre aspectos físicos (Seiffge-Krenke, 1998), entonces las habilidades sociales resultan de gran utilidad para las participantes, los resultados nos indican que el aumento significativo su habilidad para dar negativas ayuda principalmente a no ceder ante presiones, hacer cosas que no les agraden o con las que no estén de acuerdo y en general a definir sus propios puntos de vista.

Aunque no se produjeron mejoras estadísticamente significativas en las demás variables del grupo de habilidades sociales, no pueden desdeñarse los efectos que se produjeron en las variables asociadas con imagen corporal, de esta forma puede concluirse con respecto al presente estudio que el uso conjunto de la técnica de Realidad Virtual (RV) y el entrenamiento en habilidades sociales (EHS) constituyen una estrategia preventiva eficaz que incide en la reducción de factores de riesgo asociados con la imagen corporal, específicamente en la insatisfacción con imagen corporal y deseo de una figura ideal. Cabe señalar que la estrategia que comparten ambas técnicas de intervención (RV y EHS) en la presente investigación, es la reestructuración cognoscitiva, la cual permite conducir al individuo a la transformación y control de aquellas distorsiones cognoscitivas que no poseen una evidencia empírica y que se manifiestan en errores de interpretación de la realidad y generan respuestas emocionales y conductuales disfuncionales.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006) indica que la edad en la que se presentan más problemas de salud es entre los 16 y 19 años de edad, por lo que los programas de prevención se deben enfocar al inicio y primeros años de la adolescencia, antes de que ya se manifiesten problemáticas como el tabaquismo, alcoholismo, conductas alimentarias de riesgo e incluso conducta suicida. En relación a los TCA, los datos señalan un mayor porcentaje de conductas de riesgo en las mujeres. De

acuerdo con lo anterior la presente investigación en torno a la prevención de factores de riesgo asociados a los TCA, representa gran relevancia a nivel de salud pública.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, es necesario sugerir para futuras investigaciones lo siguiente:

- ◆ Realizar estudios con muestras de mayor tamaño en aquellas variables que presente un tamaño del efecto de medio a grande y se sugiere realizar estudios con diferentes grupos de edades.
- ◆ Utilización de un grupo control y un grupo experimental para que exista un mayor control de variables y pueda tener mayor sustento empírico el uso en conjunto de la RV y el EHS.
- ◆ Llevar a cabo un seguimiento de la investigación con diferentes intervalos de tiempo para saber si se mantienen los efectos del programa.
- ◆ Realizar modificaciones que permitan actualizar las gráficas de los espacios virtuales así, como la utilización de sesiones donde exista mayor interacción entre las usuarias y el programa de realidad virtual, ya que es una herramienta que puede ofrecer un sin número de posibilidades en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento se refiere.
- ◆ Incrementar las sesiones de EHS para que se presenten mejoras estadísticamente significativas en las variables que se refieren específicamente a esta área.
- ◆ Realizar estudios comparativos entre hombres y mujeres adolescentes.
- ◆ Realizar estudios en pacientes diagnosticados con TCA y así delimitar la eficacia del programa a nivel de prevención secundaria.
- ◆ De acuerdo con lo encontrado en la literatura y los resultados arrojados en el presente estudio, resulta importante sugerir la difusión y extensión de estrategias preventivas en los y las adolescentes; así mismo es necesario que se permita la generación de espacios donde puedan proporcionarse herramientas que permitan una mejor calidad de vida en la población y de esta forma promover la labor del psicólogo en el área de la salud; Lo que también resulta importante destacar es que existe la probabilidad de prevenir las disfunciones físicas y psicológicas y se preserve el estado de salud de nuestra población ya que esto se traduce en un menor gasto de recursos a largo plazo y una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, C. R. (1999). *Obesidad y autoestima*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Álvarez, B. J. (2004). *Los jóvenes y sus hábitos de salud. Una investigación psicológica e intervención educativa*. México: Trillas.
- American Psychology Association. (2002) Breviario del Manual de Diagnóstico Estadístico DSM-IV-TR Barcelon, España: Masson.
- American Psychology Association. (2004) Manual de Diagnóstico Estadístico DSM-IV-TR España: Masson.
- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Austin, B. (2000) Prevention research in eating disorders: theory and new directions Cambridge University Press, 30(6), 1249-1262
- Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Vincelli, F y Molinari, E (2000).Virtual reality-based experimental cognitive treatment of obesity and binge eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 20-97
- Badillo, T. M. (2004) *Relación entre satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de madres e hijos*. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología: UNAM.
- Baños, R., Botella, C. y Perpiña, C. (2000). *Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de la Realidad Virtual*. Valencia, España: Promolibro.
- Baranowski, M. y Hetherington, M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 119-124
- Behar, A.R., Manzo, G.R. y Dunny, C. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*. 134, 312-319.
- Bowers, W.A. (2002). Cognitive therapy for anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9(3), 247-253.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992) *Psicología del cuerpo*. Barcelona, España: Herder.
- Burdea, G. y Coiffet, P. (1996). *Tecnologías de la realidad virtual*. Barcelona, España: Paidós.

Caballo, V. E (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid, España: Siglo veintiuno.

Caballo, V. E (1995). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid, España: Siglo veintiuno.

Caparros, N. y San Feliú, I. (1997). *La anorexia, una locura del cuerpo*. Madrid, España: Biblioteca Nueva

Cash, T. y Strachan, M (2004). Cognitive-Behavioral Aproches to Changing Body Image En T.Cash. y T. Pruzinsky (Ed). *Body image. A hand book of theory research and clinical practice*. (478- 485). New York: Guilford.

Chinchilla, A. M. (2003).*Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona, España: Masson.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia, un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Barcelona, España: Gedisa

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adoptado de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997, Yakarta, República de Indonesia.

Demo, H.D. (2001). Self- Esteem of children and Adolescents. En J.T Owenns,, S. Striker, y N. Goodman, (Ed.). *Extending Self – Esteem: Theory and Research* (pp. 135- 156) Cambridge University Press.

Dingemans, A.E., Bruna, M.J. y Van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity*. 26(3), 299-307.

Dulanto, G. E. (2000). Alimentación. En G:E. Dulanto (Ed). *El Adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Dulanto, G.E. (2000). La adolescencia como etapa existencial. En G. E. Dulanto (Comp). *El Adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Dulanto, G.E. (2000). Bulimia. En Dulanto, G.E. *El Adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Enciclopedia de Pedagogía y Psicología. (1998). *Pubertad y Adolescencia*. Biblioteca Práctica para Padres y Educadores. Cultural: Madrid. España. 4. p.13

Enguix, S.C. y Madero, B.Q. (1995). *Anorexia nerviosa. Manifestaciones psicopatológicas fundamentales*. España: EUNSA.

Erickson, E. (1968). *Identity: youth crisis*. Queen Square, Londres: Faber &Faber Limited.

Fernández, M.L. y Sole, J. (2003). Protocolo de las sesiones de terapia interpersonal aplicada a un grupo de familiares de pacientes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 67-78.

Freud, A. (1969.). La adolescencia en cuanto perturbación del desarrollo. *El desarrollo del adolescente* En. G. Caplan y S. Lebovici. (Ed.) Argentina: Paidós.

Freud, A. (1976). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Freud, S. (1985). *Ensayos sobre sexualidad*. L. Ballesteros y de Torres (traductor). Madrid, España: Sarpe.

Frías, A. y Palomino, P (2002). *Promoción de la Salud en Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona, España: Masson.

Fuentes C. J., Hurtado, M. M, González, V.A, Escartí, N y García, E. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En R. J. Sáiz. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 61-73) Barcelona, España: Masson.

Fusté-Escolano, A. (2004). Comportamiento en Salud. En L. Orbitas (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 23-54). México: Thompson.

García-Camba, E. (2002). *Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad*. Barcelona, España: Masson.

García, E. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en el momento actual. En R. Sáiz, J. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 3-26). Barcelona, España: Masson.

García- Vera, M., Sanz, J. y Gil, F. (1998). Entrenamientos en Habilidades Sociales. En F. Gil y J. León (Ed). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. (pp. 63-73) Madrid, España: Síntesis.

Gesell, A. (1959). *El adolescente de 10 a 16 años*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Gismero, G. E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia*. Madrid, España: Comillas, Universidad Pontificia.

Gismero, G. E. (2001). Evaluación del autoconcepto, satisfacción con la imagen corporal y habilidades sociales en la anorexia y la bulimia nerviosas, *Clínica y Salud*, 12(3), 289-304.

Godart, N. T., Flament, M.F., Perdereau, F. y Jeammet, P. (2003). Social disability in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *L'Encephale.*, 29(2), 149-156.

Godart, N., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P. y Flament, M. F.(2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders*, 9(4) 249-257.

Gómez, Pérez-Mitré G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.

Gómez, Pérez-Mitré G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (1), 31-40.

Gómez, Peresmitré G. y Ávila, A, E. (1998). ¿Los preadolescentes mexicanos hacen dieta con propósito de control de peso? *Revista Iberoamericana* 6 (2), 37-46.

Gómez, Peresmitré, G. y Ávila, A, E. (1997). Cómo medir factores de riesgo asociados con imagen corporal: insatisfacción y distorsión. Facultad de Psicología. División de Estudios de Posgrado.

Gómez-Pérez Mitré, G., Platas, A, S. y Pineda, G, G. (1997). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. *La Psicología Social en México*, 7, 660-667.

Gómez, Pérez-Mitré G., (1998). Desordenes del comer: La imagen corporal en México. *La Psicología Social en México*, 7, 277-282.

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*. 16(1), 159-165.

Gómez, Peresmitré, G. y Unikel, S, C. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7 (3)417-429.

Gómez, Peresmitré G. y Unikel, S, C. (1999). Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria: grupo normal, con alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, (1), 141-151.

Gómez, Peresmitré G., Mora, R. J. y Unikel, S. C. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología*, 3 (1) 11-29.

Gómez, Peresmitré, G., León, H, R., Pineda, G, G., y Platas, A, S, (2002). Alteración de la imagen corporal, autoatribución relacionada con la edad de la primera menstruación. *La Psicología Social en México*, 9, 115-121.

Gómez, Peresmitré G., León, H, R., Pineda, G, G. y Platas, A, S., (2000). Alteración de la imagen corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. *La Psicología Social en México*, 9, 122-127.

Gómez, Peresmitré, G., (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria; teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. División de Investigaciones de Estudios Profesionales, Facultad de Psicología, UNAM.

Gómez, Péresmitré, G; Saucedo Molina, T. y Unikel Santocini, C; (2001). *Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el Campo de la Salud*. En N. Calleja y G. Gómez Péresmitré (Ed). *Psicología Social: Investigación y aplicaciones en México*. México: FCE

Gómez, Pérez-Mitré, (1995). Proyecto de investigación una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desordenes del comer para la promoción de la salud. En Prensa.

Gómez Peresmitré, G., Pineda, G, G., L'Esperance, L, P., Hernández, A, A., Platas, A, S., León, H, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos, *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (2), 125-132.

Gómez, Peresmitré, G; García, C.; Acosta, M.V.; Pineda, G.; Llopis, J.; García, J. Y Archilla, I. (2002). Percepción de la relación materna y autoatribución como factores de riesgo en trastornos alimentarios, un estudio transcultural México/ España. *Metodología de las ciencias del comportamiento*. (1). 232-236.

Gómez, Peresmitré G. y Acosta-García M. (2003) Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud* 3 (1), 9-21.

Gómez, Peresmitré. (2004). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo*. Ponencia 1er Congreso Hispano Lationamericano de trastornos de la conducta alimentaria. México, D.F.

Gómez, Peresmitré G., Hernández-Alcántara A. (2004) Factores de Riesgo Asociados con Conducta Alimentaria en Mujeres Nadadoras. *Revista Mexicana de Psicología*. 21(1), 29-36.

Gómez, P. (2003). Lo que nunca te han contado sobre la anorexia nerviosa. Valencia, España: Tilde

González, S. M. (2006). *Piloteo de un programa de prevención en trastornos de la conducta alimentaria basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología: UNAM.

Groesz, L., Levine, M. y Murner S (2002) The effect of experimental presentation of thin media images on body dissatisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders* 31:1 1-16.

Grogan, S. (1999) *Body Image. Understanding body dissatisfaction in men women and children*. Gran Bretaña: Routledge.

Haaga, D. y Davidson, G. (1984). Cognitive change methods. En F. Kanfer & P. Goldstein. *Helping People Change* (Ed). (248-304). Nueva York: Pergamon.

Hayaki, J., Friedman, M. A. y Brownell, K. D. (2002). Emotional expressions and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 57-62

Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente Competentes*. Proyecto de Investigación: Intervención Preventiva. UNAM PAPIIT IN306296. Facultad de Psicología.

Hidalgo, C., C. y Abarca, M., N. (1999). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Chile: Alfaomega.

Huon, G. y Walton, C. (2000) Initiation of dieting among adolescents females. *International Journal of eating disorders* 28: 226-230, 2000

INSALUD (2006). Trastornos de comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Recuperado el 13 junio 2006 de: <http://es.salut.conecta.it/pdf/TCA.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT): México. Recuperado el 13 septiembre 2006 de: <http://www.insp.mx/ensanut/cuestionarios/adolescentes.pdf>

Jackson, L, (2004). Physical attractiveness, a sociocultural perspective. En T. Cash y T. Pruzinsky. (Eds) *Body image: a hand book of theory research and clinical practice*. (pp. 13-21). Nueva York: Guilford.

Kearney-Cooke, A. (2004). Familial Influences on Body Images En T. Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body image. a hand book of theory research and clinical practice*. (pp. 99-108) Nueva York: Guilford.

Kelly, J. A. (2000). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao, España: Desclée de Brower.

Kimell, C. D. y Weiner, B.I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona, España.: Ariel.

Kirszman, D. y Salgueiro M. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid, España: TEA.

Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Biblioteca de Psicología. Bilbao, España: Descleé de Brower.

Labiano, M. (2004). Introducción a la psicología de la salud. En L. Orbitas (Ed) *Psicología de la salud y calidad de vida*. (pp. 3-19.) . México: Thompson.

Lavin, M. y Cash, T. (2001). Effects of exposure to information about appearance stereotyping and discrimination on women's body image. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 51-58.

Leadelle, P., Sapia, J., Nathanson, D., & Nelson L. (2000). An Empirically Supported Eating Disorder Prevention Program. *Psychology in the Schools*, 37 (5) 443-452.

León, R. J. y Medina, A. S. (1998) Aproximación conceptual a las habilidades sociales. En F. Gil y J. León (Eds.) *Habilidades sociales: Teoría, investigación e intervención*. (pp. 13-23) Madrid: Síntesis.

Levine, M. y Smolak, L. (2004). Body image development in adolescence. En T.Cash y T. Pruzinsky (Eds.) *Body image. a hand book of theory research and clinical practice*. (pp. 74-82) New York: Guilford.

López, y Fías, A. (2002). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona, España: Masson.

Luca de Tena, C., Rodríguez, R. y Sureda, I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria. ¿Cómo puedo favorecer las habilidades de mis alumnos?* Malaga, España: Aljibe.

Machado, P.P., Goncalves, S., Machado, B.C., Santos, L. & Santos, R. (2002). Cognitive – Behavioral Treatment in a group of patients with compulsive eating disorder: an exploratory study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1(2), 307-316.

Macias, G. y Valadez, T. (2000). *Ser adolescente*. México: Trillas.

Mancilla, D J; Mercado, G. L; Manríquez, R. E; Álvarez R. L; López, A. X. y Román, F. M; (1999). *Factores de Riesgos en los Trastornos Alimentarios*. Proyecto de Investigación en Nutrición. UNAM, Campus Iztacala.

Mancilla, J.M., Gómez – Peresmitré, G., Álvarez, R., Paredes, K., Vázquez, A., López A. X. y Acosta, G. V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En Mancilla, J.M. y Gómez Pérez – Mitre, G. (Comp.) *Trastornos Alimentarios en*

Hispanoamérica (pp. 123-171). México. Manual Moderno: UNAM. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Massey-Stokes, Marilyn (2001). Communication, expressing feelings, and creative problem solving. en S. Robert-McComb, J Jacalyn (Ed). Eating disorders in women and children: Prevention, stress management, and treatment. (pp. 291-315). US: CRC Press.

McVey, G. y Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96-108.

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

Moniz, J. (1988). *Terapia epistemológica y constructivismo*. En M. Mahoney y A. Freeman. Cognición y psicoterapia. (pp. 180-183) Barcelona, España: Paidós.

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

Navid, J., Rathus, S. y Rubenstein, H. (1998). *Health in the new millennium*. Nueva York: Worth Publisher:

O'Connor, C. L. (2002). Body image disturbance in relation to self-perceptions of physical attractiveness, social competence, and need for approval in college women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(10-B), 47-98.

Olazo, G.J. (2003). *El diccionario de psicología y sexología*. México: Siena Editores.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Glosario "Promoción de la Salud"*, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2004) Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento: CIE – 10. Madrid, España: Médica Panamericana.

Ottawa Charter for Health Promotion, Genova, 1986.

Papalia, D.E. y Wendkos, O. S. (2002). *Desarrollo Humano*. 10ª edición. México: Mc Graw Hill.

Perpiña, 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 D. Kirszman y M. Salgueiro (Eds) *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. (313-325). Madrid, España: TEA.

Perpiña, C., Botella, C y Baños, R. (2003). Virtual reality on eating disorders. *European Eating Disorders Review* 11(3), 261-278

Perpiña, C., Marco, J.H., Botella, C. y Baños, R. (2005). Tratamiento de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante tratamiento cognitivo-conductual apoyado con realidad virtual: Resultados al año de seguimiento. *Psicología Conductual. Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*. 12(3), 519-537.

Peterson, C.B., Mitchell, J.E., Engbloom, S., Nuget, S., Pederson, M.M., Crow, S.J. y Thuras, P. (2001). Self – help versus therapist – led group cognitive – behavioral treatment of binge eating disorder at follow – up. *International Journal of Eating Disorders*. 30(4), 363-374.

Pineda, P. S. y Aliño, S. M. (2000). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. La Habana, Cuba Ministerio de Salud Pública.

Pineda, G. G. (2006) *Estrategias preventivas de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria*. Tesis de doctorado inédita. Facultad de Psicología: UNAM.

Raich, R. (2000) *Imagen corporal: aprender y valorar el propio cuerpo*. Madrid, España: Pirámide.

Raich, R.M., Mora, M. Marroquin, H. (2000). Tratamiento cognitivo – conductual en Trastornos de la Conducta Alimentaria: una experiencia grupal. *Psicología Contemporánea*. 7(1), 48-55.

Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Madrid, España: Espasa- Calpe.

Reymond-Rivier, B. (1986). *El desarrollo social del niño y del adolescente*. Barcelona, España: Herder.

Reynoso, E. L. y Seligson, N I. (2006). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. En M. Ramos (Ed). México: Manual Moderno.

Rice, P. F. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid, España: Prentice Hall.

Ríos, S. M. y Osorio, G, M. (2001). Influencia del modelo estético corporal y déficit de habilidades sociales: Un riesgo para la salud en adolescentes mexicanos. *Psicología Conductual. Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 9(2), 391-403.

Riva, G. (1997). The virtual environment for body image modification (VEBIM): development and preliminary evaluation. & *Virtual Environments*, 6 (1), 106-1186.

Riva, G. y Melis, L. (1997). Virtual reality for the treatment of body image disturbances. *Studies on Health psychology and informatics*, 44, 95-111

Riva, G., Bachetta, M., Cesa, G., Conti, S., Moilnari, E.(2004).The use of virtual reality in the treatment of eating disorders. *Studies. Health technology and Informatics.* 99, 63-121.

Roales-Nieto, G. (1998). *Manual de psicología de la salud.* Vol 1 Aproximación histórica y conceptual. España: Némesis.

Robinson, P y Serfaty, M. (2003). Computers, e-mail and therapy in eating disorders. *European Eating Disorders Review.* 11(3), 210-221.

Rodríguez de E., R. (2003). *Afrontamiento al Estrés y Factores de Riesgo Asociados con la Conducta Alimentaria.* Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología: UNAM.

Rodríguez, M. J. (1995) *Psicología social de la salud.* Madrid, España: Síntesis.

Rodríguez-Salgado, C. (1999). *Prevención en Trastornos del Comportamiento Alimentario,* Trabajo presentado en la mesa redonda “Prevención en Trastornos del Comportamiento Alimentario. XV Congreso de Psiquiatría, Un Mar del Plata, Argentina.

Rodríguez, M. A. (2006). Estudio piloto de dos programas de prevención en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de adolescentes. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología: UNAM.

Rosnow, R. y Rosenthal, R. (1993). *Beginning behavior research. A conceptual primer.* Nueva York: Mc millan Publishing company.

Roth, U. (1986) *Habilidades Sociales.* México: Trillas.

Ruhl, U. y Jacobi, C. (2005). Cognitive – behavioral psychoterapy for adolescents with eating disorders. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatre.* 54(4), 286-302.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). *Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health.* In *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, Oxford, Reino Unido: Social Sciences & Humanities.

San Martín, H (1992). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Salud y enfermedad.* México: Ediciones científicas la Prensa mexicana.

Santrock, J. W. (2004) *Psicología del desarrollo en la Adolescencia.* Madrid, España: Mc Graw Hill.

Sarafino, E. (2002). *Health psychology, biopsychosocial interactions.* Nueva York:Wiley.

Silber, T.J. (2000). Anorexia nerviosa. En G. E. Dulanto. *El Adolescente.* (pp 127-134) México: Mc Graw Hill Interamericana.

Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health: A developmental perspective*. Nueva Jersey: Larence Erlbaum Associates, publishers.

Sileo, E. (2000). Riesgo nutricional. En. Dulanto, G.E. (Ed) *El Adolescente*. México. Mc Graw Hill Interamericana.

Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G. y Taormina, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41(161) 55-74.

Stewart, D., Carter, J., Drinkwater, J., Hainsworth, J y Fairburn, C. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29,:107-118

Stewart, T.M., Williamson y Donald, A. (2003). Body Positive: A new treatment for persistent body image disturbances in partially recovered eating disorders. *Journal of Clinical Case Studies*. 2(2), 154-166.

Stice, E.y Shaw, H. (2004). Eating disorder prevention programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 130_(2). 206-227

Striegel-Moore y Steiner-Adair (2000). Prevención Primaria de los Trastornos Alimentarios: Nuevas Consideraciones con una Perspectiva Feminista. En W. Vandereycken y G. Noordenbos (Ed). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. España: Granica.

Sypeck, F. M., Gray, J. J. y Ahrens, H. (2004). No longer just a pretty face: Fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *International Journal of Eating Disorders* 36: 342-347.

Tantleff-Dunn, S., y Gokee, J. (2004). Interpersonal influences on body image Development En T. Cash y T. Pruzinsky. (Ed). *Body image. a hand book of theory research and clinical practice*. (pp.108-115) Nueva York: Guilford.

Takahashi, M y Kosaka, K. (2003). Efficacy of open-system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(3) 295-302.

Tiggemann, M. (2004). Media influences on body image development En T. Cash. y T. Pruzinsky (Ed). *Body image. a hand book of theory research and clinical practice*. (pp.91-98) Nueva York: Guilford

Torío, J, y García, M. (2002). Causalidad y estrategias de prevención. En A. Frías (Ed.) *Salud Pública y Educación para la Salud*. (pp. 203-217). Barcelona, España: Masson.

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel.

- Toro, J. (2004). *Riesgo y Causas de la Anorexia Nervosa*. Barcelona, España: Ariel.
- Trower, P. (1995). Adult social skills: State of the art and future directions. En W. O'Donohue y L. Kasner (Eds.) *Handbook of psychological skills training: Clinical techniques and applications*. (pp. 54-79) Nueva York: Allyn and Bacon.
- Unikel, S.C., Aguilar, V.J., y Gómez- Peresmitré, G. (2005). *Predictors of eating behaviors in a sample of mexican women*. Eating Weight Disorders. Studies on anorexia, bulimia and obesity, 10, 393-39.
- Valiente, E. (2000). Anorexia y Bulimia: El corsé de la autodisciplina. En M. Margulis, (ed.). *La juventud es más que una palabra*. (pp. 69-83).Argentina: Biblos.
- Vygotsky, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Wilkinson, J. (1983). *Social skills training manual*. Massachusett: John Wiley & Sons
- Wolman, B. B. (2002). *Diccionario de ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.

ANEXO 1

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

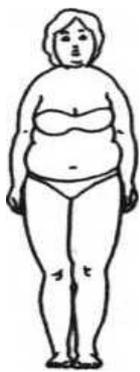
Psiquiátrico.....A) SI B) NO

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

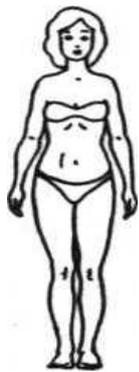
¿Porqué? _____

SECCIÓN C

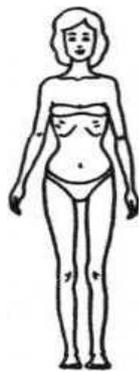
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



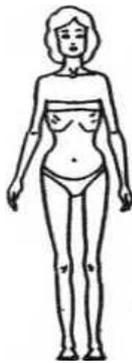
(1)



(2)



(3)



(4)



(5)



(6)



(7)



(8)



(9)

SECCIÓN D

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	A	B	C	D

total				
-------	--	--	--	--

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 amigas.	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) Bajé 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**).

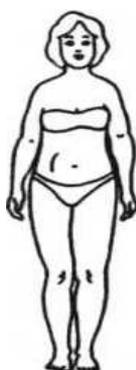
7.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:

- 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

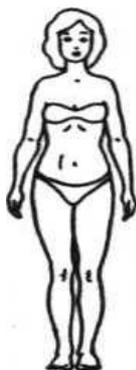
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(1)



(2)



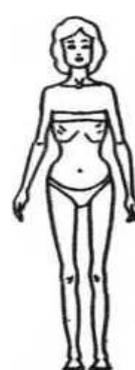
(3)



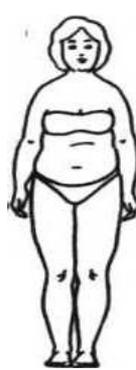
(4)



(5)



(6)



(7)



(8)



(9)

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

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	frec
18. Ser perdedora y ser gorda es lo mismo.	A	B	C	
19. Para triunfar en el amor hay que tener un cuerpo delgado.	A	B	C	

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

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	Frecuentemente	frecuentemente
1. En reuniones sociales en las que conozco a pocas personas	A	B	C	
2. Cuando soy el centro de la atención social	A	B	C	
3. Cuando estoy con gente atractiva de mi mismo sexo	A	B	C	
4. Cuando estoy con gente atractiva de sexo opuesto	A	B	C	
5. Cuando alguien mira aquellas partes de mi cuerpo que no me gustan	A	B	C	

6. Cuando alguien me hace un cumplido sobre mi apariencia	A	B	C	
7. Cuando pienso que alguien me ha ignorado o rechazado	A	B	C	
8. Cuando el tópico de la plática es la apariencia	A	B	C	
9. Cuando alguien hace un comentario desfavorable de mi apariencia	A	B	C	
10. Cuando se habla bien de la apariencia de otra persona y nadie dice nada sobre la mía.	A	B	C	
11. Cuando oigo que alguien critica la apariencia de otra persona	A	B	C	
12. Cuando estoy con personas que están hablando sobre el peso o dietas.	A	B	C	
13. Cuando veo gente atractiva en la TV o en revistas	A	B	C	
14. Cuando me estoy probando ropa en las tiendas	A	B	C	
15. Cuando tengo ropa entallada o ajustada	A	B	C	
16. Cuando mi ropa no se ajusta bien	A	B	C	

Nunca	Algunas veces	Frecuentemente
-------	---------------	----------------

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

ANEXO 2

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES PARA ADOLESCENTES

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

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

Nombre: _____ **Edad** _____

EJEMPLO:

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

Siempre **Casi Siempre** Casi nunca Nunca

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

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

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

12. Evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpida.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

17. Me guardo mis opiniones para mí misma.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

18. No me resulta fácil hacer un halago a alguien que me gusta.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

19. Soy incapaz de invitar a un chico a salir.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

20. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el cambio, regreso a pedir al cambio correcto.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

21. Cuando decido que no quiero volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

22. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

23. Aunque tenga motivos justificados me cuesta mucho expresar agresividad o enojo hacia personas del sexo opuesto.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

24. Soy incapaz de pedir descuento (regatear) cuando voy a comprar algo.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

25. Si una amiga/o a la que he prestado dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

26. Se me dificulta expresar mis sentimientos a los demás.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

27. Preferiría entregar un trabajo escrito a exponerlo en clase.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

28. Por lo general me es difícil pedir a un amigo que me haga un favor.

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

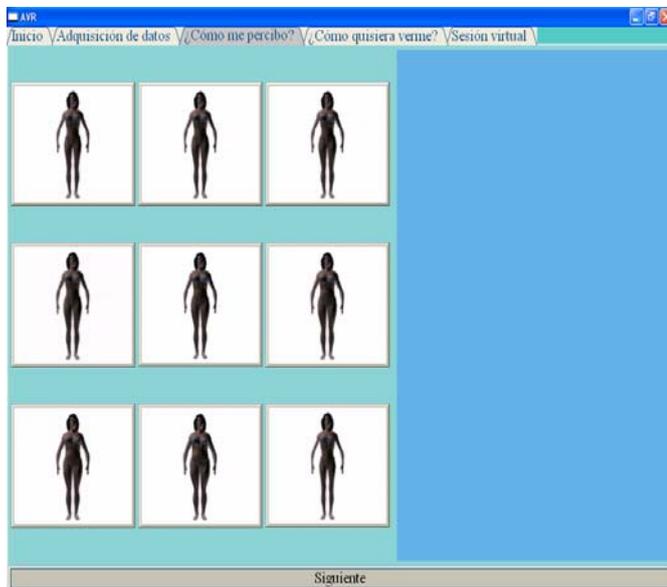
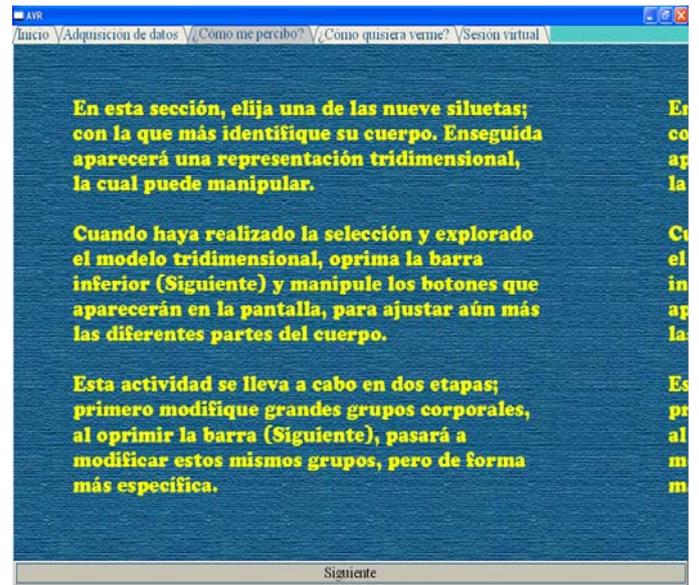
Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

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

Siempre Casi siempre Casi nunca Nunca

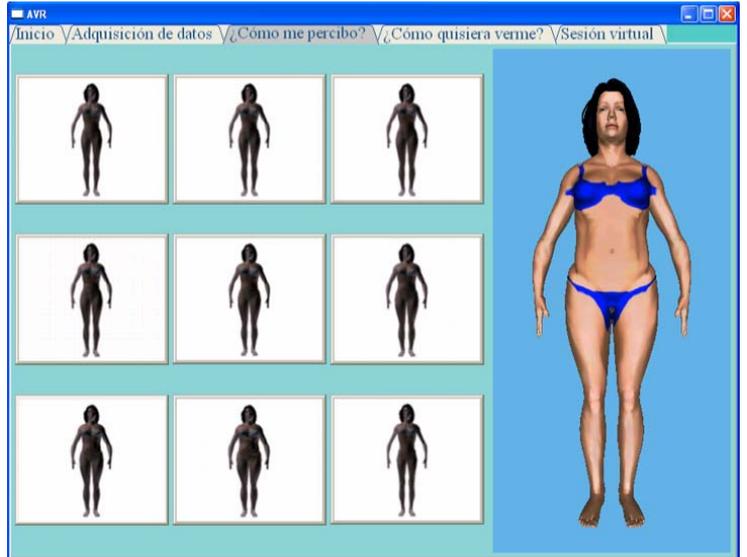
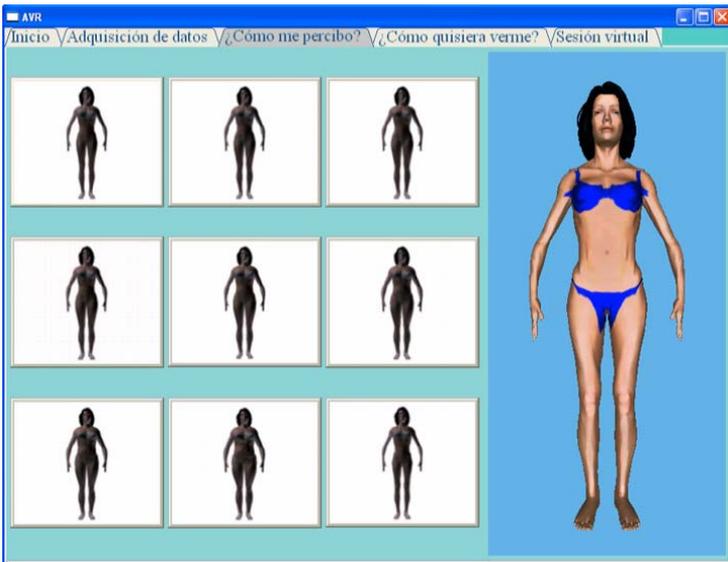
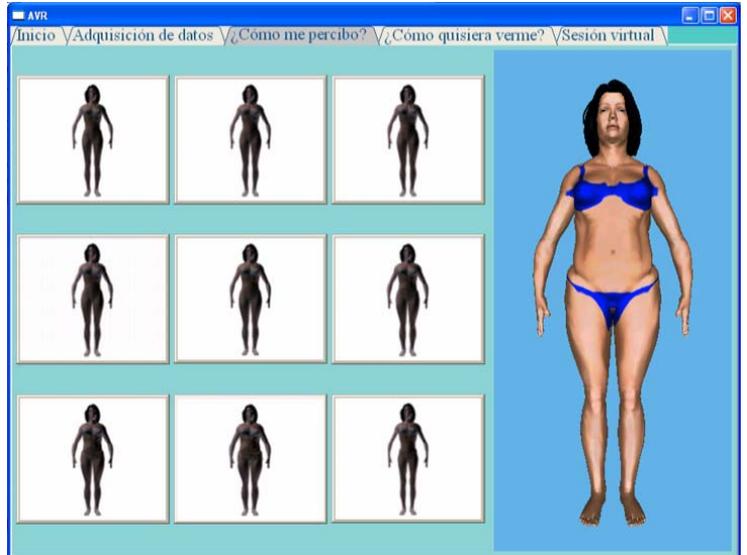
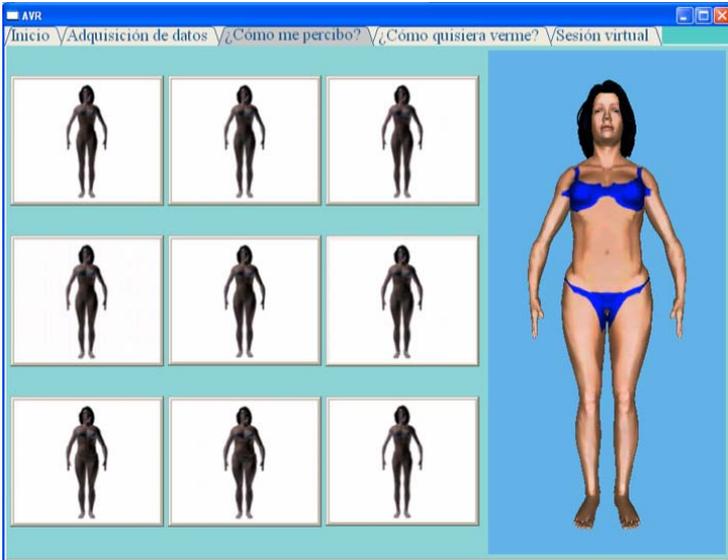
ANEXO 3

PROGRAMA DE REALIDAD VIRTUAL

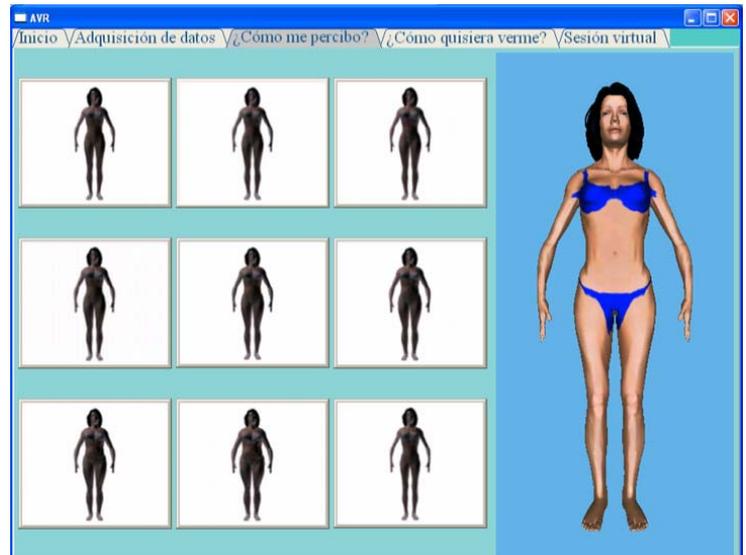
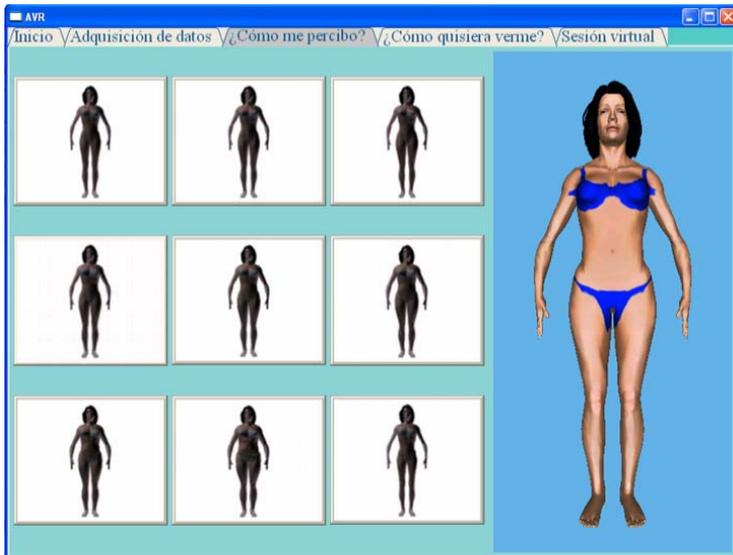
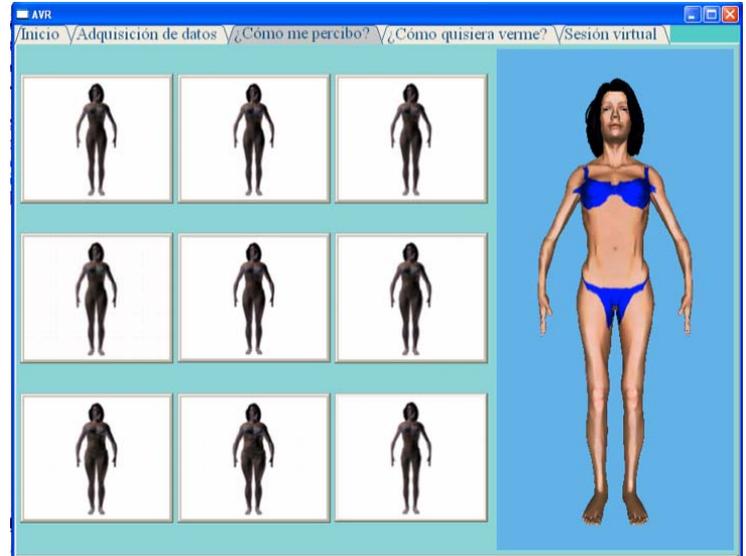
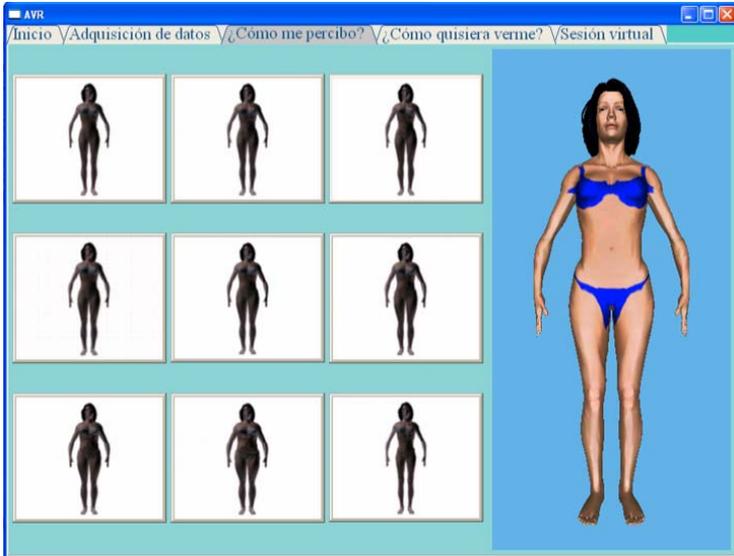


ID	998
Nombre	participante1
Edad	15 Años
Altura	158 Centímetros
Peso	55 Kilos
Busto	87 Centímetros
Cintura	68 Centímetros
Cadera	89 Centímetros

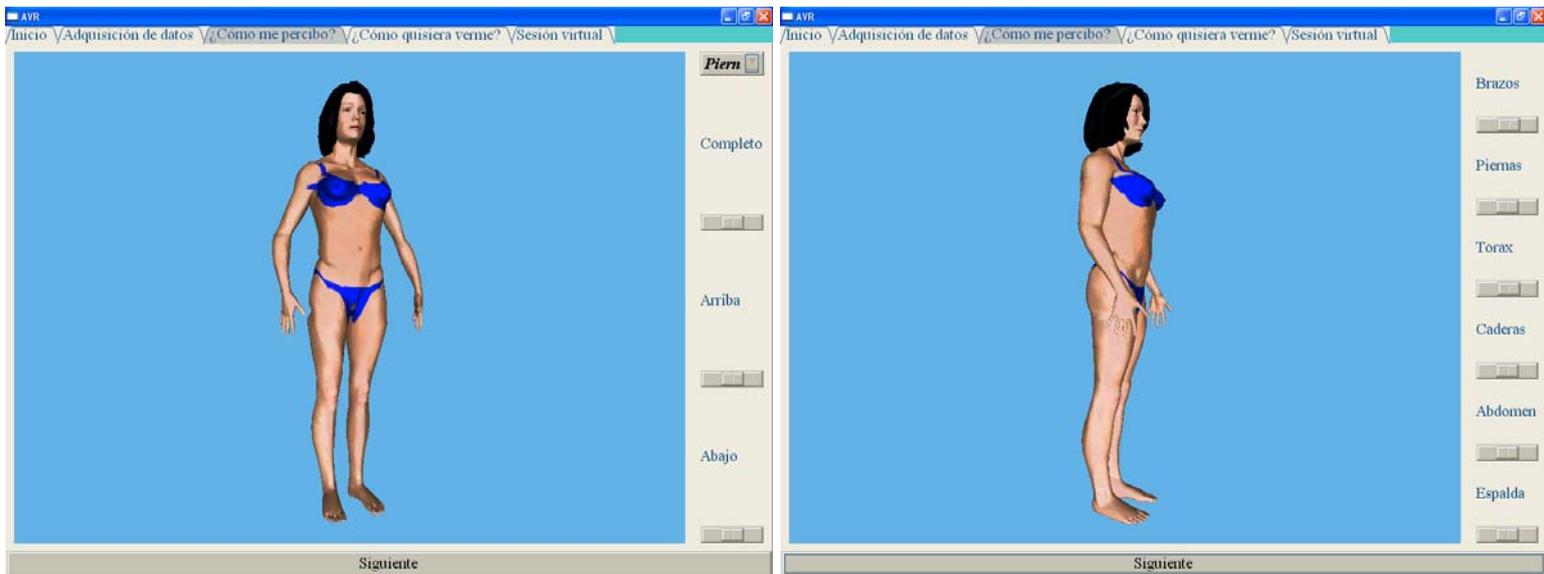
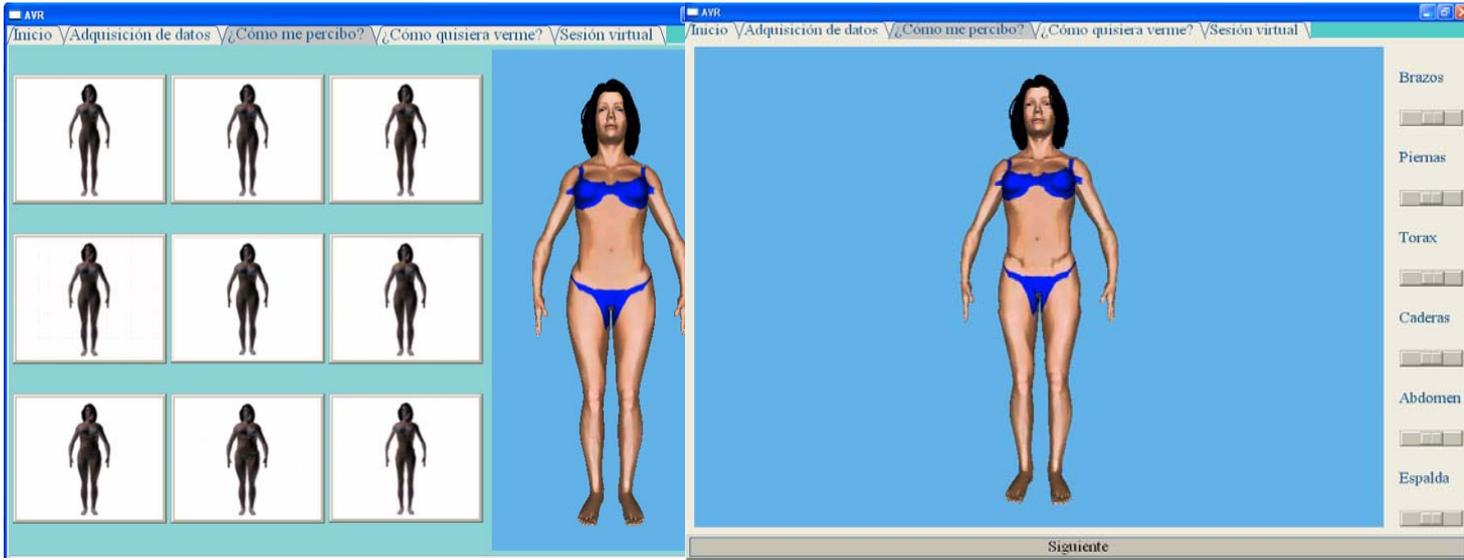
ANEXO 3



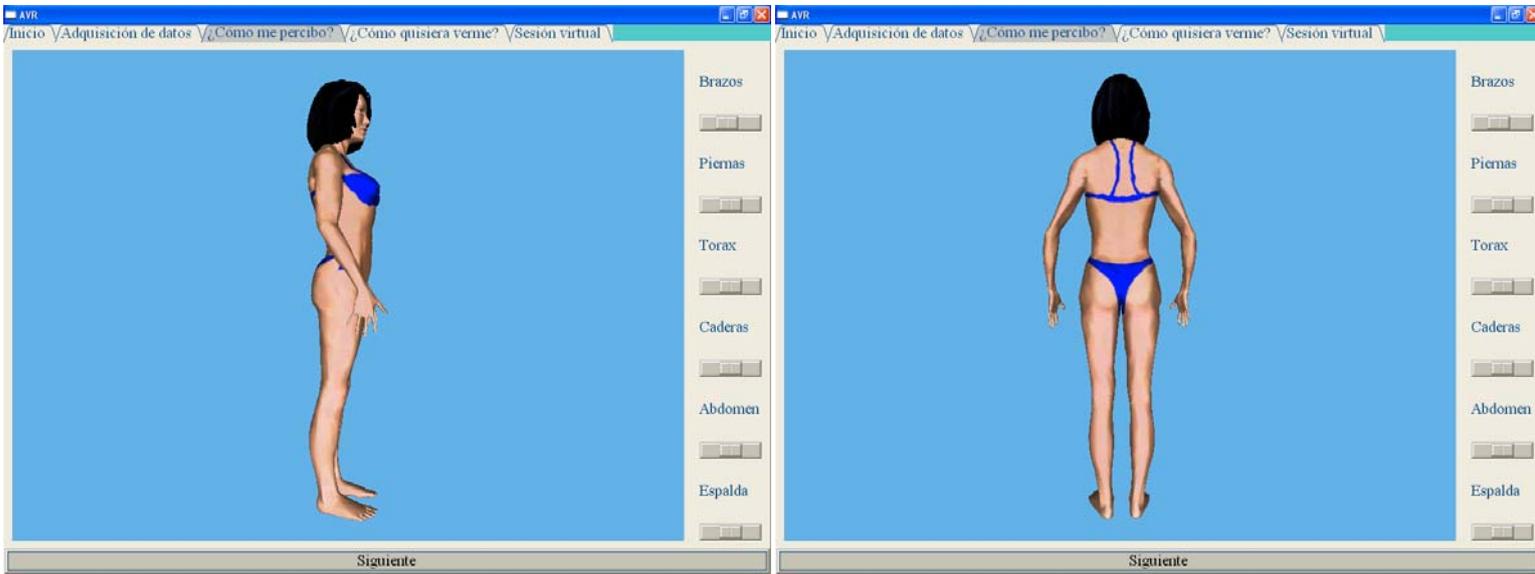
ANEXO 3



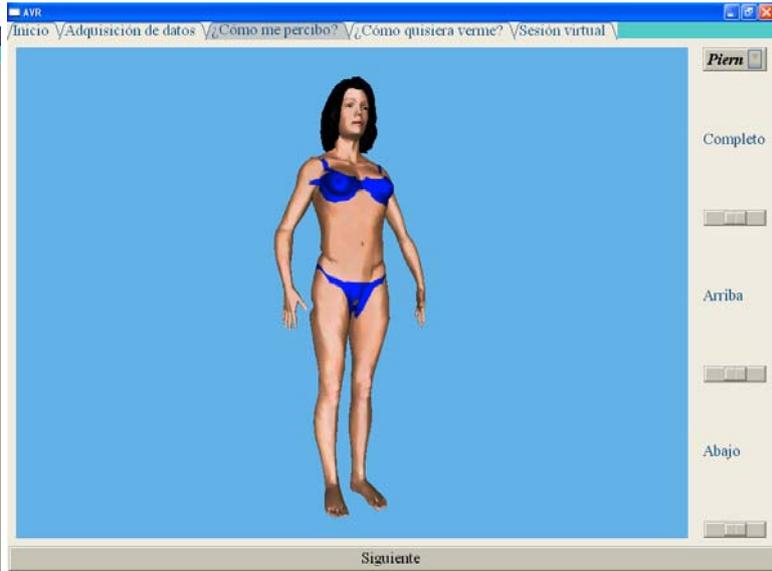
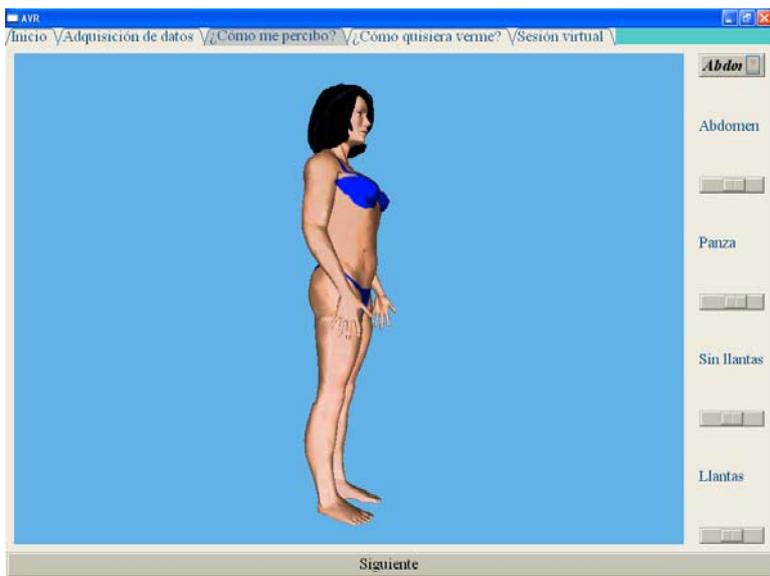
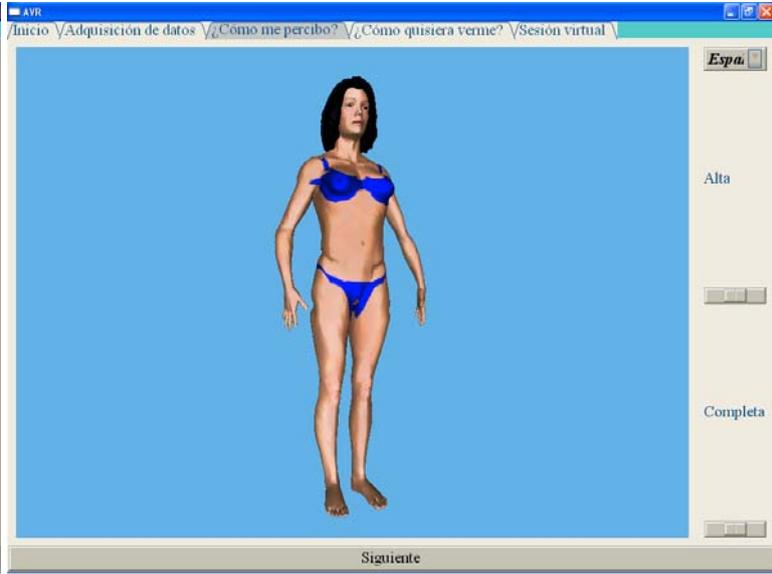
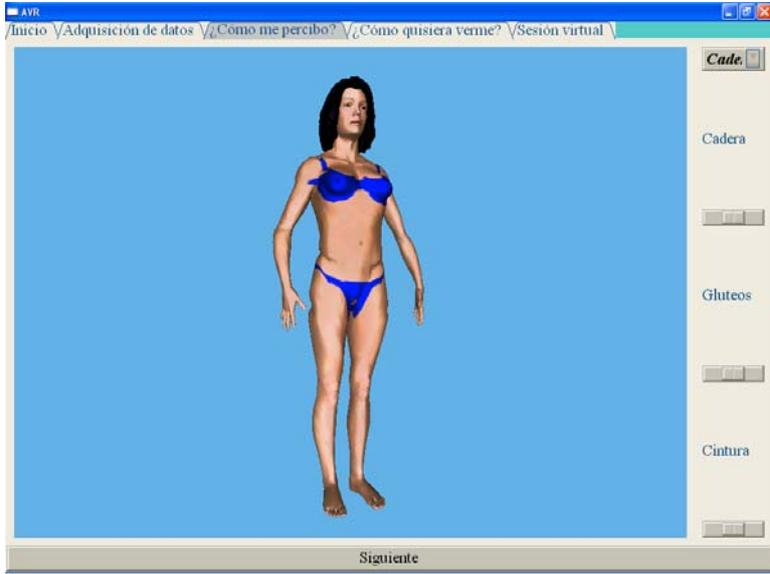
ANEXO 3



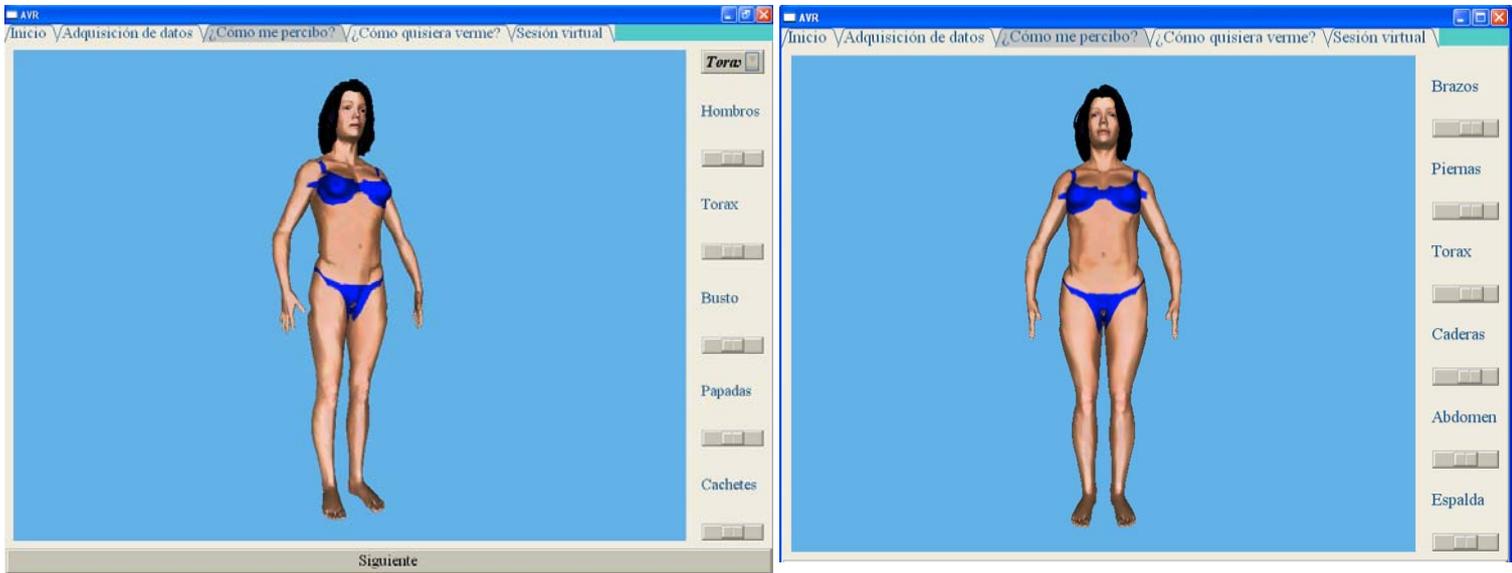
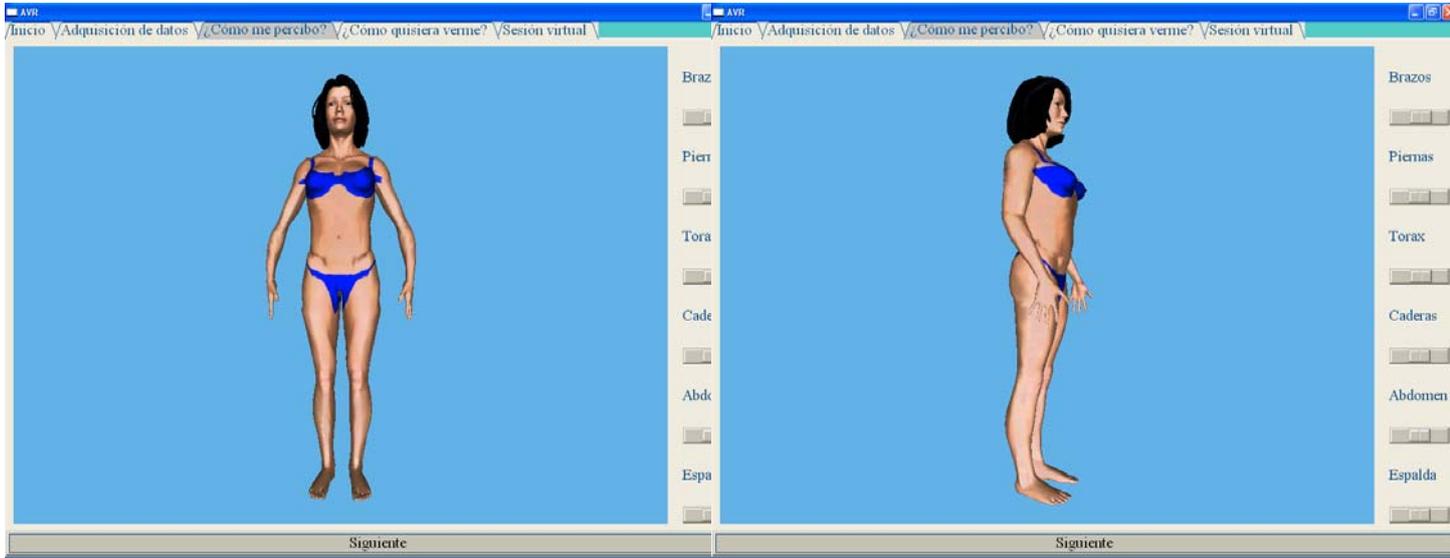
ANEXO 3



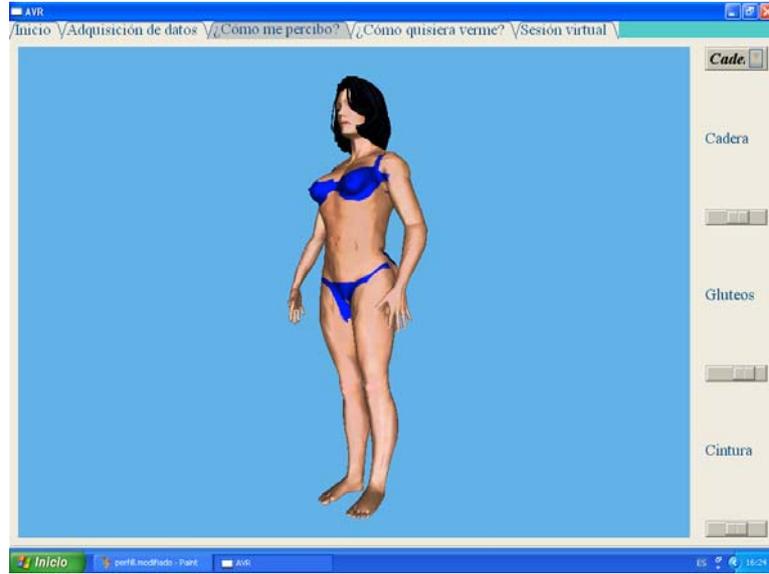
ANEXO 3



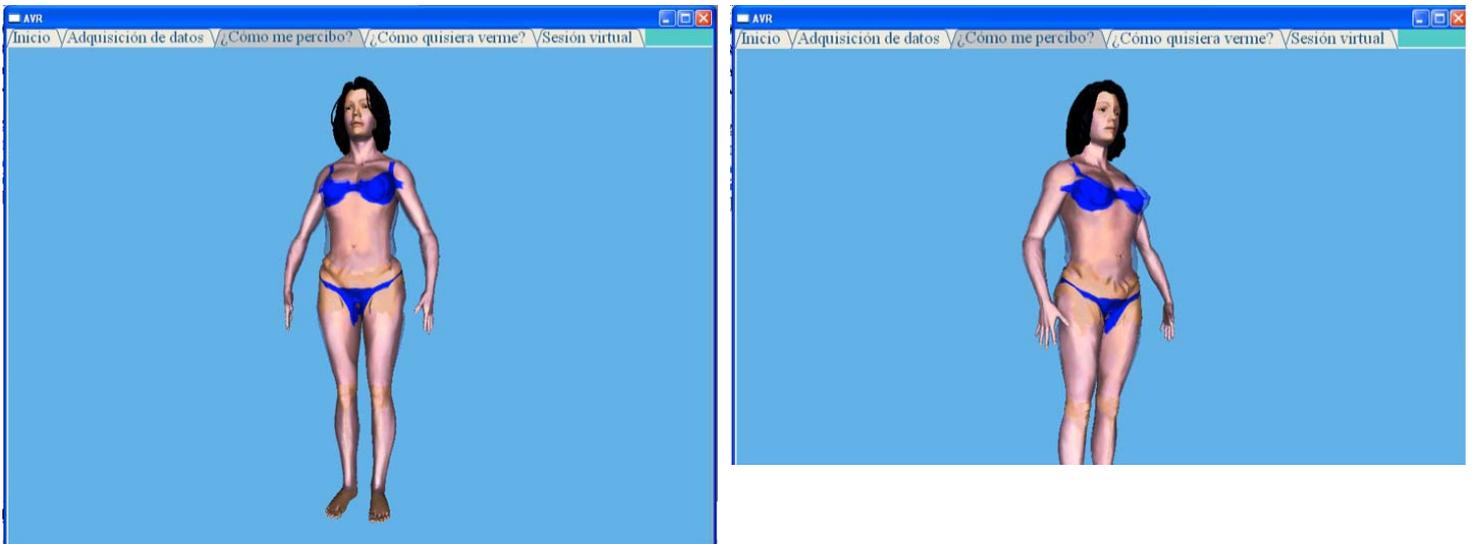
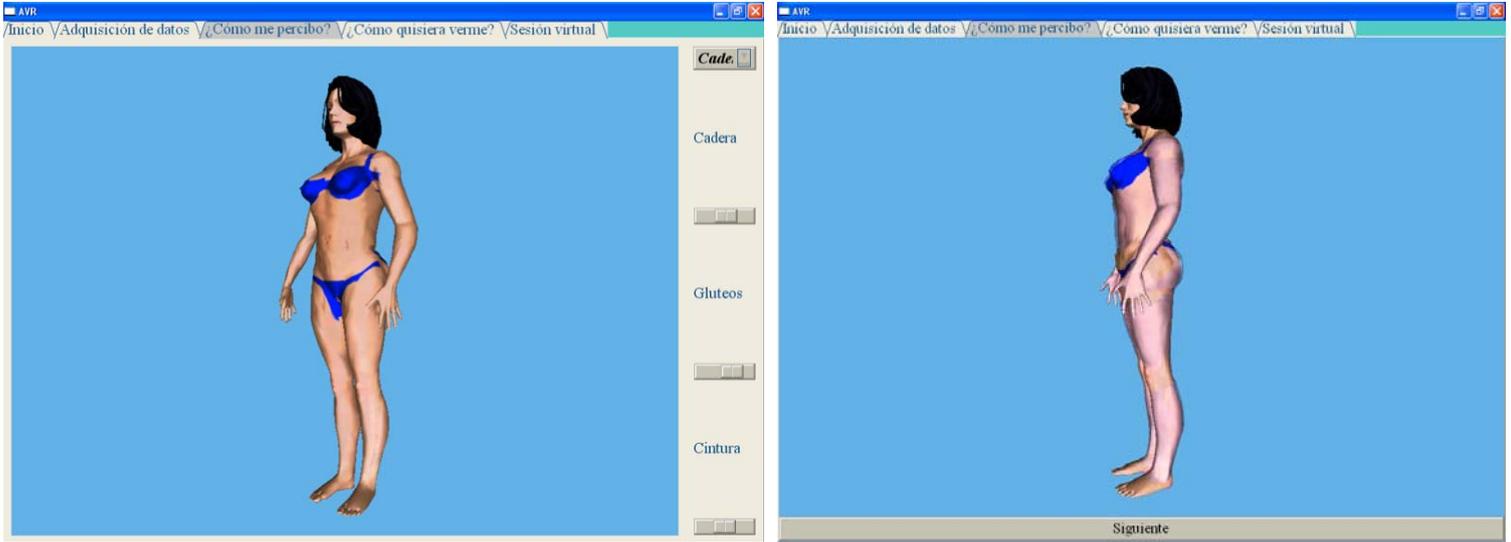
ANEXO 3



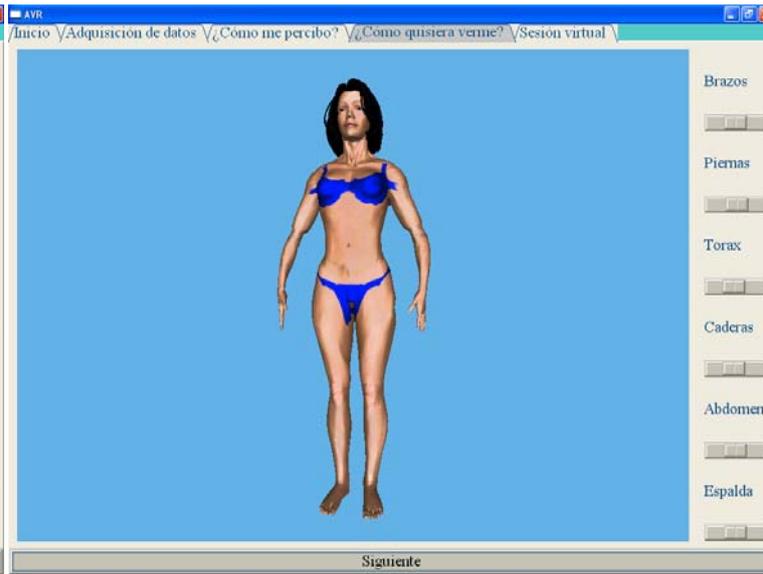
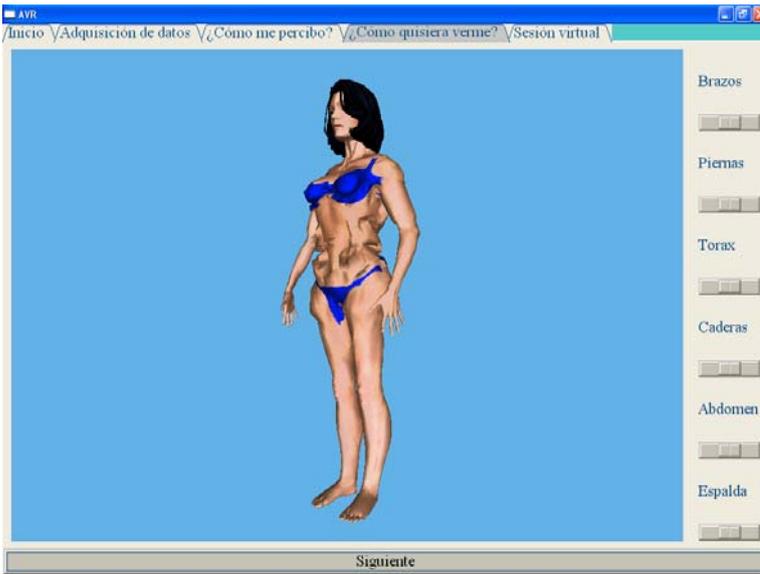
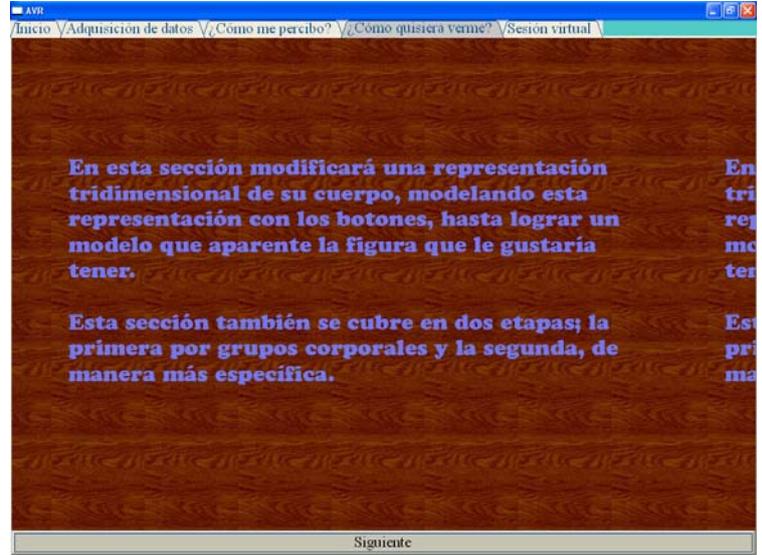
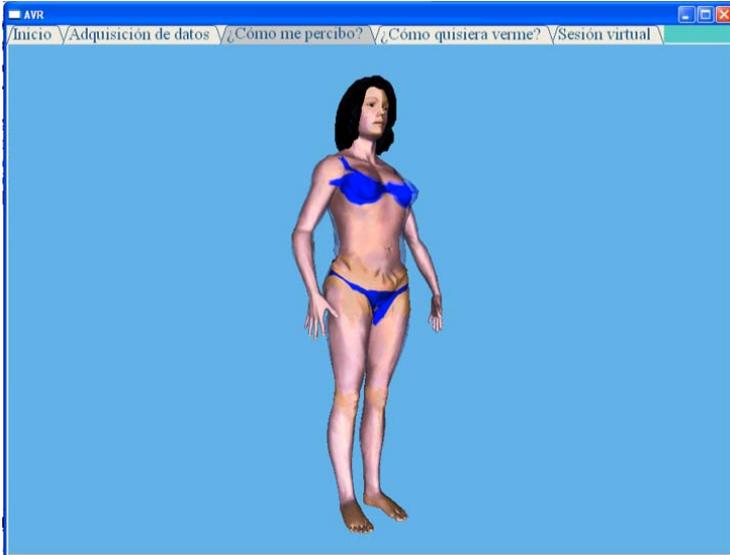
ANEXO 3



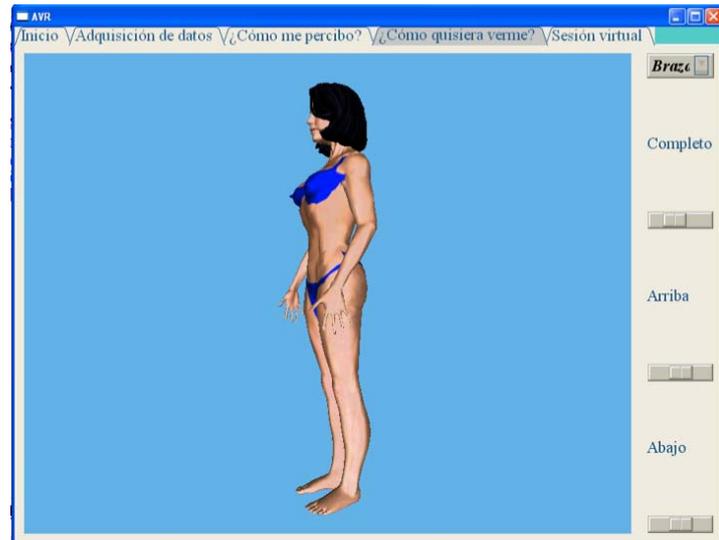
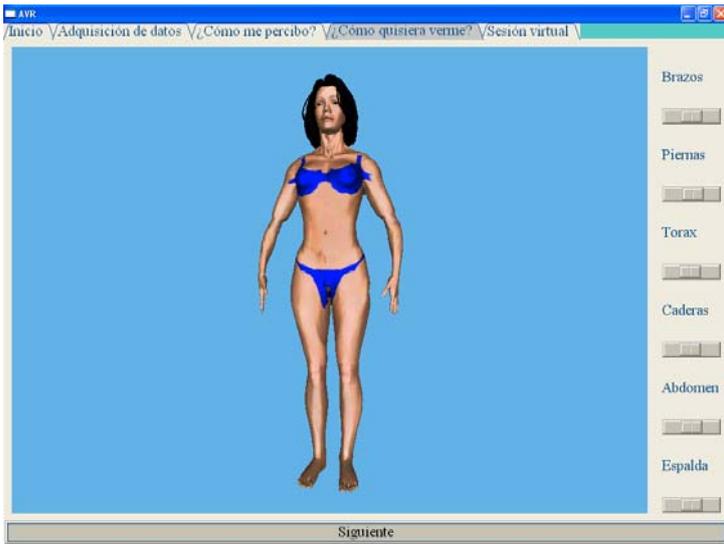
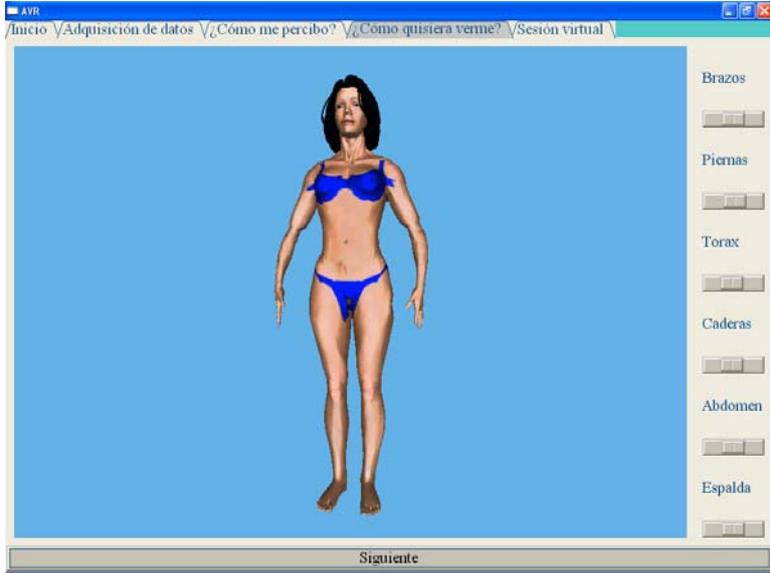
ANEXO 3



ANEXO 3



ANEXO 3



ANEXO 3



ANEXO 4

SESIÓN 1. INDUCCIÓN AL TALLER y HABILIDADES SOCIALES

Actividad	Objetivo	Duración	Material
1. Bienvenida (reglas)	✓ Inducción al taller	▪ 5 min.	
2. Presentación de participantes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Romper el hielo ✓ Generar confianza en las integrantes del grupo ✓ Practicar habilidad para hablar ante un grupo ✓ Identificar la voz negativa 	▪ 15 min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuadritos de cartulina ▪ Plumones y pegamento ▪ Lectura: la voz negativa
3. Voz crítica	✓ Identificar pensamientos negativos	▪ 10 min.	▪ Pliego de papel bond y plumones
4. Mantras	✓ Detener el flujo de los pensamientos negativos	▪ 15 min.	▪ Ejercicio mantras (copias)
5. Habilidades sociales	✓ Conocer el concepto de habilidades sociales y sus componentes no verbales y paralingüísticos	▪ 15 min.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotafolio con concepto y habilidades sociales principales ▪ Componentes (copias)
6. Ensayo y retroalimentación de hablar ante un grupo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Practicar los componentes de las habilidades sociales y hacer retroalimentación. ✓ Mejorar la habilidad para hablar ante un grupo 	▪ 15 min.	

TAREA: Evalúa el precio de la crítica

ANEXO 4

SESIÓN 2 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Actividad	Objetivo	Duración	Material
1. Repaso de la sesión anterior	✓ Recordar y afianzar el conocimiento adquirido en la sesión anterior	▪ 5 min.	
2. El espejo	✓ Identificar pensamientos y sentimientos negativos asociados con la imagen corporal	▪ 20 min.	▪ Pliego de papel bond y plumones
3. Reestructuración cognoscitiva	✓ Identificar y modificar pensamientos irracionales asociados con imagen corporal	▪ 20 min.	▪ Cuestionamiento TRE (copias)
4. Rol playing	✓ Ensayar situaciones problemáticas asociadas a imagen corporal	▪ 20 min.	

TAREA: Derechos contra Deberes, técnicas defensivas.

ANEXO 4

SESIÓN 3 ASERTIVIDAD Y ESTRATEGIAS DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Actividad	Objetivo	Duración	Material
1. Repaso sesión anterior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recordar y afianzar el conocimiento adquirido en la sesión anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 min. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
2. Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar el estilo del comportamiento de las participantes. ✓ Dar a conocer la opción asertiva como estrategia para mejorar las intervenciones y la calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 min. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pliego de papel bond y plumones
3. Afrontamiento a la crítica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las problemáticas asociadas al afrontamiento a la crítica y los estilos de respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 min. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionamiento TRE (copias)
4. Técnicas defensivas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poner en práctica las técnicas defensivas ✓ Mejorar la interacción a través del ensayo, el modelado y la retroalimentación. ✓ Mejorar la habilidad de afrontar las críticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 min. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪