



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA Y SALUD**

**PREVENCIÓN PRIMARIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS:
FORMACIÓN DE AUDIENCIAS CRÍTICAS Y PSICOEDUCACIÓN.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ROSALÍA RODRÍGUEZ DE ELÍAS

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTORA: DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ
COMITÉ: DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ MAQUEO
DR. JUAN MANUEL MANCILLA DÍAZ
DRA. CAROLA ISABEL EVANGELINA GARCÍA CALDERÓN
DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. CLAUDIA UNIKEL SANTONCINI

MÉXICO, D.F.

2008



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 Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré. Muchas gracias por todas sus enseñanzas y conocimientos compartidos a lo largo de todos estos años, y sobretodo por su apoyo. La experiencia de ser su alumna ha sido invaluable.

A mi Comité Tutorial: a la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo, al Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz, a la Dra. Carola García Calderón, al Dr. José de Jesús González Núñez, a la Dra. Claudia Unikel Santoncini y al Dr. Samuel Jurado Cárdenas, muchas gracias por todas sus observaciones, comentarios y apoyo, han contribuido de manera muy importante a la realización de este trabajo.

A la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado, el soporte que me brindaron a lo largo de las distintas etapas del doctorado, permitió que este proyecto de investigación lograra contribuir al conocimiento en este campo.

Al Dr. Eric Stice, por las observaciones que realizó a mi proyecto, y la oportunidad de aprender más acerca de la investigación en el área de los trastornos alimentarios.

A la Dra. Gisela Pineda García. Gracias Gis por toda la orientación que me proporcionaste en esta etapa, tanto en lo académico como en lo personal, gracias también por tu valiosa amistad.

A Silvia Platas y Rodrigo León. Fue vital su amistad, apoyo y compañía a lo largo de estos años.

A las psicólogas: Lourdes Rodríguez, Gabriela Correa, Maribel Vega, Adriana Rodríguez, Diana Cruz, Kassandra Vázquez, Joselyn Olvera, Laura Mercado, Rosario Peniche y a la Lic. en Nutrición Liliana Pinet, su valioso apoyo hizo posible la realización de este trabajo.

A las autoridades escolares que nos permitieron realizar esta investigación.

A las adolescentes que participaron con entusiasmo en este proyecto.

A los Comités de becas de CONACyT y DGEP, sin su apoyo no hubiera sido posible llevar a cabo esta investigación.

Finalmente, con especial y profundo agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma mater, por acogerme nuevamente en esta etapa de formación y especialización profesional, porque siempre conté con el apoyo para desarrollarme académica y personalmente.

DEDICATORIAS

*A mis guías y ejemplos:
Mis padres.*

*A mis amigos y confidentes a lo largo de la vida:
Mis hermanos.*

*A mis cómplices y compañeros de aventuras en el camino:
Mis amigos.*

Al Creador.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3

CAPÍTULO 1

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	8
1.1.1 Criterios diagnósticos.	
1.1.2 Modelos teóricos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.	
1.1.2.1 <i>Perspectiva dinámica.</i>	
1.1.2.2 <i>Teoría de sistemas.</i>	
1.1.2.3 <i>Teoría Sociocultural.</i>	
1.1.2.4 <i>Perspectiva biológica.</i>	
1.1.2.5 <i>Teoría cognitivo-conductual.</i>	
1.1.2.6 <i>Modelo de la influencia Tripartita.</i>	
1.1.2.7 <i>Modelo del camino doble.</i>	
1.1.2.8 <i>Modelo de las transiciones evolutivas.</i>	
1.1.3 Consecuencias de los trastornos alimentarios.	
1.2 FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA....	17
1.2.1 Definición de factor de riesgo.	
1.2.2 Factores de riesgo asociados con imagen corporal.	
1.2.3 Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.	

1.2.4 Factores de riesgo asociados con conductas compensatorias.	
1.2.5 Factores asociados con el desarrollo puberal/madurativo.	
1.2.6 Factores asociados con el funcionamiento psicológico general.	
1.2.7 Factores familiares.	
1.2.8 Factores asociados con la relación con los pares.	
1.2.9 Factores socioculturales.	
1.2.10 Factores de riesgo para los atracones o sobreingesta (binge eating).	
1.2.11 Factores de riesgo para la anorexia nervosa.	
1.2.12 Factores de riesgo para la bulimia nervosa.	
1.2.13 Factores de riesgo en la adolescencia.	
1.3 FACTORES DE PROTECCIÓN PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS	33

CAPÍTULO 2

PREVENCIÓN

2.1 PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD	36
2.1.1 Definición.	
2.1.2 Modelos de salud.	
2.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD	38
2.2.1 Métodos para la promoción de la salud.	
2.2.2 Promoción de la salud en las escuelas.	
2.2.3 Empoderamiento a favor de la salud.	
2.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	41
2.4 PREVENCIÓN	41
2.4.1 Niveles de prevención.	

2.5 PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....43
2.5.1 Importancia de la prevención de trastornos alimentarios
2.5.2 Antecedentes de prevención primaria de trastornos alimentarios

CAPÍTULO 3

INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES EN LA GÉNESIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: PUBLICIDAD TELEVISIVA

3.1 SOCIALIZACIÓN56
3.2 AGENTES SOCIALIZADORES57
3.2.1 La familia.
3.2.2 Los pares.
3.2.3 Medios de Comunicación.
3.2.3.1 La función social de la televisión.
3.3 PUBLICIDAD TELEVISIVA64
3.3.1 Definición de publicidad.
3.3.2 Publicidad y género.
3.3.3 Publicidad, imagen corporal y conducta alimentaria.
3.3.4 Publicidad y trastornos alimentarios.
3.3.5 Publicidad en la televisión.
3.4 LA PUBLICIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS68

CAPÍTULO 4

FORMACIÓN DE AUDIENCIAS CRÍTICAS HACIA LA PUBLICIDAD TELEVISIVA Y PSICOEDUCACIÓN

4.1 DEFINICIÓN DE AUDIENCIA	73
4.1.1 Actividad en el telespectador.	
4.1.2 Tipos de televisión.	
4.2 EFECTOS DE LOS CONTENIDOS MEDIÁTICOS	77
4.3 FORMACIÓN DE AUDIENCIAS CRÍTICAS	77
4.3.1 Definición.	
4.3.2 Estrategias.	
4.3.3 Medición de la recepción/actitud crítica hacia los medios.	
4.3.4 Prevención a través de la formación de audiencias críticas.	
4.3.5 El papel de la formación de audiencias críticas en la prevención de trastornos alimentarios.	
4.4 PSICOEDUCACIÓN	96
4.4.1 Definición.	
4.4.2 Utilidad.	
4.4.3 Psicoeducación, prevención y salud.	
4.4.4 El papel de la psicoeducación en la prevención de trastornos alimentarios.	

CAPÍTULO 5

ADOLESCENCIA

5.1 DEFINICIÓN	98
5.2 DESARROLLO FÍSICO	99
5.2.1 Factores hormonales.	
5.2.2 Cambios antropométricos.	
5.2.3 Caracteres sexuales.	

5.3 DESARROLLO COGNOSCITIVO EN LA ADOLESCENCIA	100
5.4 DESARROLLO PSICOSOCIAL	104
5.4.1 Desarrollo de la identidad.	
5.4.2 Relación con la familia.	
5.4.3 Relación con los pares.	
5.4.4 Relación de pareja y sexualidad.	
5.4.5 Desarrollo moral.	

MÉTODO Y RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL	115
Objetivos específicos.	

PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN	116
Problemas específicos.	

6.1 PRIMERA ETAPA

6.1.1 Estudio 1: Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Recepción Crítica	117
--	-----

- a) Objetivo específico.
- b) Diseño.
- c) Muestra.
- d) Instrumentos, aparatos y mediciones.
- e) Procedimiento.
- f) Resultados.
- g) Discusión.

6.1.2 Estudio 2: Consistencia interna y estructura factorial del CIMEC	127
a) Objetivo específico.	

- b) Diseño.
- c) Muestra.
- d) Instrumentos, aparatos y mediciones.
- e) Procedimiento.
- f) Resultados.
- g) Discusión.

6.1.3 Estudio 3: Primer estudio piloto. 137

- a) Objetivo específico.
- b) Definición de variables.
- c) Hipótesis de trabajo.
- d) Diseño.
- e) Consideraciones éticas.
- f) Muestra.
- g) Instrumentos, aparatos y mediciones.
- h) Escenario.
- i) Procedimiento.
- j) Resultados.
- k) Discusión.

6.1.4 Estudio 4: Segundo estudio piloto162

- a) Objetivo específico.
- b) Diseño.
- c) Muestra.
- d) Instrumentos, aparatos y mediciones.
- e) Escenario.
- f) Procedimiento.
- g) Resultados.
- h) Discusión.

6.2 SEGUNDA ETAPA.....179

- a) Objetivo.
- b) Muestra.

- c) Diseño.
- d) Instrumentos, aparatos y mediciones.
- e) Escenario.
- f) Procedimiento.
- g) Resultados.
- h) Discusión.

6.3 TERCERA ETAPA	236
-------------------------	-----

- a) Objetivo.
- b) Justificación.
- c) Propuesta.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES	241
---	------------

REFERENCIAS	249
--------------------------	------------

ANEXOS

A. EFRATA PARA MUJERES	273
B. DESCRIPCIÓN DE LAS TEMÁTICAS ABORDADAS EN LAS INTERVENCIONES: PRIMER ESTUDIO PILOTO	275
C. DESCRIPCIÓN DE LAS TEMÁTICAS ABORDADAS EN LOS PROGRAMAS: SEGUNDO ESTUDIO PILOTO Y ESTUDIO FINAL	276
D. CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA “AUDIENCIAS CRÍTICAS HACIA LA PUBLICIDAD TELEVISIVA”	277
E. CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA “PSICOEDUCATIVO”	280
F. INSTRUMENTOS	283

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Capítulo 5 Adolescencia		Página
<i>Tabla 5.1</i>	Secuencia normal de los cambios fisiológicos en la adolescencia.	101
<i>Tabla 5.2</i>	Relación de los estilos de educación infantil con los resultados del niño.	110
<i>Tabla 5.3</i>	Etapas del razonamiento moral del Kohlberg	113
Método y Resultados Primera Etapa		
Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Recepción Crítica		
<i>Tabla 6.1.1</i>	Valores de sesgo y curtosis para cada uno de los ítems de la Escala de Recepción Crítica.	121
<i>Tabla 6.1.1.2</i>	Factor 1. Gusto por la publicidad.	123
<i>Tabla 6.1.1.3</i>	Factor 2. Confianza en la publicidad.	124
<i>Tabla 6.1.1.4</i>	Factor 3. Interés por la publicidad.	124
<i>Tabla 6.1.1.5</i>	Factor 4. Lectura de mensajes en la publicidad.	124
Consistencia interna y estructura factorial del CIMEC		
<i>Tabla 6.1.2.1</i>	Sesgo y curtosis de los reactivos del CIMEC.	128- 131
<i>Tabla 6.1.2.2</i>	Factor 1. Malestar por la imagen corporal	132
<i>Tabla 6.1.2.3</i>	Factor 2. Influencia de la publicidad	133
<i>Tabla 6.1.2.4</i>	Factor 3. Influencia de los mensajes verbales.	133
<i>Tabla 6.1.2.5</i>	Factor 4. Influencia de las situaciones sociales.	134
<i>Tabla 6.1.2.6</i>	Factor 5. Influencia de los modelos sociales.	134
<i>Tabla 6.1.2.7</i>	Reactivos que no entraron en la Estructura Factorial del CIMEC.	132 135
Primer Estudio Piloto		
<i>Tabla 6.1.3.1</i>	Media y desviación estándar de la variable edad por condición.	142
<i>Tabla 6.1.3.2</i>	Ji-cuadrada para variables sociodemográficas para los tres grupos.	142

<i>Tabla 6.1.3.3</i> Distribución porcentual de la variable edad de la primera menstruación por condición.	144
<i>Tabla 6.1.3.4</i> Distribución porcentual de la variable edad de la primera dieta por grupo.	149
<i>Tabla 6.1.3.5</i> Distribución porcentual de la variable me preocupa llegar a estar gorda por condición.	150
<i>Tabla 6.1.3.6</i> Distribución porcentual de número de horas de consumo televisivo por grupo.	150
<i>Tabla 6.1.3.7</i> Distribución porcentual de la variable horario de consumo televisivo por grupo.	151
<i>Tabla 6.1.3.8</i> Distribución porcentual de la variable “¿te gustaría tener algunas características de tu personaje o artista favorito?” por condición.	152
<i>Tabla 6.1.3.9</i> Prueba de Kruskal-Wallis para los factores de riesgo por condición – línea base.	154
<i>Tabla 6.1.3.10</i> Prueba de Kruskal-Wallis para los factores de riesgo por condición – postest.	154
<i>Tabla 6.1.3.11</i> Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición (FAC y PE) – seguimiento.	156
<i>Tabla 6.1.3.12</i> Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo audiencias críticas.	157
<i>Tabla 6.1.3.13</i> Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo psicoeducativo.	159
<i>Figura 6.1.3.1</i> Distribución porcentual de la variable “Actualmente vives con...” por condición.	143
<i>Figura 6.1.3.2</i> Distribución porcentual de la variable “Lugar que ocupas en tu familia” por condición.	143
<i>Figura 6.1.3.3</i> Distribución porcentual de la variable “¿has hecho dieta para controlar tu peso?” por condición.	148
<i>Figura 6.1.3.4</i> Distribución porcentual de la variable “¿qué peso te gustaría tener?” por condición.	149
<i>Figura 6.1.3.5</i> Distribución porcentual de la variable preferencia de programas por condición.	151
<i>Figura 6.1.3.6</i> Distribución porcentual de la variable “qué características te gustaría tener de tu artista favorito” por condición.	153

<i>Figura 6.1.3.7</i> Medias de la variable figura ideal por condición.	155
<i>Figura 6.1.3.8</i> Medias de la variable conducta alimentaria normal por condición.	155
<i>Figura 6.1.3.9</i> Medias de la variable preocupación por el peso y la comida del grupo audiencias críticas.	157
<i>Figura 6.1.3.10</i> Medias de la variable dieta crónica y restringida del grupo audiencias críticas.	158
<i>Figura 6.1.3.11</i> Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva del grupo audiencias críticas.	158

Segundo Estudio Piloto

<i>Tabla 6.1.4.1</i> Media y desviación estándar de la variable edad por grupo.	163
<i>Tabla 6.1.4.2</i> Ji-cuadrada para las variables sociodemográficas.	163
<i>Tabla 6.1.4.3</i> Prueba t para las variables sociodemográficas.	163
<i>Tabla 6.1.4.4</i> Distribución porcentual de la variable “Lugar que ocupas entre tus hermanos” por grupo.	165
<i>Tabla 6.1.4.5</i> Distribución porcentual de la variable edad de la menarca por grupo.	166
<i>Tabla 6.1.4.6</i> Distribución porcentual de la variable “Llegar a estar gorda:” por grupo.	169
<i>Tabla 6.1.4.7</i> Distribución porcentual de la variable “El problema consiste en que:” por grupo.	170
<i>Tabla 6.1.4.8</i> Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición – línea base.	171
<i>Tabla 6.1.4.9</i> Prueba de U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición – postest.	172
<i>Tabla 6.1.4.10</i> Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición – seguimiento.	173
<i>Tabla 6.1.4.11</i> Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo audiencias críticas.	173
<i>Tabla 6.1.4.12</i> Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo psicoeducativo.	176
<i>Figura 6.1.4.1.</i> Distribución porcentual de la variable nivel socioeconómico por grupo.	164

<i>Figura 6.1.4.2.</i> Distribución porcentual de la variable Índice de Masa Corporal (IMC) por grupo.	164
<i>Figura 6.1.4.3.</i> Distribución porcentual de la variable “Actualmente vives con:” por grupo.	165
<i>Figura 6.1.4.4.</i> Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (pretest) por grupo.	168
<i>Figura 6.1.4.5</i> Distribución porcentual de la variable “¿Has hecho dieta para control de peso?” por grupo.	169
<i>Figura 6.1.4.6</i> Distribución porcentual de la variable “¿Tienes problemas con tu forma de comer?” por grupo.	170
<i>Figura 6.1.4.7</i> Distribución porcentual de la variable consumo televisivo semanal por grupo.	171
<i>Figura 6.1.4.8</i> Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal del grupo audiencias críticas.	174
<i>Figura 6.1.4.9</i> Medias de la variable figura ideal del grupo audiencias críticas.	174
<i>Figura 6.1.4.10</i> Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva del grupo audiencias críticas.	175
<i>Figura 6.1.4.11</i> Medias de la variable figura ideal del grupo psicoeducativo.	176
<i>Figura 6.1.4.12</i> Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal del grupo psicoeducativo.	176

Segunda Etapa.

<i>Tabla 6.2.1</i> ANOVA (One way) para las variables individuales. Comparación entre condiciones.	180
<i>Tabla 6.2.2</i> Ji-cuadrada para variables individuales. Comparación entre condiciones.	180
<i>Tabla 6.2.3</i> Media y desviación estándar de la variable edad por condición.	180
<i>Tabla 6.2.4</i> ANOVA (One-way) para la comparación entre los grupos experimentales y control vs. muerte experimental.	181
<i>Tabla 6.2.5</i> Distribución porcentual de la variable Nivel socioeconómico por grupo.	182
<i>Tabla 6.2.6</i> Distribución porcentual de la variable “Actualmente vives con” por grupo.	182

<i>Tabla 6.2.7</i> Distribución porcentual de la variable Índice de masa corporal por grupo.	183
<i>Tabla 6.2.8</i> Distribución porcentual de la variable “Edad de tu primera menstruación” por grupo.	183
<i>Tabla 6.2.9</i> Distribución porcentual de la variable “Llegar a estar gorda” por grupo.	187
<i>Tabla 6.2.10</i> Distribución porcentual de la variable “El problema consiste en que:” por grupo.	188
<i>Tabla 6.2.11</i> Distribución porcentual de la variable “Consumo televisivo” por grupo.	189
<i>Tabla 6.2.12</i> Distribución porcentual de la variable “¿te gustaría tener alguna(s) característica(s) de tu personaje o artista favorito?” por grupo.	189
<i>Tabla 6.2.13</i> ANOVA (One-way) para los factores de riesgo por condición – línea base.	191
<i>Tabla 6.2.14</i> Puntos de corte de acuerdo con el criterio C (Jacobson et al., 1984) para los factores de riesgo para TCA.	220
<i>Figura 6.2.1</i> Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (línea base) por condición.	186
<i>Figura 6.2.2</i> Distribución porcentual de la variable dieta restringida (línea base) por condición.	186
<i>Figura 6.2.3</i> Distribución porcentual de la variable problemas con la forma de comer (línea base) por condición.	187
<i>Figura 6.2.4</i> Distribución porcentual de la variable “qué características te gustaría tener de tu artista/personaje favorito” (línea base) por condición.	190
<i>Figura 6.2.5</i> Medias de la variable figura ideal por tiempo (pretest/postest) y condición.	192
<i>Figura 6.2.6</i> Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por tiempo (pretest/postest) y condición.	193
<i>Figura 6.2.7</i> Medias del factor dieta crónica y restringida por tiempo (pretest/postest) y condición.	194
<i>Figura 6.2.8</i> Medias del factor confianza en la publicidad por tiempo (pretest/postest) y condición.	195
<i>Figura 6.2.9</i> Medias de la variable figura ideal por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	197

<i>Figura 6.2.10</i> Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	198
<i>Figura 6.2.11</i> Medias de la variable influencia de la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	199
<i>Figura 6.2.13</i> Medias del factor conducta alimentaria normal por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	200
<i>Figura 6.2.14</i> Medias del factor confianza en la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	201
<i>Figura 6.2.15</i> Medias del factor interés por la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	202
<i>Figura 6.2.16</i> Medias de la variable figura ideal por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.	203
<i>Figura 6.2.17</i> Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.	204
<i>Figura 6.2.18</i> Medias de la variable influencia de la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.	205
<i>Figura 6.2.19</i> Medias del factor conducta alimentaria normal por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.	206
<i>Figura 6.2.20</i> Medias del factor confianza en la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.	207
<i>Figura 6.2.21</i> Medias del factor preocupación por el peso y la comida (postest/seguimiento a tres meses) y condición.	209
<i>Figura 6.2.22</i> Medias del factor conducta alimentaria normal (postest/seguimiento a tres meses) y condición.	210
<i>Figura 6.2.23</i> Medias del factor dieta crónica y restringida (postest/seguimiento a tres meses) y condición.	211
<i>Figura 6.2.24</i> Medias del factor confianza en la publicidad (postest/seguimiento a tres meses) y condición.	212
<i>Figura 6.2.25</i> Medias del factor interés en la publicidad (postest/seguimiento a tres meses) y condición.	213
<i>Figura 6.2.26</i> Medias la variable figura ideal (postest/seguimiento a seis meses) y condición.	214
<i>Figura 6.2.27</i> Medias la variable influencia de la publicidad (postest/seguimiento a seis meses) y condición.	215

<i>Figura 6.2.28</i> Medias la variable conducta alimentaria compulsiva (postest/seguimiento a seis meses) y condición.	216
<i>Figura 6.2.29</i> Medias la variable conducta alimentaria normal (postest/seguimiento a seis meses) y condición.	217
<i>Figura 6.2.30</i> Medias la variable dieta crónica y restringida (postest/seguimiento a seis meses) y condición.	218
<i>Figura 6.2.31</i> Distribución porcentual del riesgo de la variable figura ideal de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	221
<i>Figura 6.2.31a</i> Medias de la variable figura ideal (pretest, postest, seguimiento 1 y 2) vs. puntos de corte de significancia clínica por grupo.	221
<i>Figura 6.2.32</i> Distribución porcentual del riesgo de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	222
<i>Figura 6.2.32a</i> Medias variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (pretest, postest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	223
<i>Figura 6.2.33</i> Distribución porcentual del riesgo de la variable influencia de la publicidad de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	223
<i>Figura 6.2.33a</i> Medias de la variable influencia de la publicidad (pretest, postest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	224
<i>Figura 6.2.34</i> Distribución porcentual del riesgo del factor dieta crónica y restringida de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	225
<i>Figura 6.2.34a</i> Medias del factor dieta crónica y restringida (pretest, postest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	225
<i>Figura 6.2.35</i> Distribución porcentual del riesgo del factor preocupación por el peso y la comida de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	226
<i>Figura 6.2.35a</i> Medias del factor preocupación por el peso y la comida (pretest, postest, seguimientos 1 y 2) vs. los puntos de corte por grupo.	227
<i>Figura 6.2.36</i> Distribución porcentual del riesgo del factor conducta alimentaria compulsiva de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	228
<i>Figura 6.2.36a</i> Medias del factor conducta alimentaria compulsiva (pretest, postest, seguimientos 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.	229

Figura 6.2.37 Distribución porcentual del riesgo del factor conducta alimentaria normal de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo. 229

Figura 6.2.37a Medias del factor conducta alimentaria normal (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo. 229

Tercera Etapa

Figura 6.3 Propuesta de modelo de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes tempranas. 240

RESUMEN

El **propósito** de la presente investigación fue desarrollar y evaluar dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno de ellos basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva (FAC), y el otro en una estrategia psicoeducativa (PE). La investigación se llevó a cabo en tres etapas. **Primera etapa:** Fue de carácter exploratorio y psicométrico. En el *primer estudio* se obtuvieron las propiedades psicométricas de la Escala de Recepción Crítica hacia la publicidad televisiva. La muestra fue no probabilística de N= 470 mujeres adolescentes. Los resultados obtenidos a través del análisis factorial de Componentes Principales y Rotación VARIMAX indicaron una estructura factorial de cuatro dimensiones que explican el 53% de la variabilidad total ($\alpha=0.65$). En el *segundo estudio* se obtuvieron las propiedades psicométricas del CIMEC. La muestra fue no probabilística de N=771 mujeres adolescentes. El análisis factorial de los Componentes Principales con Rotación VARIMAX arrojó cinco factores que explican el 49% de la varianza total ($\alpha=0.91$). En el *tercer estudio* se sometió a estudio piloto los programas de prevención. La muestra fue de N=33 adolescentes mujeres. El diseño fue de dos grupos experimentales y uno control, con mediciones repetidas e independientes y asignación al azar a cada condición. Se evaluaron los efectos al término y a los tres meses. Los hallazgos indicaron una disminución del riesgo en las variables figura ideal y conducta alimentaria normal en los grupos FAC y PE al postest, así como en las variables preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva en el grupo FAC, al seguimiento. En el *cuarto estudio*, se evaluó nuevamente ambas intervenciones. Se contó con N=22 adolescentes mujeres. El diseño fue de dos grupos (FAC y PE), con mediciones repetidas e independientes y asignación al azar a cada grupo. Se administraron las intervenciones y se evaluaron los efectos al término y a los tres meses. Se encontró reducción de riesgo en la insatisfacción corporal en ambos grupos, así como en figura ideal en el grupo PE. **Segunda Etapa:** Se evaluaron los programas de prevención en sus versiones finales. La muestra total fue de N=118 adolescentes mujeres, asignadas al azar a cada condición. El diseño fue de dos muestras experimentales y un grupo control, con mediciones repetidas e independientes (pretest, postest y seguimientos a tres y seis meses). El ANOVA de mediciones repetidas indicó disminuciones de riesgo en las variables figura ideal, insatisfacción corporal, conducta alimentaria compulsiva, principalmente en los grupos experimentales. **Tercera Etapa.** Se elaboró la propuesta de un modelo de prevención derivado de los hallazgos procedentes de las etapas previas. **Discusión:** Se identificaron componentes de las intervenciones que son útiles en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanas.

Palabras clave: prevención, trastornos alimentarios, factores de riesgo, audiencias críticas, psicoeducación.

ABSTRACT

The **purpose** of this study was to develop and to evaluate two eating disorders prevention programs, one of them based on media literacy (ML) and the other on a psychoeducative (PE) strategy targeted to female teenagers. **First phase:** It was an explorative and psychometric phase. In the *first study*, psychometric properties for the TV Advertising Critical Reception Scale were obtained. The non-probabilistic sample was formed by N= 470 female teenagers. Results obtained Main Components Factor Analysis and VARIMAX Rotation indicated a four dimensions factorial structure that explains the 53% of the variance ($\alpha=0.65$). In the *second study*, there were obtained the psychometric properties of CIMEC. The non-probabilistic sample was formed by N=771 female teenagers. Main Components Factor Analysis with VARIMAX Rotation indicated a five dimensions structure that explains the 49% of total variance ($\alpha=0.91$). In the *third study*, it was done the two prevention programs pilot study. The sample was formed by N=33 female teenagers. The study design was of two experimental and one control group, with repeated and independent measures and random assignation to each condition. Intervention effects were assessed at posttest and a three month follow-up. Results show a risk reduction in ideal silhouette and normal eating behavior in ML and PE at posttest; also in food and weight concern and compulsive eating behavior in ML group at follow-up. In the *fourth study*, both interventions were assessed in a second pilot study. Sample was formed by N=22 female teenagers. The study design was of two groups (ML and PE) with repeated and independent measures, and random assignation to each group. Interventions were administered and effects were assessed at posttest and in a three month follow-up. It was found a risk reduction in body dissatisfaction in both groups and an increment in the preference for a thicker silhouette in the PE group. **Second phase:** Prevention programs final versions were assessed. The total sample was formed by N=118 female teenagers, assigned randomly to each condition. The study design was of two experimental and one control group, with repeated and independent measures (pretest, posttest and a three month and a six month follow-ups). ANOVA Repeated Measures results showed risk reductions in ideal silhouette, body dissatisfaction, compulsive eating behavior, mainly in experimental groups. **Third phase.** It was developed a prevention model proposal obtained from the results of previous phases. **Discussion:** Intervention components are identified as useful on eating disorders prevention in mexican female adolescents.

Key words: prevention, eating disorders, risk factors, media literacy, psychoeducation.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria han llamado la atención del psicólogo debido a su naturaleza multifactorial, con alta tendencia a la cronificación y comorbilidad, y al aumento de su incidencia en los últimos años. A esto deberá agregarse el difícil pronóstico, la alta tasa de recaídas (Herzog, Greenwood, Dorner, Flores, Ekeblad, Richards, et al., 1999), así como los efectos no reversibles de las secuelas graves ocasionadas por estos padecimientos (Bulik, Reba, Siega-Riz, & Reichborn-Kjennerud, 2005; Fichter, Quadflieg & Hedlund, 2008; Katzman, 2005; Strober, Freeman & Morrell, 1997), además del gran riesgo de muerte (Agras, 2001; Herzog et al., 1999). Es en virtud de estas características negativas que se incrementa la importancia de la toma de acciones con el propósito de prevenirlos.

Los factores de riesgo que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria pueden ser de naturaleza bio-psico-socio-cultural, y entre los últimos (socioculturales) podemos encontrar la presión social que perpetúa el ideal de delgadez, la cual es ejercida principalmente hacia las mujeres (Gómez-Peresmitré, Saucedo & Unikel, 2001).

El ideal de figura que cuenta con mayor difusión en los medios de comunicación y en la sociedad, es el de una figura alta, delgada, de extremidades largas y delgadas, de cintura pequeña y busto grande. Aunque sabemos que esta figura no corresponde a la constitución corporal de todas las personas, se recurre con frecuencia a diferentes estrategias con el propósito de obtenerlo: dietas, cirugías, ejercicios excesivos, etc. Todo ello con tal de poseer esa "figura ideal". Este ideal de delgadez es representado por modelos, cantantes, actrices, etc., quienes constantemente están cuidando que su figura corresponda a esa silueta tan profusamente difundida. Las grandes compañías de ropa, artículos de belleza, productos para adelgazar, comestibles y bebidas "light", y gimnasios, han sido los principales promotores y beneficiados del ideal de delgadez, a partir del cual se han creado diferentes productos, por ejemplo, en el caso de la industria textil la introducción de las tallas "0" ó "1", a las cuales sólo tienen acceso aquellas mujeres que son excesivamente delgadas. Este modelo de figura ideal ha sido admitido por la sociedad, de tal manera que se acepta como ideal de belleza. Así, este modelo estético corporal ha sido adoptado no sólo por mujeres de edad adulta, sino incluso por niñas de cinco o seis años (Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001).

Se ha encontrado en diferentes estudios, tanto nacionales como internacionales, que existe cierta relación entre la satisfacción con la imagen corporal y la exposición a los medios de comunicación, en preadolescentes y adolescentes (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw & Stein, 1994; Odgen & Munday, 1996; Moore & MacKinnon, 2001; Palafox, 2003; Calogero & Davis, 2003) así como relación entre dicha exposición a los medios y la conducta alimentaria de riesgo (Becker, Burwell, Gilman, Herzog & Hamburg, 2002).

Cabe mencionar que muchas niñas prepúberes y adolescentes, así como mujeres jóvenes, disfrutan, usan y consumen productos e ideologías promovidas por los medios masivos de comunicación. Éstos, principalmente la televisión, las revistas y los relacionados con la publicidad, han sido los principales difusores del “ideal de delgadez”, reafirmando algunas de las características estereotipadas que se le atribuye a la gente excesivamente delgada.

Es importante recordar que durante la adolescencia ocurren una serie de cambios importantes en diferentes esferas del desarrollo. Los cambios físicos que se presentan durante esta etapa, combinados con transiciones a nivel cognitivo y psicosocial, además aunados a sucesos de vida particulares, hacen del adolescente una persona vulnerable ante distintas presiones sociales (Seiffge-Krenke, 1998). En la búsqueda de la identidad propia de esta etapa influyen, entre otros, los modelos que representan cantantes, actores y actrices, modelos, etc. en los medios de comunicación (Tiggeman & Slater, 2004).

En la publicidad se puede observar que la mujer representa un papel peculiar para la venta de productos, tanto para mujeres como para varones. En este sentido, se promueve que la mujer adopte ciertas creencias en relación al consumo de productos y a su propia valoración a partir de dicho consumo. Para la mujer, las características valoradas en diferentes temáticas publicitarias son principalmente la belleza, el estatus y la juventud. La influencia ejercida por los medios de comunicación no se da en forma coercitiva, sino de una manera de “dominación pacífica”, en donde cabe la posibilidad de buscar ampliar el conocimiento acerca de un tema en particular. Debido a que la decodificación de los mensajes no es automática, puede plantearse esta ampliación del conocimiento en términos de análisis crítico, considerándose a los receptores, individuos activos dentro del proceso de recepción, procesamiento y transformación de la información (Bustos, 2001a).

Se han realizado algunos esfuerzos en el campo de la prevención. Existen estudios que evalúan intervenciones a nivel primario, principalmente dirigidas a adolescentes, que abordan diferentes técnicas, tales como: proporcionar información relacionada con nutrición y alimentación, imagen corporal, crítica del modelo estético, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales, reportándose modificación de actitudes y disminución de la población de riesgo (Ruiz-Lázaro & Comet, 2002).

En México, se han llevado a cabo investigaciones con muestras de escolares y adolescentes. En un estudio piloto se llevó a cabo una intervención para prevenir trastornos alimentarios dirigida a niños en edad escolar (Gómez-Peresmitré, 2001). Respecto a los adolescentes, se ha trabajado desde la teoría de la Disonancia Cognoscitiva (Pineda, 2006; Pineda & Gómez-Peresmitré, 2006) y el entrenamiento en habilidades sociales (León, Gómez Pérez-Mitré, González, Rodríguez & Pineda, 2005; León, Gómez Pérez-Mitré, Platas, Rodríguez, Pineda & Rodríguez, 2006). Actualmente, se están realizando en nuestro país estudios de prevención de trastornos alimentarios desde un enfoque de género empleando la formación de audiencias críticas hacia los medios de comunicación, considerando el impacto de la publicidad en la imagen corporal (Bustos, 2001b).

El propósito de la presente investigación es emplear la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva como estrategia de modificación de actitudes y comportamientos relacionados con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes y adolescentes, desde una perspectiva de la Psicología del desarrollo.

En el capítulo 1, se hace una descripción de los trastornos de la conducta alimentaria, los modelos etiológicos que los explican, los factores de riesgo que favorecen estas enfermedades en reportes a nivel nacional e internacional y, finalmente, los factores de protección documentados hasta el momento.

A lo largo del capítulo 2, se aborda el tema de la prevención. En primer lugar, se define el proceso salud-enfermedad, conceptos relacionados como la promoción y educación para la salud para terminar ahondando en la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

En el tercer capítulo, se realizó una revisión de la literatura referente a las influencias socioculturales en la génesis de los trastornos de la conducta alimentaria. En primer término, se definió el concepto de socialización, se describieron los principales agentes socializadores, haciendo énfasis en los medios de comunicación, particularmente en la televisión. Finalmente, se hace hincapié en la publicidad televisiva y su influencia como factor de riesgo en los trastornos alimentarios.

En el capítulo 4, se hace referencia específicamente a la formación de audiencias críticas y la psicoeducación como estrategias de prevención de los trastornos de la alimentación. En primer lugar, se comienza definiendo el concepto de audiencia. En segundo lugar, se describen los efectos de los contenidos temáticos en los medios de comunicación. Por último, se reporta la información existente respecto a la formación de audiencias críticas y la psicoeducación en la prevención de los desórdenes del comer.

En el quinto capítulo se aborda el tema de la adolescencia, realizando una revisión de la definición de este concepto, los cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que el ser humano experimenta a lo largo de esta etapa de desarrollo. Este capítulo proporciona información que permite contextualizar la investigación desde la perspectiva de la Psicología del desarrollo.

La sección dedicada al método y resultados se dividió en tres etapas: la primera consistió en la obtención de propiedades psicométricas de los instrumentos necesarios para la investigación y realización de estudios piloto de las estrategias de prevención. En la segunda etapa contempló el estudio final cuyo propósito fue la comparación de las estrategias preventivas en la reducción de factores de riesgo en trastornos alimentarios. Finalmente, en la tercera etapa, se planteó la necesidad de elaborar una propuesta de un modelo de prevención de trastornos de la conducta

alimentaria como resultado de la presente investigación, así como de la revisión de las recomendaciones existentes en la literatura nacional e internacional.

En el apartado de discusión y conclusiones generales, haciendo una recapitulación de la información obtenida desde la validación de instrumentos hasta la propuesta del modelo de prevención, haciendo hincapié en la importancia y la necesidad de continuar los estudios en el campo de la prevención de los trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 1

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Debido a su naturaleza, consecuencias e incremento en la incidencia en los últimos años, los trastornos de la conducta alimentaria han llamado, de manera significativa, la atención del psicólogo. Asimismo, se constituye en uno de los objetivos de la promoción de la salud y de las labores preventivas actuales.

Dentro de los trastornos de la alimentación están considerados la anorexia y la bulimia nervosas, el trastorno por atracón y otros desórdenes no tan frecuentes como la rumiación o mericismo y pica. También se incluye en ocasiones la obesidad, en algunas de sus formas (García-Camba, 2001).

La anorexia nervosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria grave que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales y está presente una alteración de la forma y el peso corporal (García-Camba, 2001). El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, principalmente aquellos considerados como engordadores (Toro, 1996). La pérdida de peso es intencional, va acompañada del temor a ser gordo y del deseo de perfeccionarse a sí mismo a través del propio cuerpo (Lemberg & Cohn, 1999). Los pacientes con esta enfermedad experimentan una gran preocupación por la comida, hiperactividad, competitividad, rigidez, uso de comportamientos compensatorios y decreciente interés sexual (González-Núñez, 2001).

Por otra parte, en la bulimia nervosa aparecen atracones recurrentes que van seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, tales como el vómito autoinducido, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. De manera similar a la anorexia, también se encuentra alterada la percepción de la forma y peso corporales (García-Camba, 2001). La ingestión alimentaria excesiva va acompañada por la sensación de pérdida de control sobre sí misma (Toro, 1996). La bulimia nervosa está caracterizada por ser un

desorden persistente, asociado con complicaciones médicas y psicopatología comórbida, incluyendo desordenes afectivos, desorden de ansiedad, y abuso de sustancias (Garfinkel, Lin, Goering, Spegg, Goldbloom, Kennedy et al., 1995; Wilson, Heffernan & Black, 1996). Lemberg y Cohn (1999) señalan que esta enfermedad es una forma de satisfacer necesidades internas como formas de respuesta ante el estrés y la sensación de hambre debe ser eliminada completamente. El individuo con bulimia nervosa tiene, entre otras características, la necesidad de no retener nada afectivo, lo cual se simboliza en el alimento (González-Núñez, 2001).

En el trastorno por atracón se presentan, similarmente a la bulimia nervosa, atracones recurrentes, aunque están ausentes las conductas compensatorias inapropiadas (García-Camba, 2001). Está caracterizado por dos patrones: ingesta compulsiva de refrigerios en varios momentos del día, o bien, la ingesta de grandes cantidades de alimento en una sola vez, siendo cantidades que rebasan por mucho lo que una persona sana ingeriría al tener hambre (Lemberg & Cohn, 1999).

1.1.1 Criterios diagnósticos

De acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002) se describen los criterios que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico de la anorexia, y son los siguientes:

1. Rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal. Si la anorexia se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede presentarse falta de aumento de peso (y si presentarse incremento en la estatura). El peso se encuentra por debajo del 85% del peso considerado normal para su edad y talla, y de acuerdo con el CIE-10 un índice de masa corporal (IMC) menor a 17.5.
2. Las personas presentan un miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesas. Incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración significativa de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. Si la persona anoréxica es mujer y ha comenzado a menstruar, se suele manifestar amenorrea, debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos, consecuencia de la pérdida de peso. En el caso de las niñas prepuberales, la anorexia nervosa puede retrasar la aparición de la menarca.

Existe la clasificación de los subtipos de acuerdo al DSM-IV-TR (APA, 2002):

- a. De tipo restrictivo. La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre ni a atracones ni a purgas.
- b. De tipo compulsivo-purgatorio. Las personas que se incluyen en este subtipo presentan atracones y/o purgas. Recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómitos autoprovocados, con el fin de contrarrestar el efecto “engordador” de la ingesta. En esta clasificación se incluyen también, los casos que no manifiestan atracones pero recurren al uso de purgas, aún después de ingerir pequeñas cantidades de alimento.

Las personas que presentan disminuciones importantes de peso pueden mostrar estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Además, se consideran características propias del trastorno obsesivo-compulsivo en relación con la comida o no. También pueden manifestar preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia, gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa (APA, 2002).

Para el diagnóstico de la bulimia nervosa, la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, 2002) considera los siguientes criterios:

- A) Presencia de atracones recurrentes.
 - A.1 Se entiende el consumo de una cantidad de comida, muy superior a la que la mayoría de los individuos comería durante un periodo corto de tiempo (dos horas).
 - A.2 Los atracones van acompañados de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- B) Uso de conductas compensatorias inadecuadas con el fin de evitar la ganancia de peso; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C) Los episodios de atracones y conductas compensatorias deben presentarse por lo menos dos veces durante la semana, en un periodo de tres meses.
- D) La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los subtipos en que se divide este trastorno según el DSM-IV-TR (2002) son:

- a. Tipo purgativo: Se incluyen los casos en que se ha provocado el vómito y se han utilizado exageradamente laxantes, diuréticos y enemas.
- b. Tipo no purgativo: Este subtipo describe los casos en que se han empleado conductas compensatorias inadecuadas, como ayunar o realizar ejercicio exagerado, pero no han probado con métodos purgativos.

Las personas con bulimia nervosa se encuentran generalmente dentro del margen de peso considerado normal, aunque algunos casos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. Existe alta frecuencia de síntomas depresivos en estas personas. En ocasiones, el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nervosa. Hay elevada incidencia en niveles de ansiedad. Se asocia a este trastorno el consumo de sustancias estimulantes, el cual suele comenzar en el intento por controlar el apetito y el peso (APA, 2002).

1.1.2 Modelos teóricos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

1.1.2.1 Perspectiva dinámica

Bruch sugiere que la presencia de la anorexia nervosa se remonta a la etapa del desarrollo del “yo” en la infancia, cuando la madre interfiere en el desarrollo de la concepción corporal, de manera que obstaculiza que el niño aprenda a reaccionar ante estímulos internos, produciéndose entonces sentimientos de incapacidad e ineficacia. Por otra parte, señala que la estructura familiar aparenta armonía, pero encubre una gran desilusión, donde se observa rivalidad secreta entre los padres, los cuales realizan grandes sacrificios por sus hijos, quienes no consideran las emociones y necesidades de sus hijos si no refuerzan su propia posición, es decir, se simula la unión familiar (Calvo, 1992). Los pacientes con anorexia nervosa presentan una relación simbiótica con la madre, en la cual la figura materna es interpretada como mortífera, de manera que la manera de enfrentar esta amenaza se da a través de no “alimentarla” (González-Núñez, 2001).

1.1.2.2 *Teoría de sistemas*

La presencia de anorexia en uno de los miembros de la familia es considerada un síntoma de disfunción familiar, en donde hay una organización familiar rígida, gran interdependencia mutua y gran evitación del conflicto; en el caso de pacientes con bulimia nervosa, en la familia hay mayor hostilidad y desorganización (Fornari, Wlodarczyk-Bisaga, Matthews, Sandberg, Mandel & Katz, 1999). La razón por la cual el síntoma se desarrolla y mantiene se encuentra dentro del sistema familiar. El síntoma que se desarrolla depende de ciertas particularidades del portador de la enfermedad como sexo, edad y características individuales únicas (Head & Williamson, 1990). Dentro del contexto de un ambiente familiar disfuncional percibido, los problemas familiares pueden precedir síntomas bulímicos en adolescentes mujeres (Okon, Greene & Smith, 2003).

1.1.2.3 *Perspectiva biológica*

Desde esta perspectiva, se considera que el estrés es un factor importante en la incidencia de la anorexia nervosa y su impacto en la disfunción hipotalámica que produciría amenorrea, trastornos del apetito, hipotermia e hiperactividad. Por lo cual, se considera de acuerdo con esta perspectiva un tratamiento de tipo médico (Calvo, 1992).

De acuerdo con Levin, Johnson, Chan, Valdez y Ragland (2004) es importante considerar el papel de las estructuras cerebrales en los distintos procesos relacionados con la conducta alimentaria. Por ejemplo, en la activación del antojo, participan el hipocampo (propiedades de incentivos), el núcleo caudado, la ínsula (memoria del reforzador, memoria del gusto que está relacionada con el deseo por la comida). Asimismo, es importante revisar el funcionamiento de las áreas relacionadas con el gusto: el giro fusiforme (percepción de la expresión emocional, activación ante imágenes de comida en individuos hambrientos), el giro parahipocampal (hambre en individuos delgados; respuesta a la comida o a imágenes de comida), amígdala (activación diferencial en individuos hambrientos vs. no hambrientos y ante estímulos neutrales vs. de comida), núcleo caudado, putamen (implicado en el condicionamiento pavloviano o predicción de la recompensa), cíngulo anterior (deseabilidad del chocolate, regulación de respuestas emocionales).

Se ha encontrado que presentar comida real a sujetos hambrientos aumenta el metabolismo cerebral en su totalidad. Los mayores aumentos se observan en corteza superior temporal, insular y orbitofrontal (Porubská, Veit, Preissl, Fritsche & Birbaumer, 2006).

1.1.2.4 Teoría cognitivo-conductual

Se atribuye el inicio de la anorexia nervosa al aprendizaje vicario o por imitación, al cual se suma la fobia al aumento de peso. La focalización hacia lograr la pérdida de peso progresivo produce un auto-reforzamiento de dominio y competencia que va perpetuando la práctica de la dieta restringida. De acuerdo con este enfoque, son características la autocrítica y la baja autoestima en las pacientes. Los estilos cognitivos (sobregeneralización y razonamiento dicotómico) identificados en estas pacientes añaden nuevas dificultades que propician el sentimiento de pérdida de control y emociones y afectos mal interpretados (Calvo, 1992).

La dieta restringida exige un cambio de la confianza en el control fisiológico al control cognoscitivo sobre las conductas alimentarias, lo cual deja al dietante vulnerable ante el comer desinhibido cuando estos procesos cognoscitivos se ven afectados (Polivy & Herman, 1985).

Así, los trastornos alimentarios representan la conjunción de errores cognoscitivos al sobrevalorar el peso la figura y la apariencia y anomalías en el comportamiento relacionado con la regulación dietaria. La sobrevaloración del peso y la figura son una respuesta compensatoria a sentimientos de baja autoestima, creyendo que al alcanzar el ideal corporal, esto hará que aumente su valía (Garner, Vitousek & Pike, 1997; Marcus, 1997; Wilson, Fairburn & Agras, 1997).

1.1.2.5 Teoría Sociocultural

En el modelo sociocultural se considera que el incremento en la incidencia de la anorexia nervosa es resultado de la importancia actual que se le da al atractivo físico, la tendencia hacia la perfección y el control, en donde ser atractiva es sinónimo de ser delgada, y ser anoréxica puede incluso proporcionar cierto “glamour” (Calvo, 1992).

Por otra parte, en aquellas culturas donde hay abundancia de alimentos, existe una mayor tendencia a presentarse trastornos alimentarios, por lo que una cultura con abundancia calórica puede considerarse una causa de trastornos alimentarios; en estos lugares la interiorización del ideal de delgadez se favorece mediante su propagación de imágenes y mensajes difundidos por los medios masivos de comunicación. Asimismo, se considera la influencia de los pares como favorecedora de esta patología. Sin embargo, no son estos los únicos factores que se consideran. La familia juega un papel muy importante en la perpetuación y desarrollo de los trastornos alimentarios (Polivy & Herman, 2002).

Esta teoría apoya ampliamente las causas de la insatisfacción corporal y argumenta que los modelos de belleza irreales establecidos para la sociedad accidentalizada no corresponden a las características de la mayoría de los individuos que pertenecen a ella (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tangleff-Dunn, 1999). De esta forma, los individuos desarrollan insatisfacción con su cuerpo, lo cual puede dar lugar a comportamientos y actitudes anómalas hacia éste, es decir, la búsqueda de la modificación corporal. Entre estos comportamientos anormales se encuentran aquellos que dan lugar a los trastornos de la alimentación (Stice & Shaw, 2002; Stice, Shaw & Nemeroff, 1998).

1.1.2.6 Modelo de la influencia Tripartita

Este modelo sugiere que existen tres variables de influencia primaria, las cuales forman la base para el desarrollo de las alteraciones de la imagen corporal y la conducta alimentaria: pares, padres y los medios. Así, este modelo contiene dos vínculos que conectan las influencias hacia la alteración de la imagen corporal y los problemas relacionados con la conducta alimentaria. Estas variables mediadoras guían el desarrollo de problemas relacionados con la imagen corporal y la conducta alimentaria (Van den Berg, Thompson, Obremski & Covert, 2002).

1.1.2.7 Modelo de la restricción alimentaria

De acuerdo con este modelo, los trastornos alimentarios comienzan con la interiorización del ideal de belleza delgado promovido en las culturas occidentales. La interiorización da lugar a la insatisfacción con la imagen corporal debido a que el ideal de belleza es irreal. La insatisfacción

corporal, a su vez, conduce a la restricción alimentaria, que al cronificarse, facilita la aparición de la bulimia nervosa y el trastorno por atracón (Polivy & Herman, 1993; Striegel-Moore, 1993).

1.1.2.8 Modelo de la vulnerabilidad interpersonal

Striegel-Moore y Smolak (1996) proponen una secuencia desde interacciones inadecuadas entre los cuidadores primarios y el niño en un vínculo inseguro que da lugar a la vulnerabilidad ante eventos estresantes, problemas de identidad, hasta la sobreingesta como una forma de control de estrés inadecuado. La vulnerabilidad particular ante los trastornos de la conducta alimentaria proviene de la definición cultural de feminidad en términos del énfasis en la orientación interpersonal y la interiorización del estrés. De esta forma, el trastorno alimentario es un trastorno del self. Los principales dominios del self implicados en este modelo son el self como relación con los otros (self social) y la auto-evaluación (autoestima). Las mujeres que sufren para mantener un mayor sentido del self deben estar particularmente preocupadas con cómo otros las perciben y ponen su atención en la apariencia como un dominio tangible en el cual construyen su self. Dentro de este modelo también se considera el estilo de relación, la psicopatología parental y las preocupaciones sociales.

1.1.2.9 Modelo del camino doble

De acuerdo con Stice (2001) los mensajes que promueven comportamientos no saludables, difundidos en los medios de comunicación, proporcionan una base para la bulimia nervosa cuando los familiares y amigos refuerzan dichas ideas, y al mismo tiempo, el receptor posee una autoestima baja, un concepto de sí mismo inestable y desorganizado y además cree tener sobrepeso. Esto produce una diferencia entre el ideal interiorizado de delgadez, virtualmente inalcanzable, y la percepción de sobrepeso, que se traduce en la insatisfacción con el cuerpo. A su vez, esto da lugar a una alimentación restringida y/o emociones negativas. Es así como se forma un *camino doble* que aumenta la probabilidad de que se presente sintomatología bulímica. En este sentido, los medios de comunicación pueden jugar un papel secundario al proporcionar pautas inadecuadas respecto al control alimentario, ejercicio físico exagerado o eliminación de la ingesta.

Se piensa que la insatisfacción con la imagen corporal lleva al seguimiento de dieta porque existe la creencia de que esta última es un método efectivo de control de peso. La insatisfacción puede también contribuir al afecto negativo ya que la apariencia es una dimensión central evaluativa para las mujeres en nuestra cultura. Asimismo, la dieta conduce al afecto negativo debido a las fallas que se asocian regularmente con los esfuerzos en el control de peso y al impacto de la privación calórica en el estado de ánimo. La dieta puede dar lugar a la sintomatología bulímica porque los individuos pueden comer compulsivamente como un efecto del déficit en la ingesta calórica. Finalmente, el afecto negativo puede producir sintomatología bulímica debido a que la comida puede ser un medio para obtener placer y distracción de emociones desagradables que experimente un individuo (Stice, 2001).

1.1.2.10 Modelo de las transiciones evolutivas

Levine y Smolak (2000) proponen un modelo evolutivo del trastorno alimentario y, al igual que el de Stice, hace hincapié en que las “predisposiciones” de la infancia surgen y se perpetúan a causa de las presiones sobre el peso y la figura y los modelos ofrecidos por parte de la familia y los pares referentes a la sobrevaloración de la apariencia. Desde esta perspectiva, el significado, la organización y las consecuencias de las conductas y factores de riesgo individuales y sociales se alterarán durante la adolescencia temprana, a medida que la adolescente vaya enfrentándose a los cambios que van teniendo lugar en su cuerpo, sus sentimientos, sus capacidades cognoscitivas, las expectativas de los roles de género y las relaciones con los pares y con sus padres. Así, la alimentación problemática es el resultado de la transición entre las vulnerabilidades y eventos normativos propios de la adolescencia. Las tendencias a la alimentación anormal se ven alentadas por mensajes (relacionados con la delgadez y la apariencia) promovidos por la familia, amigos, los medios de comunicación, los educadores y los profesionales de la medicina. En este punto, los medios de comunicación ejercen un papel muy importante, por una parte, al ser una causa directa de la creencia esquemática en edades tempranas de que la gordura es indeseable; y por otra, al ejercer influencia sobre la reevaluación de la importancia de la delgadez y la atracción para definir la feminidad. Cabe mencionar que tal vez incidan de manera indirecta al proporcionar conocimiento acerca de dietas e inspiración para obtener aprobación social posteriormente.

De acuerdo con lo anterior, Striegel-Moore y Steiner-Adair (2000) señalan que es posible favorecer la prevención primaria del trastorno alimentario si se ayuda a las niñas de ocho a once años a interpretar los mensajes promovidos por los medios desde una perspectiva crítica, y si se les proporciona a las niñas de diez a catorce años formas de apoyo social junto con relatos e imágenes a fin de promover la salud, sin dejar de lado el hacerles ver que son individuos en desarrollo que no solamente están integrados por su cuerpo.

1.2 FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen diferentes modelos teóricos que sugieren la etiología de los trastornos alimentarios, y a pesar de las diferencias, coinciden en que el origen de estas enfermedades es multicausal, que el riesgo surge a partir de una combinación de factores específicos de riesgo (aquellos propios de una enfermedad en particular) y factores generales (relacionados con varios trastornos), llevándose a cabo la exposición al riesgo en ambientes variados en un momento evolutivo donde el riesgo es acumulativo (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000).

1.2.1 Definición de factor de riesgo

El término factor de riesgo para una enfermedad hace referencia a la exposición a situaciones que incrementan de una u otra manera la probabilidad de presentar algún padecimiento. Así, la conjunción de varios factores de riesgo desencadena en un trastorno clínico, y estos factores determinarán la magnitud de probabilidad de una enfermedad (Lemos, 1996).

La OMS (1998) define factor de riesgo como las condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

Por otra parte, Stice (2002) señala que un factor de riesgo es una variable que predice prospectivamente algún resultado patológico subsecuente. La precedencia temporal se establece al mostrar que la variable predice la aparición de un trastorno entre individuos libres

de trastornos o aumenta los síntomas cuando se controla el nivel inicial de éstos. Se considera que un factor de riesgo es causal cuando, entre individuos sin trastorno, un incremento o decremento experimental produce un efecto sobre los síntomas (elevación o reducción).

Crispo, Figueroa y Guelar (1998) consideran tres tipos de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. En primer término, se encuentran los *factores predisponentes*, es decir, aquellos que favorecen la disposición del individuo a presentar determinado trastorno. Dentro de éstos se consideran los factores socioculturales, familiares e individuales. Ejemplos de ellos son la presión social y el ideal de belleza delgado. En segundo lugar, se encuentran los *factores precipitantes*, los cuales son el detonante para que se presente el trastorno. Son ejemplos de éstos los estresores, las actitudes anormales hacia el peso y la figura, las dietas extremas y la pérdida de peso. En tercer lugar, se consideran los *factores perpetuantes*, es decir, aquellos que propician el mantenimiento de la enfermedad. Aquí se puede situar a los atracones, las purgas y las secuelas fisiológicas y psicológicas de los trastornos alimentarios. Considerando lo anterior, una persona es más vulnerable a padecer un trastorno alimentario cuando se presentan combinaciones específicas de estos factores.

Por otra parte, Gómez Peresmitré, Saucedo et al. (2001) coinciden con otras definiciones en que los factores de riesgo que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos que favorecen el desarrollo de dichos trastornos, afectando seriamente la salud y aumentando las probabilidades de dicha enfermedad, pudiendo estos ser de naturaleza bio-psico-socio-cultural. Así, se pueden agrupar los factores de riesgo asociados con: a) imagen corporal; b) conducta alimentaria; c) conductas compensatorias; y d) madurez sexual.

1.2.3 Factores de riesgo asociados con imagen corporal

La imagen corporal es considerada como una “configuración global, como un conjunto de representaciones, sensaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas, la sensación del cuerpo desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo, los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Asimismo, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi

siempre una representación evaluativa. Habría que agregar la influencia que tienen el contexto socioeconómico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal, en tanto que ésta puede diferir según la edad, el género y la clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas” (Gómez Peresmitré, Saucedo, et al., 2001, p. 274).

De acuerdo con Gómez Peresmitré (1997) los factores de riesgo asociados con imagen corporal más importantes son: la actitud hacia la obesidad o delgadez, satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal (sobreestimación-subestimación), preocupación por el peso y por la comida, figura real-ideal-imaginaria y atractividad.

El término actitud hacia la obesidad se refiere a aquellos sentimientos favorables o desfavorables, positivos o negativos, relacionados con la figura corporal en términos de obesidad. Cuando la apariencia no corresponde a un ideal de belleza, en este caso de delgadez, se produce insatisfacción con la imagen corporal, es decir, un sentimiento de rechazo hacia la propia figura corporal. Si esta última corresponde al ideal, entonces se presenta un afecto positivo o de aceptación (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La alteración o distorsión de la imagen corporal es el “mayor o mejor alejamiento, específico, concreto, del peso imaginario” (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Esta alteración es característica en la anorexia nervosa. Operacionalmente, se describe como “la diferencia producida entre la variable autopercepción del peso corporal menos el índice de masa corporal real” (Gómez Peresmitré, Saucedo, et al., 2001).

La preocupación por el peso y por la comida se refiere al temor a subir de peso debido a una ingesta excesiva de alimentos, mientras que la preocupación por la figura se relaciona con la expectativa de poseer un cuerpo estéticamente agradable (Gómez Peresmitré, 1999). Smolak y Levine (1996) encontraron que niños de educación primaria que llevaban a cabo un seguimiento de dieta se encontraban menos satisfechos con su cuerpo y presentaban en mayor medida actitudes y hábitos alimentarios anormales. Las preocupaciones con el control de peso y por el peso y la figura juegan un rol causal en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

El atractivo físico juega un papel vital. Este concepto está ampliamente vinculado con el ideal de belleza. Gómez Peresmitré (1998) encontró que es más importante sentirse que “ser atractivo”, es decir, existe una gran relevancia en los sentimientos y percepciones personales sobre la determinación en la auto-percepción de ser atractivo o no.

1.2.3 Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria

La conducta alimentaria comienza por el hambre, es decir, por mecanismos fisiológicos que indican la necesidad de consumo de sustancias que proporcionen energía al cuerpo. Relacionados con la ingesta alimentaria, participan factores como la vista de algún estímulo, olores, pláticas sobre alimentos, etc. (Carlson, 1996). Asimismo, la conducta alimentaria tiene un componente afectivo o emocional (Vargas, 1993). Toro (1996) señala que el componente afectivo en la conducta alimentaria es muy importante y plantea una lista de eventos asociados con la comida entre los que se destacan los festejos de cumpleaños, las bodas, las celebraciones, etc.

Aquellos factores que se han identificado como de riesgo en trastornos alimentarios, en esta categoría, son la dieta restringida, los ayunos, la conducta alimentaria compulsiva y los atracones, principalmente (Gómez-Peresmitré, Saucedo, et al., 2001).

Cuando se habla de dieta restringida, se hace referencia a aquel régimen alimenticio en el cual se eliminan ciertos alimentos a fin de controlar el peso, siendo más frecuente el propósito de disminución o mantenimiento del mismo (Field, Wolf, Herzog, Cheun, & Colditz, 1993). Polivy y Herman (1983) señalan que el seguimiento de dieta restringida de manera voluntaria no implica en todos los casos un problema con la imagen corporal, aunque sí cierto grado de preocupación por la figura.

El atracón es aquel consumo a lo largo de un periodo de tiempo corto, en el cual se ingiere una gran cantidad de comida, la cual es considerada superior a la que la mayoría de las personas comerían. Este periodo corto de tiempo es menor a dos horas y el atracón no necesita presentarse en un solo lugar. Se considera que este factor de riesgo forma parte de la sintomatología bulímica y del trastorno por atracón o binge eating, dependiendo de la frecuencia y cronocidad de este comportamiento (APA, 2002).

1.2.4 Factores de riesgo asociados con conductas compensatorias

En este rubro se encuentra, por una parte, el ejercicio excesivo, considerándose como tal la práctica de actividades físicas de más de 10 horas a la semana con propósitos de control de peso; en segundo lugar, el uso de inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua y de fibra (Gómez Peresmitré, 2001). Estos mecanismos se emplean con objeto de mantener o reducir medidas corporales y/o el peso, después de que la ingesta de alimento haya producido algún sentimiento negativo. Estos factores de riesgo, cuando se presentan con mayor frecuencia, suelen ser indicadores de bulimia nervosa, al estar acompañados de otros síntomas como atracones, también con alta frecuencia (APA, 2002).

1.2.5 Factores asociados con el desarrollo puberal/madurativo

La etapa del desarrollo en la que se presentan los trastornos alimentarios es importante, y ésta puede representar un factor de riesgo. En la pubertad se presenta un considerable aumento del tejido adiposo en las niñas, lo cual puede ocasionarles preocupación. Así, la maduración temprana y el desarrollo puberal pueden representar un factor de riesgo (Killen, Hayward, Litt, Hammer, Wilson, Miner et al., 1992).

Pineda, Platas y Gómez Peresmitré (2000) encontraron que la menarca temprana puede ser un factor de riesgo relacionado con la satisfacción corporal. Sin embargo, en un estudio prospectivo de factores de riesgo se evaluó si la menarca temprana predecía la aparición de la insatisfacción con la imagen corporal, este último es un factor de riesgo confirmado como fundamental en el desarrollo de trastornos alimentarios. Se encontró que la menarca temprana no es un factor predictivo en la insatisfacción con la imagen corporal (Stice, 2002) ni en la aparición de trastornos alimentarios (Stice, Pressnell & Bearman, 2001). Estos resultados contradictorios indican la importancia de la percepción de eventos normativos en las adolescentes y su respectiva interpretación, en conjunción con otros factores de riesgo para presentar un trastorno alimentario.

Asimismo, se considera que la adolescencia media, alrededor de los 18 años, es una etapa de alta frecuencia de inicio de bulimia nervosa, confirmándose el hecho de que la adolescencia en

si es una etapa de riesgo para que las mujeres presenten el inicio de un trastorno alimentario (Stice, 2002).

1.2.6 Factores asociados con el funcionamiento psicológico general

Aquí se pueden ubicar aquellas dificultades con la regulación del afecto o inestabilidad afectiva como factores de riesgo para la bulimia nervosa, así como ciertos rasgos de personalidad. Por ejemplo, las mujeres bulímicas buscan frecuentemente la aprobación social, presentan tendencia a evitar conflictos, y se les dificulta identificar y expresar sus necesidades. En el caso de la paciente con anorexia, se presentan características de obsesión, inhibición social, sumisión y restricción emocional, tendencia hacia el perfeccionismo y baja autoestima (Shisslak, Crago, Gray, Estes, McKnight, Parnaby, et al., 2000).

Se ha encontrado que existe relación entre el afecto negativo, por ejemplo, ansiedad y depresión, y la sintomatología bulímica. El afecto negativo parece predecir o retroalimentar la sintomatología bulímica en estudios prospectivos de factores de riesgo (Stice & Whitenton, 2002).

1.2.7 Factores familiares

Los ideales de belleza y corporales con frecuencia son compartidos en la familia. De éstos provienen fuertes presiones hacia las mujeres a poseer el ideal de belleza actual. Existen estudios en los que se muestra la relación entre los ideales estético-corporales entre madres e hijas (Flynn & Fitzgibbon, 1996).

Asimismo, los padres proporcionan un contexto ambiental para las conductas alimentarias en los niños, que incluye los tipos y cantidad de la comida disponible, la frecuencia de comidas y colaciones, el contexto social de las comidas, el modelamiento de alimentación saludable o no,

y la educación de los niños acerca de hábitos alimentarios y su respectivo reforzamiento (Brown & Odgen, 2004; Patrick & Nicklas, 2001; Ritchie, Welk, Styne, Gerstein & Crawford, 2005).

En un estudio que evaluó la relación entre los patrones alimentarios en la familia durante la infancia y la adolescencia, en pacientes con trastornos alimentarios e individuos sanos, se encontró que un factor vinculado con la presencia de un trastorno de la alimentación fue el consumo de dulces y golosinas. Por otra parte, desayunar regularmente se relacionó negativamente con la presencia de un trastorno alimentario. Al comparar los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria e individuos sanos, los primeros reportaron patrones de consumo de comida “sin sabor” en etapas tempranas de la vida, lo cual en conjunto con la atribución de una importancia excesiva a la comida por parte del individuo y de la familia, incrementa la probabilidad de desarrollar un desorden del comer (Fernández-Aranda, Krug, Granero, Ramón, Badia, Giménez, et al., 2007).

Se ha reportado que la cohesión familiar se asocia significativamente con un menor consumo de refresco y mayores tasas de frecuencia de desayuno. Además, el consumo de leche, frutas y verduras se predice también por la cohesión familiar, aunque a un nivel marginal (Franko, Thompson, Bauserman, Affenito & Striegel-Moore, 2008).

La interacción entre padres e hijos puede ser un factor patogénico fundamental en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Peresmitré, García, Pineda, Llopis, García y Archilla, 2002). Existe relación entre la preocupación por el peso y los incrementos en el conflicto con los padres y reducciones en la intimidad materna en adolescentes mujeres (May, Kim, McHale & Crouter, 2006).

Al evaluar la importancia del ambiente familiar en la génesis de los trastornos alimentarios, resalta el tipo de relación con la madre. Platas, Gómez Peresmitré, Pineda, Rodríguez y León (2006) encontraron mayores niveles de riesgo en variables como conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restringida y preocupación por el peso y la comida, cuando la percepción de la relación materna es negativa. Bruch (1985) señala que cuando la madre está ausente o no es sensible ante las necesidades de los hijos se puede producir una respuesta

reactiva, principalmente en el caso de las jóvenes. Esta respuesta reactiva se dirige hacia el control de la conducta alimentaria debido a una excesiva preocupación por la imagen y peso corporales.

Asimismo, entre otros estresores precipitantes para la aparición de anorexia nervosa, se ha identificado el divorcio de los padres, por lo que este trastorno alimentario puede ser considerado como una estrategia de afrontamiento del estrés familiar (Gowers, 2005). Aunque cabe resaltar que este estresor puede estar vinculado con la presencia muchos otros comportamientos anómalos.

Los factores de riesgo familiares pueden tener mayor influencia en mujeres jóvenes que tienen rasgos de ansiedad, tal vez debido a que es más probable que éstas interioricen presiones y expectativas conforme a los valores familiares (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004).

1.2.8 Factores asociados con la relación con los pares

Los pares, junto con la familia y los medios masivos de comunicación, pueden llegar a ejercer presión que conduzca hacia el deseo de ser delgado y presentar insatisfacción con la imagen corporal (Stice, Nemeroff & Shaw, 1996). Se ha encontrado relación existente entre preocupaciones referentes a la imagen corporal y la influencia de los pares en niñas entre ocho y once años (Phares, Steinberg & Thompson, 2004).

Particularmente en la preadolescencia y la adolescencia, parece ser que los individuos son más susceptibles a la presión ejercida por los pares. Así, para ganar aceptación entre ellos, los adolescentes pueden adoptar creencias y prácticas realizadas por otros miembros del grupo (Sieving, Perry & Williams, 2000).

Levine, Smolak, Moody y Hensen (1994) encontraron que las prácticas de control de peso en mujeres adolescentes estaban relacionadas con las que realizaban sus pares. Las actitudes de las amistades contribuyen significativamente en la predicción de la preocupación por la imagen

corporal y las conductas alimentarias (Paxton, Schutz, Wertheim & Muir, 1999). Esto sugiere que la presión de los pares (Field, Camargo, Taylor, Berkey & Colditz, 1999) puede ser un factor de riesgo para sintomatología bulímica y trastornos alimentarios, aunque ésta no se ha evaluado prospectivamente como un factor de riesgo.

Sin embargo, Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts y Colditz (2001) no encontraron evidencia de que la influencia de los pares sea un factor de riesgo para los desordenes del comer, al menos no en la fase de adolescencia temprana.

1.2.9 Factores socioculturales

El ideal de belleza femenina actual es el de una mujer con figura alta, delgada, de extremidades largas y delgadas, de cintura pequeña y busto grande. Aunque sabemos que esta figura no corresponde a la constitución del cuerpo de todas las personas, y no es representativo de las características físicas de la mujer mexicana, se recurre con frecuencia al uso de dietas restringidas, cirugías, ejercicios excesivos, etc., con tal de obtenerla. Este ideal de delgadez es representado por modelos, cantantes, actrices, etc. en los medios de comunicación, quienes constantemente están cuidando que la propia corresponda a esa figura deseada. Además, se atribuyen características positivas a las personas delgadas como resultado del estereotipo actual: se considera que quien es delgada, generalmente es atractiva, inteligente, ágil, sociable, exitosa, con fuerza de voluntad. Los medios de comunicación, principalmente la televisión, las revistas y todos los relacionados con la publicidad, han sido los principales promotores de este “ideal de delgadez”, reafirmando algunas de las ideas que se le atribuye a la gente delgada (Toro, 1996; Gómez Peresmitré, Saucedo, et al., 2001).

Las grandes compañías de ropa, artículos de belleza, productos para adelgazar, productos comestibles “light”, han sido los principales beneficiados de la promoción del ideal de delgadez, y el cual también han promovido al punto tal de la creación, por ejemplo, de tallas “0” ó “1” a las cuales sólo tiene acceso aquellas mujeres que son excesivamente delgadas. Este modelo de figura ideal ha sido adoptado por la sociedad, de tal manera que aceptamos como ideal de belleza dicho modelo. No son sólo los adultos quienes han adoptado el ideal de figura delgada,

incluso niñas de 5 o 6 años han reportado preferencia por siluetas más delgadas. Dado lo anterior, se considera que la promoción del ideal de delgadez es una de las principales influencias en el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Shisslak et al., 2000).

La idealización de la delgadez observada en la actualidad tiene sus inicios tras la Primera Guerra Mundial, al producirse una serie de cambios tanto en los valores como en las costumbres. Se presenta la progresiva reducción del tamaño de los trajes de baño, hasta llegar al bikini. Es deseable que la piel sea “bronceada”, esto se consigue en las playas y exponiendo el cuerpo al sol, con la menor ropa posible, o en su defecto, artificialmente a través de cremas autobronceadoras o sistemas que lo asemejen. Pero el cuerpo que busca lucirse “debe estar de acuerdo con lo que dicta la moda”, es decir, delgado. Durante esta época tiene lugar la aparición de los concursos de belleza en el mundo occidental, lo cual supone considerar el cuerpo femenino como un objeto de contemplación, valoración y comparación, pero al final solamente como objeto. En la década de los cincuenta, se presentan nuevas variaciones respecto a los cánones de belleza. Se promovieron dos tipos de estética corporal femenina. Uno de ellos incluía un busto generoso y opulento, cintura muy afinada y caderas anchas: Marilyn Monroe y Jane Mansfield fueron las figuras más representativas de este modelo. Otro modelo fue representado por figuras como Grace Kelly y Audrey Hepburn, con siluetas estilizadas, incluso mostrando delgadez extrema, pero además con actitudes que mostraban una estética de “clase”, opuesto a lo simbolizado por mujeres como Marilyn Monroe quienes eran consideradas mucho más “vulgares” y menos sofisticadas. En los años sesenta, las clases populares aumentan de peso y constitución. En esta época se lanza la minifalda con modelos extremadamente delgadas; llega el fenómeno “Twiggy”, una chica esquelética de 17 años que se introdujo con gran fuerza en la moda americana y europea. A ello se suma la “eficacia” de los medios de comunicación y de las campañas de publicidad, se produce la abolición del cuerpo normopeso como modelo estético y su sustitución por el modelo tubular y andrógino. Actualmente, el anhelo de adelgazar o mantenerse delgado se ha convertido en nuestros días en un valor central de nuestra cultura, y su interiorización es un hecho. Esta generalizada búsqueda de pérdida de peso constituye el mayor factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria, y para un elevado número de personas, la valoración personal está en función de la valoración del propio cuerpo. Cabe resaltar que en la actualidad, el mundo de la moda, las modelos y la industria adelgazante han ido adquiriendo progresivamente más fuerza e influencia. Sin embargo, la tendencia del modelo corporal ha promovido delgadez pero al

mismo tiempo voluminosidad pectoral, lo cual constituye una gran dificultad conseguir esta figura, por lo que ha aumentado el auge de la cirugía estética (Toro, 1996; Turón, 2000).

1.2.10 Factores de riesgo para el desarrollo de los atracones o sobreingesta (binge eating)

Striegel-Moore y Steiner-Adair (2000, p.26) mencionan los siguientes factores de riesgo para el desarrollo de los atracones:

- Contexto familiar: crianza inapropiada, psicopatología de los padres, incesto, abuso físico; obesidad de los progenitores, preocupación de los padres por el peso.
- Contexto sociocultural: ideal de delgadez, la belleza como clave del éxito, la belleza como factor determinante de la feminidad.
- Carencias personales: autoestima baja, conciencia interoceptiva escasa, socialización perturbada.
- Preocupación por la imagen corporal: ideal de la belleza esbelta, importancia del peso o silueta, creencias sobre lo que resulta atractiva, insatisfacción con la propia imagen corporal.
- Vulnerabilidad constitucional: obesidad infantil, menarca temprana, perfeccionismo.
- Conductas respecto del control de peso: dietas, purgas, ejercicios físicos excesivos.

Así, los aspectos de crianza y relación con los padres inciden en las carencias personales, el contexto familiar y sociocultural en las preocupaciones por la imagen corporal y la vulnerabilidad, las preocupaciones por la imagen corporal en el control de peso y se producen así, los atracones. Por otra parte, se han realizado también descripciones globales o generales de los factores de riesgo, específicamente, tanto para Anorexia nervosa como para Bulimia nervosa:

1.2.11 Factores de riesgo en la anorexia nervosa

Se ha encontrado en la literatura internacional que existen ciertos factores de riesgo en la incidencia de la anorexia nervosa (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000):

- Ingresos elevados y alto nivel educativo de los padres (Walters & Kendler, 1996).
- Problemas alimentarios en la primera infancia (Marchi & Cohen, 1990; Rastram, 1992).
- Autoestima baja (Walters & Kendler, 1996).
- Predominio de conductas neuróticas (Walters & Kendler, 1996).
- Sobreprotección materna (Walters & Kendler, 1996).
- Algún pariente de sexo femenino que sufre de anorexia nervosa o bulimia nervosa (Strober et al., 1990; Walters & Kendler, 1996).
- Psicopatología de los progenitores (Garfinkel et al., 1996).
- Abuso sexual en la infancia (Garfinkel et al., 1996).

1.2.12 Factores de riesgo en la bulimia nervosa

También se ha observado que existen factores de riesgo que influyen en la aparición de la bulimia nervosa (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000):

- Menarca temprana (Fairburn et al., 1997).
- Locus de control externo (Kendler et al., 1991).
- Autoestima baja (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991).
- Obesidad en la infancia (Fairburn et al., 1997).
- Preocupación por el peso (Killen et al., 1994).
- Presión social respecto del peso y/o alimentación (Fairburn et al., 1997).
- Dietas familiares (Fairburn et al., 1997)
- Trastornos alimentarios en los miembros de la familia (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991).
- Psicopatología de los progenitores (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991; Garfinkel et al., 1995).
- Crianza inadecuada (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991).

- Discordia entre los padres (Fairburn et al., 1997).
- Abuso sexual en la infancia (Fairburn et al., 1997; Garfinkel et al., 1995).

Stice (2002) realizó un meta-análisis de los factores de riesgo y mantenedores de la alimentación patológica. En éste resume los factores de riesgo de la siguiente manera: a) un elevado índice de masa corporal es un factor de riesgo para la presión a ser delgado, insatisfacción corporal y dieta; b) el modelamiento de la imagen corporal y la alimentación desordenada son factores de riesgo para patología bulímica; c) la insatisfacción corporal es un factor de riesgo para seguimiento de dieta restringida, afecto negativo – por ejemplo, depresión y ansiedad - y alimentación anómala; d) el afecto negativo, el perfeccionismo, la impulsividad y el abuso de sustancias son factores de riesgo para alimentación patológica; e) la presión para ser delgado y la interiorización del ideal de delgadez pueden ser considerados factores de riesgo causales para la insatisfacción corporal, dieta restringida, afecto negativo y alimentación problemática; f) el afecto negativo puede ser considerado factor de riesgo causal de la insatisfacción corporal y la ingesta calórica, y es un factor causal y mantenedor del trastorno por atracón; g) la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal y el perfeccionismo son factores mantenedores para la patología bulímica; h) la presión social percibida para ser delgado, la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal son factores potenciadores que amplifican los efectos de otros factores de riesgo.

1.2.13 Factores de riesgo en México

En nuestro país, se cuenta con algunos datos referentes al estado actual de los trastornos alimentarios. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en donde participó población no institucionalizada de 18 a 65 años que habitaba en una de seis regionales nacionales, pertenecientes a áreas urbanas, se encontró que la edad de inicio de bulimia nervosa es en promedio de 25 años, extendiéndose el curso de la enfermedad a lo largo de la etapa adulta (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz et al., 2003). Por otra parte, Mancilla, Franco, Vázquez, López, Álvarez y Téllez (2007) realizaron un estudio de prevalencia de trastornos alimentarios en mujeres estudiantes de una universidad. Los datos recabados correspondieron a 1995 y 2002. La prevalencia de trastornos alimentarios en 1995

fue de 0.49%, siendo el 0.14% para bulimia nervosa y el 0.35% para trastornos alimentarios no especificados (TANE'S). En 2002, la tasa de prevalencia aumentó al 1.15%, siendo en este caso de 0.24% para bulimia nervosa y 0.91% para TANE'S.

Las investigaciones acerca de factores de riesgo en México han abarcado muestras de niños, pre-púberes, púberes, adolescentes y adultos jóvenes. Gómez-Peresmitré (1997) encontró que en preadolescentes ya se presenta insatisfacción y alteración de la imagen corporal, así como el deseo por tener cuerpos delgados y la elección de figuras ideales que se consideran anorécticas.

En un estudio realizado con púberes, se observó que la socialización familiar autoritaria, que despierta sentimientos de culpa por la ingesta y no toma en cuenta las preferencias del preadolescente para los contenidos, está significativamente asociada con el hecho de que los escolares se preocupen por el seguimiento de dieta para bajar de peso (Gómez Peresmitré & Avila 1998).

González, Lizano y Gómez Peresmitré (1999) trabajaron con una muestra de 200 niños escolares mexicanos. Reportaron que los varones y niñas pertenecientes a escuelas públicas consumían más carbohidratos que los que asistían a escuelas privadas. En la comparación entre sexos, los niños presentaron una mayor frecuencia de problemas alimentarios que las niñas, además de referir una mayor cantidad de relaciones familiares autoritarias, las cuales se relacionaron con una auto-atribución negativa y problemas alimentarios.

Al compararse la alimentación anómala entre bailarinas profesionales, estudiantes de danza, mujeres trabajadoras y estudiantes de escuelas públicas y privadas, Unikel y Gómez Peresmitré (1999) encontraron que ésta es más frecuente entre las bailarinas al estar más preocupadas acerca de subir de peso y sobreestimar el mismo.

En una investigación llevada a cabo por Gómez Peresmitré, Alvarado, et al. (2001), se encontró en una muestra de pre-púberes, púberes y adolescentes (N=8673, de los cuales n=4525 eran mujeres), que las escolares más jóvenes ya presentaban actitud lipofóbica y, al igual que las adolescentes, ya reportaban también el deseo de poseer un cuerpo más delgado, presentando al mismo tiempo insatisfacción corporal y percibiéndose con mayor peso del que poseían.

Se ha encontrado que existe relación entre el uso de drogas y conductas alimentarias de riesgo en una muestra de mujeres estudiantes, entre 12 y 19 años. Aun cuando el índice de consumidoras observado fue bajo, más del 70% aquellas que usan drogas presentan conductas alimentarias de riesgo (Gutiérrez, Mora, Unikel, Villatoro & Medina-Mora, 2001).

Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) observaron en adolescentes entre 13 y 18 años, que a medida que aumenta la edad y el índice de masa corporal (sobre todo para obesidad y sobrepeso) de los individuos, los porcentajes de las conductas alimentarias de riesgo se incrementan para ambos sexos.

Gómez Peresmitré, Pineda, L'Esperance, Hernández, Platas y León (2002) encontraron que existe cierta relación entre seguimiento de dieta y conducta alimentaria compulsiva o de sobre ingesta en una muestra de adolescentes, confirmándose hallazgos reportados a nivel internacional.

Saucedo y Gómez Peresmitré (2004) reportaron que la influencia de la publicidad, el índice de masa corporal y la preocupación por el peso y la comida fueron las variables principales en la predicción de la presencia de dieta restringida.

Unikel, Aguilar y Gómez Péresmitré (2005) encontraron que, entre las adolescentes y adultas jóvenes, las críticas de los padres acerca de la apariencia de las hijas y el índice de masa corporal de éstas últimas conforman un factor de presión social, el cual es mediado por creencias negativas y actitudes hacia la obesidad, la depresión y la insatisfacción corporal. Esto, en su conjunto, puede dar lugar a prácticas alimentarias inadecuadas. Asimismo, encontraron que la influencia de la relación padre-hija participa sobre la conducta alimentaria de esta última.

En relación con la presencia de conductas alimentarias de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiantil de la Ciudad de México, se reportaron datos recopilados en la Encuesta sobre Prevalencia del Consumo de Drogas y alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997 (N=10,173, edad=14.5). Se encontró que las mujeres mostraron mayor proporción de conductas alimentarias de riesgo, con excepción de la práctica de ejercicio y de comer compulsivamente, en donde se observó que las adolescentes de 18 y 19

años son las más afectadas (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcantar & Hernández, 2000).

A partir de los datos recopilados por la encuesta antes mencionada, en el periodo 1997-2003, Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz y Medina-Mora (2006) reportaron un incremento en las conductas alimentarias de riesgo cuando se comparó la medición de 1997 con la de los años 2000 y 2003, siendo los varones entre 12 y 13 años y las mujeres entre 18 y 19 años los más afectados. Destacan el aumento en la preocupación por engordar, el uso de métodos purgativos para bajar de peso.

Gómez Pérez-Mitré, González de Cossío, Sois, Cuevas, Unikel, Saucedo et al. (2006). Encontraron una alta prevalencia de sobrepeso en población estudiantil universitaria, la cual fue acompañada de la presencia de indicadores de anorexia nervosa.

En lo referente a las comparaciones transculturales en los factores de riesgo, Gómez Peresmitré y Acosta (2002), contrastaron dos muestras de adolescentes: una mexicana y otra de españolas. Observaron una interacción significativa entre las variables nacionalidad y sexo, así como diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo para la variable satisfacción corporal. Esto significa que la media de las mujeres mexicanas fue significativamente distinta de la media de las mujeres españolas. Por otra parte, también observaron una diferencia significativa para el efecto nacionalidad en la variable preocupación por el peso corporal. En este caso, las medias indicaron que los mexicanos se encontraban más preocupados que los españoles por su peso. En relación con la variable alteración de la imagen corporal, el efecto nacionalidad fue significativo, es decir, los españoles alteraron menos su imagen corporal, los mexicanos subestimaban en contraste con los españoles, quienes sobreestimaban. Se encontró también que los mexicanos deseaban pesar mucho menos en comparación con los españoles, quienes reportaron desear pesar menos de lo que en ese momento pesaban en porcentajes importantes. Finalmente, en cuanto a la elección de figura ideal, las mujeres españolas eligieron siluetas muy delgadas, especialmente aquella que se podría catalogar como emaciación (17%) en contraste con las mexicanas, quienes únicamente eligieron siluetas clasificadas como delgadas en su mayoría (67%). Cabe mencionar que las españolas también seleccionaron en un porcentaje importante esta silueta (67%).

En otro estudio, se encontró que los mexicanos presentan tasas más altas de insatisfacción corporal en contraste con los españoles. Las mujeres de ambas nacionalidades presentaron las puntuaciones más elevadas y esta diferencia con los varones fue significativa. Por otra parte, los ibéricos, en promedio, siguen en menor medida dietas restringidas en comparación con los mexicanos (Acosta & Gómez Peresmitré, 2003).

Acosta, Llopis, Gómez Peresmitré y Pineda (2005) encontraron que más hombres que mujeres de ambas nacionalidades deseaban mantener el mismo peso al momento que respondieron los instrumentos administrados. Más mujeres que hombres deseaban tener un peso menor y mucho menor, siendo mayor el porcentaje de las mujeres mexicanas en comparación con las españolas en esta situación. En cuanto a la variable preocupación por el peso y la comida, los efectos nacionalidad y sexo fueron estadísticamente significativos, resultado que indicó que la preocupación de los españoles es mayor que la de los mexicanos. Las mujeres nuevamente reportaron estar más preocupadas que los hombres. Referente al seguimiento de dieta crónica y restringida, las mujeres presentaron mayores índices que los hombres y esta diferencia resultó significativa.

1.2.3 FACTORES DE PROTECCIÓN PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La Organización Mundial de la Salud (2000) menciona que cada vez existen más datos que indican diversidad de factores psicológicos, sociales y conductuales que protegen la salud en la adolescencia y etapas posteriores. Los *factores de protección* promueven comportamientos positivos e inhiben los comportamientos de riesgo, mitigando los efectos de la exposición al riesgo.

Striegel-Moore y Steiner-Adair (2000) consideran que el término *factores de protección* se refiere a aquellas habilidades que protegen al individuo contra el impacto de los factores de riesgo para una enfermedad. Así, los esfuerzos dirigidos hacia la disminución del riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria considerando la reducción de factores de riesgo mediante el desarrollo de factores de protección específicos proporcionan una perspectiva

favorable en términos de prevención. Stice (2002) indica que un factor protector es aquella variable que mitiga los efectos negativos de un factor de riesgo.

Se ha encontrado (Seiffge-Krenke, 1998, p. 11) que entre los factores protectores contra los trastornos mentales, en general, se encuentran:

- Tener hermanos mayores al menos por dos años.
- Atención al niño durante los primeros años de vida.
- Relación padre-hijo positiva durante los primeros años de vida.
- Otras personas de referencia significativas además de la madre.
- Cuidado adecuado por parte de los hermanos y abuelos.
- Apoyo emocional por parte de parientes y vecinos.
- Amistad cercana con niños de la misma edad.
- Estructura y reglas claras dentro de la familia.
- Oportunidades para familias en la obtención de consejo por parte de profesionales, maestros, etc.
- Acceso a organizaciones especiales y otros servicios (centro de salud, consultorios, etc.)
- Satisfacción en el empleo materno.
- Valores compartidos y perspectivas de vida en la familia.

Jessor, Turbin y Costa (1998) clasificaron factores protectores en comportamientos saludables en adolescentes como proximales y distales. Los primeros comprenden el valor de la salud, los efectos percibidos de los comportamientos comprometidos con la salud, y la presencia de padres que modelan el comportamiento saludable. En el segundo grupo se contemplan la orientación positiva a la escuela, los amigos que modelan comportamientos convencionales, involucramiento en actividades prosociales y asistencia a la iglesia (religiosidad).

Por otra parte, algunos de los factores de protección que se consideran en el campo de los trastornos alimentarios son: manejo adecuado del estrés, construcción adecuada de la autoestima, realizar autoevaluaciones positivas, relaciones interpersonales adecuadas, habilidades en relaciones humanas y habilidades de comunicación (O'Dea, 1995); hábitos alimentarios saludables, desarrollar habilidades y competencias que no se basen en la

apariciencia, habilidades para resistir presiones culturales no saludables (Shisslak, Crago, Estes & Gray, 1996); así como poseer información adecuada respecto al desarrollo puberal, madurez sexual precoz o tardía (Pineda et al., 2000). Stice (2002) menciona que el apoyo social es un factor protector que puede reducir el impacto de otros factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria.

En un estudio realizado con una muestra de adolescentes del estado de Guanajuato en México, Austin y Smith (2008) encontraron una relación negativa entre los valores familiares y la interiorización del ideal corporal delgado, pudiendo ser considerados como un factor protectos, aunque todavía es necesario explorar más sobre el tema.

La información obtenida hasta la actualidad, producto del estudio de los factores de riesgo y de protección en trastornos alimentarios, debe considerarse para el diseño e implementación de programas de prevención.

CAPÍTULO 2

PREVENCIÓN

2.1 PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

2.1.1 Definición

En 1948, la OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. En términos de promoción de la salud, no se concibe como un fin, sino que se considera como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Así, son prerequisites para la salud: la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos (OMS, 1986).

Álvarez (1991) menciona que la salud y la enfermedad corresponden a un continuo y no a categorías, siendo el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste, en donde el medio se define en términos de tres dimensiones: física, biológica y psicosocial. Así, la salud y la enfermedad no son conceptos separados, por el contrario, se superponen.

Se concibe la salud como una interacción dinámica entre varios factores que provocan estrés y aquellos que protegen al individuo contra los efectos negativos, en donde las circunstancias propias de la vida de un individuo y su historia personal son factores importantes. Por ello, nuestro cuerpo se enfrenta constantemente a una serie de fuerzas que tienden a romper el equilibrio de la salud, es decir, en este proceso se alteran constantemente las circunstancias y factores que condicionan este equilibrio (Hernández-Guzmán, 1999).

Un concepto íntimamente relacionado con la obtención y mantenimiento de la salud es el *estilo de vida*, el cual se refiere a una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento que son determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Por otra parte, la *calidad de vida* se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida

dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Así, este concepto se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones positivas y negativas, dentro de un contexto cultural, social y ambiental, en donde las áreas fundamentales a evaluar son: a) física, b) psicológica, c) nivel de independencia, d) relaciones sociales, e) el entorno, y d) las creencias personales/espirituales. Por lo tanto, los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen (OMS, 1998).

2.1.2 Modelos de salud

Existen teorías y modelos relacionados con la salud, los cuales permiten comprender mejor aquellos factores asociados con el proceso salud-enfermedad y los comportamientos relacionados con él:

- **Modelos médicamente orientados:** En los modelos médicos recientes se intenta compensar la debilidad del modelo anterior (de factores de riesgo basado en el supuesto de que cada enfermedad tiene una causa específica) respecto a la ausencia en la explicación sobre aquellos individuos expuestos a los agentes patógenos que no contraen la enfermedad, considerando una variedad de factores que influyen sobre la salud y los comportamientos saludables. Aquí se contempla la salud y la enfermedad como estados determinados o influidos por muchas variables, y la enfermedad es una falla del individuo en la adaptación a diferentes niveles de exposición ante estímulos nocivos, agentes patógenos o estrés. Así, la salud se observa en términos del estilo de vida total de un individuo (Seiffge-Krenke, 1998).
- **Modelos sociológicos:** La mayor parte de las teorías sociológicas enfatizan la explicación de cómo las estructuras sociales, factores socio-ecológicos y la socialización afectan la salud y los comportamientos relacionados con la salud (Seiffge-Krenke, 1998). Este modelo se define como un marco conceptual en el que las mejoras en la salud y el bienestar se logran mediante los esfuerzos dirigidos hacia los determinantes sociales y ambientales de la salud (factores de riesgo y protección, calidad de vida, independencia funcional, bienestar, mortalidad, morbilidad y discapacidad), en

conjunción con factores biológicos y médicos (Aged, Community and Mental Health Division, 1998).

- **Modelos psicológicos:** Estas aproximaciones le dan mucha importancia a los procesos que dieron origen a los trastornos físicos y anormalidades, es decir, cómo comienzan y se desarrollan. Se ha observado que algunos individuos son capaces de mantenerse saludables. Se consideran también los factores de riesgo, aunque también los factores de protección en el proceso de socialización del niño, de manera que se refuerza o debilita el potencial de los factores de riesgo que generan trastornos mentales y conductuales (Seiffge-Krenke, 1998).
- **Modelo de creencias en la salud.** De acuerdo con el modelo de las creencias relacionadas con la salud, los individuos actuarán preventivamente a partir de la evaluación de dos aspectos: el primero, referente a la amenaza que genere el problema de salud, y el segundo será la evaluación de los pros y contras de llevar a cabo la acción preventiva. La percepción de la amenaza de la enfermedad incluye la seriedad percibida del problema de salud, la susceptibilidad percibida y las claves de acción, sin dejar de lado las variables sociodemográficas, psicosociales y estructurales. Éstas últimas se refieren al conocimiento previo de la enfermedad (Sarafino, 1998).
- **Teoría de la acción razonada.** Desde la perspectiva planteada en esta teoría, la gente decide la intención hacia la cual se dirigen sus acciones voluntarias y estas intenciones son los mejores predictores de lo que las personas harán (Ajzen & Fishbein, 1980). Esta intención estará determinada por la actitud hacia la conducta y la actitud acerca de una norma subjetiva. Así, ambas actitudes se combinan para producir la intención antes mencionada, para después guiar hacia la ejecución de una conducta.

2.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; en ésta, no solamente se consideran las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también a

aquellas que buscan modificar condiciones sociales, ambientales y económicas para disminuir su impacto en la salud pública e individual, donde, la participación social es esencial para sostener dichas acciones (OMS, 1986).

2.2.1 Métodos para la promoción de la salud

Los programas para la promoción de la salud intentan motivar la práctica de comportamientos saludables a través de la enseñanza de la naturaleza de esos comportamientos, cómo se realizan y el convencimiento de la gente en términos de sus hábitos actuales no saludables. Por ello, se han elaborado métodos para lograr cambios en las creencias y actitudes relacionadas con la salud (Sarafino, 1998):

- *Precaución y alerta.* De acuerdo con el modelo de creencias en la salud, la gente practica comportamientos saludables si creen que al no realizarlos se vuelven vulnerables ante las enfermedades. Si se provoca demasiado miedo, las personas tenderán a presentar estilos de afrontamiento de evitación, por ejemplo, minimizando, ignorando o negando el riesgo.
- *Proveer de información.* En este método se emplean los medios de comunicación masiva para presentar advertencias y proveer información a la gente. Por otra parte, los consultorios y hospitales pueden ser una buena fuente de información y precauciones a fin de promover la conducta preventiva. La desventaja de estos lugares es que la gente acude con poca frecuencia.
- *Métodos conductuales.* Se enfocan directamente a motivar a las personas a llevar a cabo comportamientos preventivos, a través de dar instrucciones específicas o entrenamientos para realizar la conducta saludable. Estas técnicas han sido muy efectivas en los programas de promoción de la salud. También se incluye en estos métodos la manipulación de consecuencias de las conductas relacionadas con la salud, proporcionándose reforzadores para la práctica de acciones preventivas.

En México, se han planteado varias iniciativas desde la perspectiva de la promoción de la salud. Una de ellas es “Escuelas Promotoras de la Salud”, la cual busca proporcionar aptitudes para la vida social y culturalmente pertinentes, y actividades escolares sobre la salud centradas en el desarrollo de jóvenes y adolescentes. Asimismo, el programa de salud familiar “La Salud empieza por casa” busca adiestrar a los trabajadores comunitarios de salud locales como agentes de promoción de la salud con el propósito de establecer “casas que favorecen la salud” (OMS, 2000).

2.2.2 Promoción de la salud en las escuelas

Las escuelas constituyen un escenario único en la promoción de la salud, debido a que se puede actuar mientras los niños se encuentran vulnerables ante ciertos factores de riesgo. Es decir, dentro de situaciones de riesgo, se pueden adquirir comportamientos protectores y establecerlos como hábitos o creencias que impacten directamente en sus estilos de vida (Sarafino, 1998).

2.2.3 Empoderamiento a favor de la salud

La OMS (1986) pone de manifiesto, en la Carta de Ottawa, la importancia de acciones concretas y eficaces por parte de la comunidad en la definición de prioridades en materia de salud, la toma de decisiones y la planificación de estrategias y su correspondiente implantación con el propósito de mejorar la salud. Así, se conceptualiza que el empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud.

De acuerdo con lo anterior, una comunidad empoderada para su salud (OMS, 1998, p. 16) “es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas... El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer

frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas, y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades básicas para la vida y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la salud. En este sentido, la promoción de la salud va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen”. Es por medio de la participación de individuos y organizaciones de una comunidad, que ofrecen apoyo social en materia de salud, que se abordan los conflictos dentro de la comunidad, y se adquieren una mayor influencia y control sobre los propios determinantes de la salud.

2.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En este concepto se consideran las oportunidades de aprendizaje creadas con el objeto de mejorar la alfabetización sanitaria, incluyendo la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Así, no sólo abarca la transmisión de información, sino que considera el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para el mejoramiento de la salud, en donde la información también se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria (OMS, 1998).

2.4 PREVENCIÓN

La OMS (2000) señala que la clave para mejorar la salud en el mundo es dar mayor importancia a la prevención de las causas de las enfermedades importantes, y que al reducirse los riesgos mejorará la esperanza de vida sana. La prevención no significa sólo reducir la incidencia de patologías físicas y psicológicas, sino que engloba además la promoción del bienestar, la competencia, la salud y la eficacia de cada persona (Hernández-Guzmán, 1999).

2.4.1 Niveles de prevención

Álvarez (1991) menciona que de acuerdo con el enfoque médico y de salud pública, se consideran tres niveles de prevención y en cada uno las acciones serán diferentes:

- a) Prevención primaria: Está dirigida al individuo sano o aparentemente sano. Los objetivos que se persiguen son promover la salud, evitar enfermedades por medio de la educación para la salud y la prevención específica.
- b) Prevención secundaria: Sus objetivos consisten en evitar que las enfermedades progresen y limitar la invalidez por medio del diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, donde las acciones se dirigen al individuo enfermo.
- c) Prevención terciaria: Se refiere a la rehabilitación, no sólo en términos físicos, sino también en el área social, de manera que el individuo sea útil a sí mismo y a la sociedad.

Por su parte, la OMS (1984) considera que la prevención de la enfermedad abarca medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de una enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también se avoca a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Así, la prevención primaria se dirigirá a evitar la aparición inicial de una enfermedad, la prevención secundaria y terciaria se avocarán a detener o retardar la enfermedad ya presente, así como sus efectos, a través de la detección temprana y la administración de un tratamiento adecuado con el propósito de evitar el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. En ocasiones, suele confundirse el término prevención con el de promoción de la salud. Entonces, en este contexto, cabe señalar que la prevención es la acción que surge del sector sanitario y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables, los cuales suelen estar frecuentemente asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

Sarafino (1998) menciona que la prevención primaria puede comenzar incluso antes de que una persona nazca debido a que es posible estimar el riesgo de enfermedades con causas genéticas.

Existen dos aproximaciones prometedoras en el campo de la prevención primaria. La primera se refiere a la incorporación de los médicos en la promoción de la salud a través de proporcionar orientación a sus pacientes. La segunda se refiere a ayudar a la gente a

reconocer la necesidad de mejorar su salud a través de la aplicación de cuestionarios que evalúen los factores de riesgo de distintos trastornos (Sarafino, 1998).

Catalano y Dooley (1980) proponen que la prevención primaria puede subdividirse en estrategias proactivas y reactivas. Por una parte, la prevención primaria reactiva se refiere a estrategias que buscan el mejoramiento en las respuestas de afrontamiento para aumentar la resistencia a estresores que puedan provocar daño. Por otra, la prevención primaria proactiva engloba estrategias cuyos propósitos se enfocan en eliminar agentes causales de la enfermedad, la cual puede ocurrir antes o después del estresor, pero con el propósito de preparar al individuo para responder efectivamente ante el estresor, es decir, buscando evitar el estresor.

El Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA, 1997) mencionan otra clasificación para los niveles de prevención: universal, selectiva e indicada. La prevención universal se dirige a la población general con mensajes y programas que buscan prevenir o retrasar el abuso del alcohol, tabaco y otras drogas. Los programas selectivos se dirigen a muestras que están en riesgo para el abuso de sustancias al pertenecer a un segmento particular de la población, siendo los grupos de riesgo identificados en base a factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales que se relacionan con el abuso de sustancias, sin considerar el nivel de riesgo de los individuos dentro del grupo en particular. Las estrategias de prevención indicada se dirigen a prevenir el inicio del abuso de sustancias en individuos que no cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002) para adicciones, pero que muestran signos tempranos de riesgo.

2.5 PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

2.5.1 Importancia de la prevención de trastornos alimentarios

El objetivo de la prevención es evitar el sufrimiento, de manera que es importante aplicarla debido a que los tratamientos (cuya función es correctiva) no reducen la incidencia de las enfermedades. Así, observando la complejidad de los trastornos alimentarios, sus graves consecuencias y el difícil pronóstico que se tiene, aumenta la importancia de la prevención. La prevención primaria se refiere a “los esfuerzos para atenuar la incidencia de los trastornos

alimentarios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo”, es decir, la prevención se dirige a identificar y eliminar factores causales que influyen en la aparición de los trastornos alimentarios (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000, p. 17).

Existen distintos enfoques de la prevención primaria de los trastornos de la alimentación que pueden dividirse en dos grandes grupos: aquellos esfuerzos dirigidos a la eliminación de factores causales del trastorno y los encaminados al fortalecimiento del huésped, es decir, la protección de la persona con respecto al impacto de influencias nocivas. Las intervenciones cuya eficacia ha sido mayor tienen metodología interactiva, empleando la reflexión, actividades participativas, autoevaluaciones y la inclusión de los progenitores y adultos que se relacionan con los participantes, así como estrategias de prevención en el hogar y la escuela (Striegel-Moore & Steiner-Adair, 2000).

Para la prevención primaria se sugiere: a) la acción directa mediante campañas de información dirigidas a sujetos de riesgo, sus familias y a la población en general; b) la modificación de conductas precursoras de la enfermedad, tal es el caso de las variaciones de la dieta sin control en niños y adolescentes, seguimiento de dietas restringidas con fines de adelgazamiento; c) identificación de grupos de riesgo; d) acción sobre los estereotipos culturales mediante la sensibilización de la sociedad con respecto a la presión que ejercen sobre la figura y la estética; y e) llevar a cabo programas de educación escolar temprana (Rodríguez, Fernández de Corres, Lalaguna, González & González-Pinto, 2001).

Turón (2000) menciona que los aspectos a considerar dentro de un programa de prevención primaria de los trastornos alimentarios son: 1) proporcionar información sin ser exhaustivos en aspectos psicopatológicos y tendiente a la orientación hacia la salud; 2) modificación de conductas precursoras de la enfermedad, por ejemplo, de la dieta crónica y restringida; 3) detectar grupos de riesgo y trabajar con ellos; 4) acción sobre los estereotipos culturales, buscando la sensibilización de la población en riesgo sobre la que se ejerce la presión hacia la delgadez, y la conciencia de que dicha presión está motivada por intereses económicos; 5) educación escolar, siendo colegios y universidades ambientes propicios para la prevención; 6) seguimiento de los individuos en riesgo y llevar a cabo prevención secundaria.

De acuerdo con Slade (1995), los tres puntos fundamentales a considerar en la prevención primaria de los trastornos alimentarios son:

- 1) El deseo de adelgazar y la consiguiente tendencia a hacer dietas. Los esfuerzos en materia de prevención se dirigen tanto a la educación escolar como hacia las acciones sobre los medios de comunicación, con los que se relacionan más los grupos de riesgo; la idea no es descalificar la delgadez, sino reivindicar la diversidad en la forma y peso corporales en toda la población.
- 2) El conocimiento de la población general sobre los TCA, particularmente en referencia a la información que tienen las personas acerca de la conducción de la dieta a la anorexia nervosa, la consecuencia de muerte que puede derivarse de este trastorno alimentario y el tiempo de recuperación de los trastornos alimentarios después del tratamiento.
- 3) El grupo de alto riesgo, es decir, las adolescentes y adultos jóvenes. Se propone que la prevención comience en edad escolar, donde participen los profesores en las tareas preventivas y como orientadores que ayuden a los jóvenes a conocerse mejor a sí mismos.

Asimismo, los esfuerzos deberán estar dirigidos hacia alterar los juicios prevalentes acerca de la naturaleza y aceptación de la restricción alimentaria entre los pares. Debemos evitar la tentación de sólo persuadir a la gente acerca de la futilidad de la dieta. Es necesario emplear métodos como la discusión abierta o el diálogo socrático para reforzar la cultura preactiva como parte de l entrenamiento que busca fortalecer la resistencia (Huon, Braganza, Brown, Ritchie, & Roncolato, 1998).

Los programas de prevención llevados a cabo en la etapa escolar elemental pueden ser una buena oportunidad para disminuir la incidencia de trastornos alimentarios. Los objetivos de los programas deben dirigirse de manera individual, en particular con aquellos aspectos relacionados con la imagen corporal y el control del peso. Por otra parte, los programas pueden dirigirse hacia la reducción de los factores de riesgo detectados y disminuir su probabilidad, lo cual desembocará en una disminución de riesgo de padecer el trastorno, así como en la promoción de factores de protección que permitan a los niños tener herramientas de afrontamiento y manejo de situaciones. Asimismo, en la prevención primaria que se lleva a cabo en la educación elemental deben considerarse ciertos aspectos que son determinantes en

la formación de la identidad en la adolescencia, tal es el caso de la autoestima, el autoconcepto y las estructuras cognoscitivas (Smolak, 1999).

Gresko y Rosenvinge (2000) proponen que la prevención puede centrarse en personas o grupos que han estado o están en riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, con intervenciones prolongadas en el tiempo, en donde la escuela es considerada como un poderoso campo de socialización, debido al intercambio de influencias culturales entre niños y adolescentes. Para maximizar los alcances de la prevención, se hace énfasis en la colaboración conjunta de profesionales de la salud y docentes o consejeros psicológicos de las escuelas.

2.5.2 Antecedentes de Prevención Primaria de Trastornos Alimentarios

2.4.3.1 Primera generación

Los primeros esfuerzos dirigidos a la prevención de trastornos alimentarios fueron principalmente de tipo psicoeducativo y dirigidos a la población general. Es decir, se les proporcionaba información a los participantes acerca de los trastornos alimentarios, las consecuencias de estas enfermedades, algunos de los factores de riesgo que conducen a ellos y técnicas de control de peso saludable. Los resultados de estas investigaciones no mostraron que este tipo de aproximaciones produjeran mejoras consistentes respecto a la reducción o eliminación de factores de riesgo (Franko, 1998; Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright & Hanson, 1997; Smolak, Levine & Schermer, 1998).

Friedman (1999) reportó resultados de un programa de doce semanas de duración, basado en la conceptualización de los trastornos alimentarios y la preocupación por el peso y la comida como formas de afrontamiento que emplean las niñas en su transición a la adultez, en un mundo de hombres. En este programa se emplearon herramientas para la identificación de emociones mediante formas alternativas de expresión, considerando aspectos como diferencias de género en estilos de comunicación, manejo de relaciones interpersonales,

comprensión de los cambios que se van dando en sus cuerpos en desarrollo. Algunas de las técnicas utilizadas en este programa fueron: la vara parlante o *talking stick* (la persona que la sostiene puede hablar todo lo que quiera sin ser interrumpida); role playing (actividad de autoexpresión en la que se representan diferentes papeles de manera que el final de cada representación pueda modificarse a su gusto a fin de representar lo que las chicas realmente quieren expresar); y retroalimentación positiva (promover que cada niña diga algo positiva de sí misma e identificar aquello que las hace interesantes, también expresar características positivas de sus compañeras).

Carter, Stewart, Dunn y Fairburn (1997) desarrollaron un programa de prevención primaria en el ámbito escolar, integrado a la currícula, que incluía información acerca de las presiones socioculturales hacia la mujer para hacer dieta y tener una figura delgada, imagen corporal y autoestima, regulación del peso corporal y los efectos de las dietas, el desarrollo de trastornos alimentarios así como sus características y la forma de pedir ayuda ante éstos, y acerca de la alimentación saludable y la resistencia ante las presiones para realizar dietas restringidas. Encontraron que, en adolescentes mujeres de 13 y 14 años, los efectos positivos al término de la intervención no se mantuvieron al seguimiento de seis meses, e incluso hubo un incremento de riesgo en el seguimiento de dieta restringida. Debido a esto, los autores señalan que es importante cuidar que no se incrementen los niveles de preocupación sobre el peso y la figura en participantes vulnerables, para así no promover la restricción alimentaria.

Stewart (2000) llevó a cabo un estudio con mujeres adolescentes de 13 a 14 años, cuyo objetivo era modificar la frecuencia en las restricciones alimentarias y la preocupación por el peso y la figura. En dicho programa se trabajó con la adaptación a los cambios biológicos durante la pubertad, desarrollo de las relaciones interpersonales, desarrollo de habilidades, relación con la familia e independencia, y desarrollo del sentido de identidad. Las principales técnicas empleadas fueron el suministro de información mediante folletos y transparencias, narración de relatos, realización de debates, juego de roles, empleo de diapositivas que contenían ideales de belleza de diferentes épocas y técnicas de reestructuración cognoscitiva, entre otras. A partir de esta experiencia, este autor señala que es importante unir esfuerzos a nivel sociopolítico de manera que se puedan lograr resultados más impactantes. Además, sugiere que los programas de prevención deben dirigirse a tres niveles: macro – valores

sociales, instituciones, y políticas; medio – hospitales o escuelas; y micro – familias o individuos.

Respecto a la evaluación de un programa de prevención dirigido a la imagen corporal, actitudes hacia el comer y autoestima, se encontró que esta intervención, basada en teorías educacionales de aprendizaje cooperativo, interactivo y centrado al estudiante, fue útil para producir cambios a largo plazo en las variables antes mencionadas en adolescentes de 11 a 14 años (O’Dea & Abraham, 2000).

Gresko y Rosenvinge (2000) llevaron a cabo una investigación llevada a cabo a petición del Ministerio de Salud de Noruega, por lo que se planteó el modelo preventivo escolar noruego. Bajo este modelo se elaboró un material educativo denominado *Adolescencia y trastornos alimentarios*, material en el que se aborda información general sobre estas enfermedades, sus consecuencias psicológicas y somáticas, el cuerpo y las dietas, los factores socioculturales, la pubertad y alternativas de acción ante la sospecha de padecer un trastorno de la alimentación. También se creó un video bajo el título de *Esta es mi vida*, en el cual se brinda información general sobre los TCA, sus consecuencias médicas y la preocupación cultural por la delgadez, además de otros folletos cuyos tópicos están relacionados con el tema. Se contó con la participación de grupos de apoyo de miembros que padecían problemas relacionados con este tema y coordinadores. Los puntos principales que se trataron durante la intervención fueron: 1) ¿por qué estamos aquí?; 2) los trastornos alimentarios; 3) la comida; 4) la cultura; 5) la imagen corporal; 6) la comunicación; 7) la autoafirmación; 8) el control del estrés; 9) la autoestima; y 10) “somos dueños de nosotros mismos”. Estos autores consideraron que la adaptación académica y social es un importante elemento a considerar. No es suficiente proporcionar información, es necesario fortalecer la creencia del valor intrínseco de las personas y la confianza en sí mismos.

Por otra parte, Grave, De Luca y Campello (2001) trabajaron en un programa de prevención basado en una concepción de los trastornos alimentarios como producto de condiciones multidimensionales provenientes de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, en donde se enfatiza el mantenimiento del trastorno por la presencia de ideas sobrevaloradas con respecto al significado personal del peso y la figura, mismas que interactúan con factores

individuales y familiares. En dicho programa se buscaba incrementar el conocimiento de los estudiantes en cuanto a los TCA, sus síntomas y consecuencias, formas de evitar padecerlos a través de aproximaciones interactivas y de reestructuración cognoscitiva, encontrando útil esta intervención en cuanto al incremento de información y al decremento de algunas actitudes disfuncionales relacionadas con la conducta alimentaria.

Asimismo, se han llevado a cabo estudios de prevención primaria en adolescentes con el propósito de promover hábitos alimentarios saludables y disminuir así los efectos negativos de la conducta alimentaria de riesgo (Ezquerro, 2001). También se han llevado a cabo programas de intervención abordando temas como nutrición y alimentación, imagen corporal, crítica del modelo estético, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales, trabajando con adolescentes diferentes técnicas y se han reportado modificación de actitudes y disminución de la población de riesgo (Ruiz-Lázaro & Comet, 2002).

Celio, Winzelberg, Wilfley, Eppstein-Herald, Springer, Dev et al. (2000) no encontraron mejoras significativas en las participantes que asistieron a un programa de prevención de tipo psicoeducativo cuando se le comparó con un grupo control al que únicamente se le realizaron mediciones.

Pearson, Goldklang y Striegel-Moore (2002) encontraron que de 20 estudios controlados de prevención universal de trastornos alimentarios, sólo unos pocos han reportado efectos conductuales positivos. Los resultados indican que las mejoras obtenidas de la línea base al postest tienden a desaparecer en el seguimiento. De esta forma recomiendan que las intervenciones estén dirigidas a reducir factores de riesgo específicos y síntomas medios de los trastornos. Indican además ciertas recomendaciones:

1. Desarrollar definiciones comunes y consensuadas de síntomas, factores de riesgo, síndromes para evaluar mejor el progreso tanto en epidemiología como en prevención.
2. Promover la integración de la investigación de las ciencias sociales en las aproximaciones preventivas, por ejemplo, evaluar los efectos de la publicidad de las normas sociales para reducir factores de riesgo.

3. Promover el estudio de los mecanismos neuropsicológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria.
4. Desarrollar lineamientos para la evaluación de los estudios dirigidos a la prevención de trastornos alimentarios.
5. Desarrollar aproximaciones para evaluar y minimizar los efectos iatrogénicos.
6. Promover la investigación en el campo de la biología, sobre rasgos de personalidad, familia, grupos sociales, normas sociales y valores, debido a la influencia de éstos en el desarrollo de los trastornos de la alimentación.

Stice, Chase, Stormer y Appel (2001) señalan que la falta de efectos producidos por las intervenciones psicoeducativas puede explicarse a partir de que al únicamente proporcionar información no se logra impactar en la conducta alimentaria anómala.

Zabinski, Pung, Wilfley, Eppstein, Winzelberg, Celio, et al. (2001) diseñaron un programa de ocho semanas que se ofreció vía internet a mujeres con alto riesgo de padecer un trastorno alimentario, de nivel universitario. Aunque tanto el grupo control como el experimental mostraron mejoras, los tamaños del efecto sugirieron que el programa mostró impacto en el grupo que lo recibió.

También en estudiantes universitarias, Stice y Ragan (2002) evaluaron los efectos de un programa psicoeducativo para prevenir trastornos alimentarios. encontraron que el grupo que recibió la intervención mostró disminuciones significativas en la interiorización del ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, síntomas de trastornos de la conducta alimentaria que duraron al seguimiento de cuatro meses que se realizó.

2.4.3.2 Segunda generación

Ante la ausencia de resultados contundentes provenientes de los estudios de la primera generación, se planteó la necesidad de que las intervenciones contaran con algunas

características, por ejemplo, formatos interactivos, selección de participantes con riesgo (adolescentes y mujeres), desarrollo de habilidades que reduzcan el impacto de los factores de riesgo (Stice, Shaw & Marti, 2007).

Algunos de los esfuerzos encaminados a la prevención de estos desórdenes se han basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva con el propósito de reducir factores de riesgo y sintomatología bulímica, contemplando también reducir la interiorización del ideal de delgadez. El diseño de este programa de prevención consiste en una serie de ejercicios verbales, escritos y conductuales en los que se solicita a las participantes a criticar el ideal delgado, lo cual busca reducir su postura a favor de éste y en consecuencia reducir la sintomatología bulímica. Estas intervenciones han mostrado ser eficaces, particularmente en la reducción de sintomatología bulímica, a diferencia de otro tipo de programas de prevención (Roehring, Thompson, Brannick, & van den Berg, 2006; Stice, Chase, et al., 2001; Stice, Mazotti, Weibel & Agras, 2000; Stice, Trost & Chase, 2003; Stice, Shaw, Burton & Wade, 2006).

También se han desarrollado programas enfocados en los cambios conductuales. Se ha observado que si una intervención que promueve cambios permanentes en el estilo de vida puede ser otra forma de reducir problemas alimentarios en poblaciones de alto riesgo para trastornos de la alimentación. Es decir, se encontró que cuando las mujeres en riesgo de padecer un trastorno alimentario tienen un espacio para compartir sus experiencias desagradables respecto a la preocupación extrema por el peso y la figura, llevan una dieta balanceada, cuentan con información nutricional, realizan ejercicio moderadamente, comprenden la importancia y los beneficios de llevar a cabo una actividad física regularmente, pueden llegar a presentar reducciones importantes de riesgo (Stice, Chase, et al., 2001; Stice et al., 2006).

Phelps, Sapia, Nathanson y Nelson (2000) evaluaron un programa de prevención de TCA con duración de seis sesiones en tres muestras con distinto nivel educativo: secundaria, preparatoria y licenciatura. El objetivo fue promover factores de resiliencia y fue eficaz para proporcionar información acerca de las presiones hacia el ideal corporal delgado, cambiar actitudes acerca de los estándares de belleza, hubo alteración de la intención del uso de medicamentos y comportamientos alimentarios anómalos como formas de control de peso, se

trabajó en la construcción de una autoestima física positiva y un autoconcepto personal competente, además de que se produjo reducción de insatisfacción corporal. Sin embargo, no se realizaron mediciones de seguimiento que puedan verificar el mantenimiento de dichas mejoras.

Evaluando la interactividad como un recurso en la prevención de los trastornos de la alimentación, se han diseñado intervenciones basadas en internet. Winzelberg, Eppstein, Eldredge, Wilfley, Dasmahapatra, Dev et al. (2000) reportaron que, a comparación del grupo control, las mujeres que participaron en un programa basado en internet mostraron una mejora significativa en su imagen corporal y una disminución del deseo de una figura delgada. En un estudio similar, Taylor, Bryson, Luce, Cunning, Doyle, Abascal et al. (2006) evaluaron un programa basado en internet con enfoque psicosocial. Trabajando con mujeres universitarias, durante ocho semanas, encontraron que aquellas participantes con alta preocupación por el peso y la figura redujeron significativamente esta variable así como el riesgo de padecer un trastorno alimentario. Asimismo, Raich, Sánchez-Carracedo, Guimerá, Portell y Fauquet (2007) evaluaron un programa multimedia cuyo propósito fue la reducción de riesgo de trastornos alimentarios en mujeres adolescentes, al proporcionar conocimientos sobre nutrición y modificar actitudes hacia el ideal estético corporal delgado y hacia la alimentación anómala. Los resultados encontrados no mostraron diferencias significativas cuando se le comparó con el grupo control que no estuvo sometido a alguna intervención.

Por otra parte, Luce, Osborne, Winzelberg, Das, Abascal, Celio, et al. (2005) desarrollaron un modelo simultáneo de prevención de trastornos y ganancia de peso en mujeres adolescentes. Evaluaron via internet y las participantes eligieron continuar en una de cuatro intervenciones apropiadas para su nivel de riesgo. Más de la mitad de las adolescentes con riesgo de TCA decidió recibir la intervención recomendada. Los resultados indicaron mejoras significativas en la preocupación por el peso y la figura.

Continuando con las intervenciones realizadas por internet, Jacobi, Morris, Beckers, Bronisch-Holtze, Winter, Winzelberg et al. (2007) realizaron la evaluación de un programa de prevención dirigido a estudiantes mujeres que fueron asignadas al azar a una intervención de ocho semanas o a un grupo control en lista de espera. Las participantes fueron evaluadas en la línea

base, al terminar la intervención y a los tres meses. Los resultados indicaron que comparadas con el grupo control, las universitarias pertenecientes al grupo experimental tuvieron efectos significativos y mantenidos en las variables preocupación por la comida, por el peso, por la figura e insatisfacción corporal, cuando se encontraban en alto riesgo.

En México, actualmente, se están desarrollando y evaluando distintas estrategias con el propósito de intervenir de manera oportuna antes de que se presente tanto sintomatología, como trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos.

Respecto a estudios en los que se evalúa la eficacia de estrategias preventivas, se llevó a cabo la aplicación del modelo de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la Disonancia Cognoscitiva. La estructura original de Stice y colaboradores (Stice, Chase, et al., 2001; Stice et al., 2000; Stice et al., 2003; Stice et al., 2006) se adaptó a población mexicana en una versión de 8 sesiones. En este caso, los resultados positivos encontrados fueron principalmente para las variables figura ideal y conducta alimentaria compulsiva. Comparado con una estrategia psicoeducativa, las reducciones de riesgo se mantuvieron por más tiempo (Matus & Monroy, 2003; Pineda, 2006; Pineda & Gómez Peresmitré, 2006).

En la investigación realizada por León, Gómez Pérez-Mitré, González, Rodríguez y Pineda (2005), al someter a estudio piloto una intervención de 10 sesiones basada en el entrenamiento de habilidades sociales, se observaron reducciones de riesgo en el factor preocupación por el peso y la comida. Se abordaron temas como hábitos alimentarios, imagen corporal, autoestima, asertividad y presión social. Las técnicas empleadas fueron: juego de roles, modelado, imaginación, detención del pensamiento y TRE. En un segundo estudio bajo esta misma línea, León, Gómez-Peresmitré, Rodríguez, Pineda y Rodríguez (2006) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental (intervención basada en el entrenamiento en habilidades sociales) y el grupo control al posttest. Sin embargo, en el análisis intragrupal, el grupo que participó en la intervención mostró reducciones de riesgo referente a la preocupación por el peso y la comida. Así, se encontraron resultados positivos consistentes en ambos estudios para este factor de riesgo.

Por otra parte, Arriaga (2006), Ortiz (2007) así como Olvera y Mercado (2007) realizaron estudios para evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas al desarrollo de habilidades sociales, combinando el uso de la realidad virtual para impactar sobre imagen corporal, en adolescentes mujeres estudiantes de secundaria. En los tres casos, se encontró un aumento en la elección de siluetas corporales más gruesas al postest. En el caso del primer estudio (Arriaga, 2006) también se observó una disminución de riesgo respecto a la autopercepción, mientras que en el segundo (Ortiz, 2007) y el tercero (Olvera y Mercado, 2007), las participantes redujeron significativamente sus niveles de insatisfacción corporal.

Pérez (2006) implementó un programa de promoción de hábitos saludables en población universitaria. Con un programa de cuatro sesiones de dos horas cada una, abarcó los temas: grupos de alimentos, sistema de equivalentes, actividad física y modificación de hábitos. Trabajó con ambos sexos, todos mayores a 18 años. Al término de la intervención, las personas mostraron tener un mayor conocimiento sobre los grupos de alimento e incrementaron el número de horas dedicadas a la actividad física.

Sánchez, Contreras y Saldívar (2006) realizaron una intervención dirigida a modificar la actitud hacia las dietas en adolescentes mujeres de bachillerato. Se compararon ocho grupos de acuerdo con los siguientes conceptos: a) relevancia de la tarea; b) expertez de la fuente; c) tipo de mensaje. El tratamiento consistió en la lectura de un material escrito durante 15 minutos. Se encontró actitud ambivalente hacia la dieta por parte de las adolescentes, por lo que los autores proponen emplear elementos emotivos para la construcción de mensajes que muestren las consecuencias adversas de las dietas, con una fuente de información calificada como experta en el área.

Asimismo, se reportaron los resultados de un programa de prevención universal de trastornos alimentarios en el que participaron hombres y mujeres adolescentes estudiantes de secundaria. Después de tres sesiones en las que se abordaron los temas alimentación saludable e imagen corporal, no se encontraron cambios significativos en los grupos (Pinet, 2007). Sin embargo, en una siguiente fase de esta investigación, se aplicó una intervención selectiva, dirigida a aquellos participantes, hombres y mujeres, identificados con riesgo antes y después del programa universal, enfocándose en temáticas como: causas y consecuencias de las dietas

restringidas, imagen corporal, identificación de creencias irracionales (reestructuración cognoscitiva), estereotipos relacionados con la figura en los medios de comunicación y recepción crítica. Se encontró que esta intervención impactó de manera favorable en el grupo de mujeres, al producir reducción de la insatisfacción corporal e incremento en la elección de figuras corporales más gruesas (Guadarrama, 2008).

Escoto (2008) comparó la eficacia de una intervención interactiva con la de una con formato didáctico y un grupo control sin intervención, en niños y niñas, tanto de primaria como de secundaria. Las intervenciones estuvieron formadas por ocho sesiones que tenían como objetivo la reducción de factores de riesgo. En general, se encontraron resultados más positivos para los participantes del formato interactivo, en ambos niveles de escolaridad, al seguimiento a seis meses.

Otros programas de prevención que tienen como propósito desarrollar habilidades para fortalecer a los individuos vulnerables a padecer un TCA son aquellos basados en la alfabetización en medios o formación de audiencias críticas. Los estudios reportados a nivel internacional se describirán a detalle en el capítulo 4.

CAPÍTULO 3

INFLUENCIAS SOCIOCULTURALES EN LA GÉNESIS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: EL PAPEL DE LA PUBLICIDAD TELEVISIVA

3.1 SOCIALIZACIÓN

El término socialización se refiere al proceso social fundamental a través del cual los individuos se convierten en miembros de la sociedad y el individuo desarrolla el self. Es un proceso modelador o moldeador, pero nunca unidireccional que tiene lugar en la interacción con otras personas. Dentro de este proceso se encuentra, en primer lugar, la imposición de controles, basados en algún sistema de recompensas y castigos. Así, el mundo social de los padres confronta al niño con la realidad externa. En el curso de la socialización, el mundo se vuelve comprensible; el niño entra en él, y se vuelve capaz de participar en él (Berger & Berger, 1991).

Bustos (2001a, p. 305) señala que “se puede identificar la socialización con el proceso de ideologización de una sociedad. La ideología se manifiesta a través de un sistema de representaciones, imágenes y actitudes concretas, que tienden a procurar la cohesión social. Aunque sería de esperarse que se encontraran representados los distintos niveles, clases y capas sociales de la estructura, esa representación es relativa, ya que se refiere o es exclusiva de ciertos grupos. A pesar de ello, la socialización, al igual que la ideología, tiene como uno de sus objetivos la homogeneización de los miembros de una sociedad”.

Desde el punto de vista de la psicología, el término socialización “se refiere a aquellos procesos que permiten a la gente internalizar y conformar los roles prescritos culturalmente, como son los relacionados con el género. Pero también incluye aquellos procesos que hacen a la persona única, dando la posibilidad de que trascienda a los roles prescritos culturalmente” (Bustos, 2001, p. 306-307).

3.2 AGENTES SOCIALIZADORES

La socialización comprende a “todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Dentro de estas instancias se encuentran la familia, la escuela, la religión, los medios de comunicación, entre otras” (Bustos, 2001a, p. 305).

Respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, diversos autores consideran dentro de los modelos etiológicos propuestos la influencia o participación de agentes de socialización como factores de riesgo (Levine & Smolak, 2000; Stice, 1994; Van den Berg, Thompson, Obremski & Coover, 2002).

3.2.1 La familia

El ambiente familiar en el que vivimos impacta nuestro comportamiento, nuestros pensamientos y sentimientos, de tal modo que, la manera en que tratan a una persona los padres y los hermanos, el orden de nacimiento, las diferencias de edad, el sexo de los hijos y la presencia de uno o ambos progenitores influyen en la interacción familiar (Kimble, Hirt, Díaz-Loving, Hosh, Lucker, & Zárate, 2002).

El recién nacido entra en interacción, considerándose sus rasgos personales, con un sistema familiar con características propias, como una historia particular, tanto de sus miembros en lo individual como en lo colectivo, que ha sido influida por otros sistemas familiares como es el caso de la familia de origen. Es en este sistema familiar en donde se practica el comportamiento social en primera instancia, convirtiéndose así en un agente socializador, el cual es responsable de que se obtengan conocimientos y estrategias, reglas y motivaciones (Hernández-Guzmán, 1999).

La familia es un contexto social primario. La conducta familiar puede reforzar los síntomas del trastorno o puede encaminarse a reducir éstos. Se ha encontrado que existen similitudes entre madres e hijas en sus percepciones familiares, siendo las hijas significativamente más vulnerables ante los estereotipos sociales que sus padres (Vázquez & Raich, 1998).

Al respecto, Gómez Peresmitré y Ávila (1998) encontraron que entre los escolares preadolescentes, la socialización familiar autoritaria, en la cual se provocaban sentimientos de culpa en los niños por las formas de comer y no se consideraba al niño en la elección de los alimentos, estaba asociada con la preocupación por el seguimiento de dieta con propósitos de reducción de peso.

Los estilos de crianza pueden impactar actitudes y comportamientos relacionados con imagen corporal y conducta alimentaria. Las familias con rasgos intrusivos, hostiles y que niegan las necesidades emocionales de las personas, están vinculadas a individuos que trastornos alimentarios. Los pacientes con trastornos alimentarios refieren un control parental coercitivo. Por otra parte, los comentarios referentes a la imagen corporal, atractividad y peso por parte de las madres hacia sus hijas, ejercen una influencia muy poderosa sobre ellas, impactando directamente en las actitudes y comportamientos a través de la alimentación que proporcionan de manera irregular, cuando emplean la comida con propósitos no nutritivos y manifestando preocupación por el peso (Polivy & Herman, 2002).

Es fundamental la interacción entre padres e hijos para determinar si ésta es un factor patogénico principal en el desarrollo de un trastorno alimentario (Gómez Peresmitré, García, Acosta, Pineda, Llopis, Garcia et al., 2002).

Se ha encontrado que existen diferencias entre la percepción de la relación materna (positiva o negativa) en factores de riesgo como conducta alimentaria compulsiva, dieta restringida y preocupación por el peso y la comida, es decir, mientras más negativa se percibe la relación con la madre, se observa mayor riesgo en estos factores (Platas et al., 2006).

3.2.2 Los pares

Durante la adolescencia comienza a ser más importante la relación de los pares, quienes juegan un rol fundamental como agentes socializadores. Paxton et al. (1999) sugieren que no todos los pares están preocupados de la misma forma con respecto a la apariencia física y que

la influencia o presión de los pares hacia el ideal delgado no es garantía de predisposición hacia los trastornos. Así, es difícil establecer la magnitud exacta de la influencia de los pares.

Por otra parte, se ha encontrado que las adolescentes aprenden ciertas actitudes y comportamientos de sus coetáneas y que existe una tendencia a la adopción de modelos estéticos similares entre las adolescentes, lo cual sugiere una influencia directa (Polivy & Herman, 2002).

Distintos estudios han encontrado una relación entre las interacciones con los pares que tienen que ver con el tema del peso y el impulso hacia la delgadez tanto en preadolescentes (Phares, et al., 2004) como en adolescentes (Vincent & McCabe, 2000). Asimismo, la preocupación que se percibe de los pares por el peso y la dieta está relacionada con el impulso por la delgadez (Shroff & Thompson, 2006), siendo esta asociación más marcada en la adolescencia tardía (Gravener, Haedt, Heatherton & Keel, 2008).

Además, cabe recalcar que la influencia de los pares está contemplada dentro de diferentes modelos etiológicos para trastornos de la conducta alimentaria (Levine & Smolak, 2000; Polivy & Herman, 2002; Stice, 2001; Van den Berg et al., 2002)

3.2.3 Medios de comunicación

En la actualidad, los medios de comunicación son parte importante de la vida cotidiana de niños y adolescentes, debido a que proporcionan no sólo entretenimiento, sino también búsqueda de sensaciones, identificación con las subculturas y proporcionan exploración en temas relacionados con identidad, sexualidad y género (Arnett, 1995).

Ferguson (1998) señala que la identidad personal puede estar mediada en el nivel de lo que está de moda y dentro de los medios se ha convertido en una mercancía que vende bien. En ocasiones, se persigue principalmente identificar el propio rol como consumidores. Es decir, es necesario saber qué comer, cómo vestirnos, a dónde ir para divertirnos. Es infinita la cantidad de mercancías que los medios pueden ofrecer para asignar una identidad a cada persona. La identidad está, por supuesto, muy vinculada con nuestra posición económica en la sociedad. Si constantemente se está siendo presionado para adoptar una identidad que no es posible

enfrentar, ni se tiene la esperanza de lograrla en el futuro inmediato, es muy posible que una persona se vuelva disfuncional.

En este punto es importante mencionar que el desarrollo cultural se produce en tres pasos: 1) lo que empieza siendo reflejo (en sí mismo) en el recién nacido como gesto para indicar incomodidad respecto a alguna situación, comprendido y diversificados por otros, termina bajo el control del sujeto en su gesticulación particular. Así, el individuo siempre es algo diferente de las influencias recibidas del exterior debido a que éste las personaliza; 2) el individuo, al manipular lo social, se manipula a sí mismo; 3) la tensión con lo social provoca que el individuo se acerque o se aleje para construir su individualidad de manera conforme o disconforme de modo que la presión social se amplifica con los medios, mientras que van uniformándose actitudes y preferencias sociales a pesar de la diversidad de estímulos. Por lo tanto, se puede observar que en el proceso de la formación de la propia identidad, los medios audiovisuales juegan un papel también muy importante (Torres, Conde & Ruíz, 2002).

De acuerdo con Torres y colaboradores (2002, p. 23), “las modernas sociedades mediáticas son aquellas caracterizadas por la presencia de nuevos tipos de relaciones entre sus miembros, relaciones mediadas por canales de comunicación de creciente complejidad y especialización, con materiales informativos de trabajo y ocio de extensión casi general entre la población”, por lo que muchas relaciones cara a cara se reducen.

Thompson (1997) menciona que existen algunas características particulares de las sociedades mediáticas. En primer lugar, la alteración del espacio y del tiempo, es decir, la disminución del tiempo para recorrer mayor espacio es impresionante, se puede enviar información en segundos gracias a internet en igual cantidad de tiempo que si se estuviera muy cerca o muy lejos del lugar destino. A través de los medios se logra también la autenticación del pasado, es decir, si salió en televisión es que dicho acontecimiento “realmente ocurrió” para millones de personas, aunque en muchos casos la reconstrucción del pasado no sea del todo fiel. Así, mediante la tecnología moderna se puede jugar con las imágenes al igual que en un discurso se puede jugar con las palabras, afectando su certeza. En segundo lugar, este autor se refiere a la generación de nuevas realidades, por ejemplo, a través de la radio y la televisión se pueden vivir acontecimientos que ocurren en lugares lejanos, yendo más allá de proporcionar información. Al conocer información de distintos lugares y empatizar o no con las personas

objeto de dichos acontecimientos. Asimismo, se puede crear una conciencia del planeta como unidad.

Los medios de comunicación están formados por redes cambiantes de personas y organizaciones financieras que están motivadas en gran medida por maximizar sus ganancias a través de la atracción y retención de las audiencias (Harris, 1994).

Los mensajes difundidos en los medios de comunicación no producen “lavados de cerebro”, sino que provocan un complejo proceso de atención en las personas, de manera que se activan motivaciones y estrategias para procesar la información dependiendo de la etapa evolutiva, características de personalidad, contexto personal y sociocultural (Levine & Smolak, 2000).

3.2.3.1 La función social de la televisión

Silverstone (1994, p. 12) considera que la televisión es “un medio inserto en los múltiples discursos de la vida cotidiana”. La televisión es compañía, placer, una forma de socialización, con significación emocional, espacial y temporal, y valoración positiva o negativa. La televisión tiene presencia constante y la capacidad de generar dependencia, seguridad y apego. Este último está sobredeterminado por horarios, géneros y narrativas. Los programas se disponen en diversos horarios, que reproducen o definen la estructura de la jornada hogareña, a su vez significativamente determinada por los horarios laborales de la sociedad industrial. Cabe mencionar que es difícil que los programas no ofrezcan una expresión y un fortalecimiento de las ideologías dominantes de la sociedad de consumo. Se consume televisión y hay consumo a través de la televisión. La televisión es un medio doméstico, se mira en casa y es por esto que nos proporciona estructuras y modelos de la vida doméstica. Existe injerencia de la televisión en pautas y hábitos cotidianos, y esto es un factor que contribuye a la propia seguridad, ya que esta última de cierta forma se sostiene por lo familiar y lo predecible. Aunque al mismo tiempo se perciban amenazas a partir de lo observado en la televisión, también se suministran las bases para sentirse ciudadanos o miembros de una comunidad. La actividad misma de ver televisión se inserta en las relaciones sociales de la familia, por lo que se puede decir que la televisión llega a convertirse en un miembro más de ésta. La televisión llegó a ser lo que es ocupando progresivamente espacios y tiempos particulares de un nivel básico de la realidad

social. Por ello, es necesario entenderla en el nivel no sólo sociológico, sino también psicodinámico.

La televisión constituye una nueva forma de expresión y de percepción audiovisual que, además de unir la imagen en movimiento con el sonido, ha creado y desarrollado una modalidad de comunicación social estrechamente ligada a los espacios comunes de la vida cotidiana: al hogar, al trabajo, a la escuela, a los establecimientos comerciales, a los hospitales y hasta a los vehículos de transporte (Pérez, 1996).

Thomas (1995) habla de dos mitos relacionados con la televisión: mitos acerca de la televisión y mitos que produce la misma televisión. En los primeros hace referencia, por una parte, a que el medio es para entretener, y es que es “divertido” lo que sale en la televisión, aunque no se pueden negar los modelos de aprendizaje de estilos de vida real que se promueven. Por otra parte, que el medio es solamente un negocio, y si bien es cierto que está orientada a obtener recursos económicos de la audiencia a través de la publicidad y los programas impulsores de un estilo de consumo, también son reproductores culturales de la sociedad, prueba de ello es la promoción del capitalismo. Por otro lado, los mitos producidos por la televisión son: la invisibilidad del gasto diario, es decir, no aparecen transacciones realistas del gasto cotidiano en personajes de la televisión; el exceso de dinero hay que gastarlo, tal como lo hacen los personajes simpáticos; el ansia por acumular dinero en exceso es una desviación; la felicidad se celebra gastando; la depresión se “cura” gastando; el mayor consumo acarrea un mejor tratamiento social; lo barato es vulgar; se valora el fruto del día a día; el trabajo es una fuente de satisfacción interior, es decir, los personajes bien valorados son más estables en sus trabajos y son mejores trabajadores que los peor valorados.

La televisión puede significar cosas diferentes para distintas personas (Silverstone, 1994). Es importante destacar la fuerte influencia del contexto histórico-cultural en la elaboración que el televidente hace de los diversos programas televisivos. Las diferencias entre riqueza y pobreza hacen semantizar de distintas maneras el televisor; para aquellos que disponen de abundantes ingresos, el televisor es sólo una entre varias alternativas de entretenimiento e información. Para las personas de escasos recursos económicos el televisor se convierte en una fuente de contacto con un gran valor en relación a otros horizontes y a la gratificación ante una vida con pocas alternativas, aunque también puede ser una fuente de frustración ante la imposibilidad de acceder determinados estilos de vida (Fuenzalida, 1996).

La televisión contiene demandas emocionales. Al respecto, las telenovelas han sido consideradas por algunos como constantes masticadores de realidades sociales al irritar y tranquilizar dentro de una narrativa compleja y a través de poderosas y definibles pretensiones de la realidad (Silverstone, 1994). La televisión recurre al recurso de la técnica dramática para provocar la emoción en el destinatario. Así, la música y el sonido cumplen una función básicamente emotiva. La redundancia de las series televisivas hace racionalmente inexplicable su atractivo, aunque su interés es básicamente emocional (Fuenzalida, 1996).

En los niños, la televisión es el foco de los juegos, el entretenimiento y la actividad, mediando entre la realidad y la ilusión. Se considera que la televisión es infantilizante o regresiva, ya que sumerge al adulto en un estado neutral, infantil, de atención no crítica. Sin embargo, no necesariamente debe considerarse esto como patológico (Silverstone, 1994).

La variación en la preferencia de los jóvenes por los programas televisivos es tan amplia como las opciones que existen al aire. Algunos disfrutarán aquellos que están diseñados para público de su edad, mientras que otros preferirán aquellos que están orientados hacia el público adulto, o incluso aquellos con contenido educativo (Nichols & Good, 2004).

La televisión es una tecnología. Mirar televisión conduce al televidente al interior de un mundo de sentidos ordenados por y dentro de una red que poco a poco se va haciendo global. Ya no podemos considerar la televisión como un aparato cultural o una industria cultural sin verla junto con las tecnologías que la sostiene y se entrelazan con ella, y junto con las estructuras económicas y políticas que la integran, tanto en la producción como en el consumo, en un universo cultural e industrial más complejo. No es una tecnología estática ni aislada, se ha integrado en la era de la información, llegando a formar una parte esencial de ella (Silverstone, 1994).

Fuenzalida (1996) destaca que la influencia cultural de la televisión sobrepasa y trasciende la comunicación simbólica para influir determinadamente en el conjunto de la industria cultural y a través de este sector incide en el desarrollo económico-cultural más global de la sociedad.

Dicho de otro modo, la televisión es al mismo tiempo un medio técnico en el que se produce y se transmite información, y una institución social, en la que se generan significados, a partir de una realidad política, histórica, económica y social (Orozco, 1996b).

3.3 PUBLICIDAD TELEVISIVA

3.3.1 Definición de publicidad

Carrillo (2002, p. 21) define la publicidad como “una forma de comunicación específica de las sociedades de consumo, una forma de comunicación elaborada y pagada, emitida por un anunciante, y dirigida hacia un receptor, público objetivo, estudiado y delimitado al efecto, cuyo fin es el de hacerles llegar información de todo tipo, facilitando la inextinguible labor del consumo, como bello escaparate al que todos nos asomamos”.

La publicidad no se ve sola, sino dentro del contexto del medio en el que se le presenta (Silverstone, 1994). De acuerdo con Callejo (2003, p.17), “la publicidad sigue siendo el marco que da sentido a los medios, encontrándose de manera sobresaliente en la televisión, y la que sirve de referencia para la producción de la audiencia. Una publicidad que puede entenderse como el dispositivo de adaptación del mercado a la sociedad”.

También puede conceptualizarse como “una comunicación impersonal pagada por un anunciante identificado que usa los medios de comunicación con el fin de persuadir a una audiencia, o de influir en ella” (Wells, Burnett & Moriarty, 1996, p.12).

La publicidad cumple con un rol social. A través de ella la gente se informa sobre artículos novedosos y aprende cómo usar estas innovaciones, a comprar productos y a partir de ella el consumidor toma decisiones. Asimismo, refleja las tendencias en la moda y el diseño y contribuye al sentido estético. Se puede decir que la publicidad que impacta es aquella que vence la competencia de otros estímulos dirigidos hacia el espectador, capta la atención de la audiencia y con esto contribuye a que los consumidores comprendan y recuerden la información recibida. Es decir, supera la evasión y el desprecio. El proceso mediante el cual

funciona la publicidad engloba cuatro categorías: percepción, conciencia, comprensión y persuasión (Wells et al., 1996).

La realidad social presentada en los medios también es una nueva forma de percepción, con capacidad para deformar la propia percepción de las audiencias sobre su ambiente. En ese mismo sentido, la publicidad es otra forma de construir realidades al ser su propósito generar necesidades asociadas a valores éticos, estéticos o sanitarios, donde se satisfacen a través de un producto. Así, se pueden utilizar en la publicidad necesidades básicas como la alimentación, la salud o el vestido, pero en el modo de satisfacerlas se promueve un modelo social deseable a través de la sofisticación cultural del valor asociado. No se puede olvidar la naturaleza comercial de los medios y es la audiencia quien dictamina el precio de cada corto publicitario y a quien se encaminan todos los esfuerzos para conquistarla (Torres et al., 2002).

3.3.2 Publicidad y género.

El género es una categoría fundamental en la que el significado y el valor están asignados a cualquier cosa existente en el mundo; se trata de una forma de organizar las relaciones sociales humanas (Bustos, 2001a).

El género facilita un modo de decodificar el significado y de comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana. La identidad de género se construye a través del lenguaje. “El núcleo de la definición de género reposa sobre una conexión integral de dos proposiciones: por una parte, el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y, por otra, es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1996, p. 289).

La identidad de género se establece cuando los niños adquieren el lenguaje (antes de su conocimiento anatómico) correspondiendo a la experiencia de saberse niña o niño, a partir de la cual se estructuran sentimientos, actitudes, comportamiento y juegos (Bustos, 2001a).

De acuerdo con Scott (1996) el género comprende cuatro elementos interrelacionados: a) símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples (frecuentemente

contradictorias); b) conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos en un intento de limitar y contener sus posibilidades metafóricas, los cuales se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino; c) el género se contruye a través del parentesco pero no en forma exclusiva, también participan la economía y la política; y d) la identidad subjetiva. Además, menciona que el género es el campo primario dentro o por medio del cual se articula el poder.

El hecho de que los niños reciban más estimulación que las niñas desde edades tempranas puede producir diferencias entre los sexos. En los niños se pone énfasis en la libertad, audacia, inteligencia, se formentan y promueven sus capacidades físicas, la rebeldía y agresividad y se le proporcionan juguetes que le ayuden a desarrollar su imaginación; a las niñas se les educa en forma tal que se den en ella las cualidades femeninas más apreciadas como abnegación, autosacrificio por los demás, sumisión, docilidad y seducción. Los padres pueden exteriorizar explícitamente sus intenciones de fomentar el desarrollo de los papeles apropiados al género de que se trate o no darse cuenta de que lo están haciendo, al aconsejar a sus hijos en la elección de juguetes. Además, la educación formal, como otra instancia de socialización, fomenta y refuerza y mantiene valores y pautas de comportamiento que la familia se encargó de iniciar ya en su transmisión, o bien, otras nuevas (Bustos, 2001a).

Durante los primeros años de la posguerra en Estados Unidos, la televisión ofrecía imágenes del hogar y de las actividades domésticas, y con ello alentaba a las mujeres a aceptar una identidad de género adecuada al rol exigido por la sociedad (Silverstone, 1994).

Bustos (2001a) señala que la imagen de la mujer en los medios de comunicación aparece estereotipada, siendo por lo general de manera poco favorable: a) la mujer como sexo débil, entendiéndose por esto como limitada en cuanto a sus capacidades; b) el lugar de la mujer es el hogar, es decir, se le educa, informa y programa para un destino dirigido hacia el matrimonio y la maternidad, siendo cualquier otra actividad considerada como secundaria, temporal o preparatoria para el rol principal como compañía del hombre; c) la mujer como objeto sexual, es decir, se convierte en un anzuelo para la venta de productos tanto para varones como para mujeres refiriéndose al valor de la misma únicamente por su belleza y por el sexo; y d) la mujer liberada, es decir, se tiene acceso al mundo laboral y cierta libertad sexual, pero sin implicar un

cambio real en la ideología además de tener que cumplir dobles jornadas al ser la única responsable de los quehaceres domésticos y el cuidado de los hijos; e) la mujer asalariada, presentándose la injusticia de ser remunerada en menor medida cuando realiza labores equiparables a las que hace el hombre y, nuevamente, no se libera de las obligaciones domésticas y el cuidado de los hijos.

Es interesante señalar la concepción que en la publicidad se suele tener del consumidor, en particular de la mujer. Charles Revlon (El país semanal, 2004) ha mencionado que en las fábricas se producen cosméticos, mientras que en las tiendas lo que se vende a través de ellos es esperanza. De alguna manera, las mujeres que consumen este tipo de productos creen que al adquirirlos van a mejorar, se transformarán o serán ellas mismas, pero enaltecidas. Además, existe la creencia de que lo último y lo más caro es lo mejor. Garcés (2004) destaca que el atractivo en la compra de estos productos reside en el estatus que otorga.

El imperativo de ser bello o bella es todavía más estricto para las mujeres en comparación con los varones. La demanda para las mujeres es principalmente el atractivo corporal, para los hombres, la eficacia. Las mujeres prefieren una silueta más delgada que la de los hombres, lo cual coincide con lo encontrado por varios autores. La figura ideal que los hombres persiguen es un poco más robusta. En la difusión de las tendencias de la moda, las cuales se presentan cada temporada de acuerdo a las tendencias consumistas actuales, participan modelos. Estas jóvenes que aparecen no sólo en las pasarelas, sino también en portadas de revistas, en periódicos, en pantallas de televisión, carteles urbanos, etc., no representan sólo modelos de la vestimenta femenina, sino también se convierten en modelos corporales. El físico de las modelos se ha asociado a algunas características: prestigio, éxito y dinero. El cuerpo modélico debe ser muy delgado aunque también deben ser jóvenes (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

3.3.3 Publicidad en televisión

Un comercial de televisión debe ser preferentemente profundo y deberá captar la atención de la audiencia sin producir desagrado. Las estrategias que se utilizan con mayor frecuencia en este tipo de publicidad son: combinar la acción con el movimiento, contar una historia, emplear la emoción, demostrar y combinar las imágenes con los sonidos. Generalmente, la producción de

un comercial de televisión incluye un equipo formado por el director, el productor, un arreglista musical y un editor. Asimismo, la producción pasa por diferentes fases: pre-producción, tomas, *rushes* (o versiones sin terminar del comercial) y post-producción (Wells et al., 1996).

De acuerdo con Jewler (1992, p.264-265) existen cinco reglas generales para la producción de comerciales de televisión:

- 1) Ganarse el interés del televidente desde el principio; los primeros tres segundos son cruciales.
- 2) Buscar un visual clave: una escena que contenga todo el mensaje de ventas en un paquete único e impecable.
- 3) Tenga una sola idea. Diga una historia importante en cada comercial. Dígalo con claridad, dígalo en forma memorable e involucre al televidente.
- 4) Observe las reglas de la buena edición. Hágalo fácil para que el televidente entienda la ideal del comercial.
- 5) Siempre trate de mostrar el producto al final en un acercamiento.

Para tener alguna posibilidad de ser persuasivamente eficaz, un mensaje debe suscitar una cierta atención, debe ser comprendido, aceptado y memorizado antes de desencadenar un comportamiento - más o menos - conforme con el comportamiento esperado (Ghiglione, 1997).

La publicidad en televisión aparece como ofertas de posible consumo para aquellos que tienen los recursos; en casos de miseria y hambre aparece como una agresión violenta, especialmente hacia los niños, a quienes les es difícil comprender la carencia de comidas y bebidas que aparecen en la publicidad televisiva (Fuenzalida, 1996).

Los patrocinadores, quienes costean la publicidad transmitida, son el motor de la programación de audiencias jóvenes. Respecto a la programación televisiva, es difícil hacer la distinción entre el diseño de la programación y los métodos publicitarios que se emplearán para llegar a los televidentes (Griffin & Ebert, 2005).

Cuando surgió la televisión en México, las agencias publicitarias controlaban la programación al comprar espacios de transmisión, por lo que decidían qué programas se producirían, cómo se transmitirían y quienes participarían en su realización (Hernández, 2007).

3.4 LA PUBLICIDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Por medio de la publicidad, se universalizan gustos y aspiraciones. En textos e imágenes, aparecen los mensajes y señales que facilitan la difusión e interiorización colectiva de la cultura de la delgadez. En gran medida, estos mensajes son promovidos por grupos empresariales dedicados a la elaboración de productos o servicios destinados específicamente a conseguir reducciones de peso o “moldeamiento” de la silueta corporal (Turón, 2000).

La publicidad, al ser un instrumento de comunicación social, tiene influencia en la formación de modelos colectivos de valores y comportamientos mientras va dirigiendo necesidades y deseos de las personas, afectando, entre otras cosas, su imagen corporal (Bustos, 2003).

La idea e imagen de un cuerpo perfecto ejerce una gran influencia en las mujeres y crea un conflicto durante la pubertad. De esta forma, las mujeres deben apretar, comprimir y rellenar sus cuerpos de manera que se ajusten a los ideales artificiales, de manera que las mujeres adoptan el mensaje de que un cuerpo natural no es atractivo y, por lo tanto, hay que cambiarlo (Ussher, 1991).

Existen estudios que demuestran que en los últimos veinte años se han promovido en los medios de comunicación imágenes de modelos y actrices altas, de piernas largas y muy delgadas, esto aunado a la publicidad que presenta gran cantidad de anuncios relacionados con las dietas, la pérdida de peso, formas del uso de las personas como objetos sexuales y exhortaciones hacia el consumismo, y donde algunas de las creencias mejor promovidas son “la belleza constituye el objetivo primordial en la vida de una mujer”, “la imagen es la esencia”, “una silueta delgada es un componente fundamental de la belleza, la salud física, el éxito y la felicidad”, “por naturaleza, las mujeres sienten ansiedad, timidez y vergüenza respecto a su cuerpo”, “las mujeres pueden transformarse y renovarse gracias a la tecnología de la moda, las dietas y el ejercicio” y “la gordura revela una pérdida personal del control y es un signo de fracaso”, entre otras (Levine & Smolak, 2000).

En un estudio realizado en Estados Unidos (Sypeck, Gray y Ahrens, 2004) se analizó la descripción del ideal de belleza femenina presentado en los medios impresos, particularmente en revistas dirigidas a mujeres de 1959 a 1999, y se encontró que el tamaño corporal de las

modelos disminuyó significativamente del periodo 1980 a 1990, así como un incremento importante en la frecuencia en la que los medios presentaban cuerpos enteros de las modelos durante el periodo 1960 a 1990. De acuerdo con estos autores, estos indicadores sugieren el incremento en el valor que la sociedad norteamericana tiene para el ideal de delgadez en la mujer, a la vez que dicho incremento coincide con un aumento en la presencia de patrones de desórdenes alimentarios en las mujeres norteamericanas.

Martin y Kennedy (1993, 1994) realizaron un estudio a fin de conocer que piensan las niñas de ocho a dieciocho años cuando leen revistas y ven modelos en anuncios y artículos de moda. Encontraron un proceso de comparación social en el que se dan cuenta de la belleza de las modelos, donde eso les produce depresión respecto a su propio aspecto, y que cuanto menos atractivo consideraba la mujer a su cuerpo, mostraba una mayor tendencia a compararse con las modelos de los anuncios.

Shaw (1995) realizó un estudio con variedad de fotografías (neutras, adolescentes delgadas y adultas delgadas) en participantes de diferentes edades. Encontró que las adolescentes alrededor de los catorce años mostraban una tendencia mayor a la insatisfacción corporal que las adultas como respuesta a las figuras de mujeres adultas delgadas.

Levine y Smolak (1996) mencionan que, a partir de un análisis de diez estudios controlados, la exposición a imágenes de modelos delgadas en revistas no produce un efecto negativo de manera inmediata en la imagen corporal de mujeres adolescentes o jóvenes, a excepción de aquellas que ya estén previamente sensibles o angustiadas respecto a su silueta a causa de un trastorno alimentario o un embarazo.

En referencia a la relación entre exposición a la televisión e imagen corporal, Devlin y Zhu (2001) encontraron que la excesiva exposición a este medio de comunicación produce un incremento de sentimientos de insatisfacción con la imagen corporal.

De acuerdo con lo publicado en una revista en cuanto a las cincuenta mujeres más bellas y los cincuenta hombres más guapos de México, se puede observar que el prototipo de la mujer bella es joven, con edad promedio de 25 años e índice de masa corporal (IMC) promedio de 18,

el cual cae en un rango ligeramente superior al de emaciación. El mayor porcentaje de las mujeres más guapas tenía un IMC de 15.6 a 18.9 por lo que son consideradas como delgadas, mientras que el IMC del resto de las mujeres se situaba en el rango de 19 a 20.8, por lo cual son consideradas dentro del peso normal. En el caso de los hombres, el prototipo de hombre guapo es un hombre joven con edad promedio de 26 años e índice de masa corporal promedio igual a 22.83, lo cual significa que se encuentra dentro del peso normal. En la mayoría de los hombres, su IMC se situó en peso normal y el resto en sobrepeso. Esto sugiere una diferencia de género en cuanto a ideales estéticos del cuerpo (Gómez Peresmitré, Saucedo, et al., 2001).

Pero la imagen corporal no es el único factor relacionado con los mensajes transmitidos a través de los medios de comunicación. En un estudio realizado en México, con hombres y mujeres entre 12 y 25 años, se encontró que la influencia de la publicidad de productos adelgazantes, se asocia a una mayor frecuencia de dieta, a la motivación para adelgazar, a un mayor autocontrol alimentario y a una mayor preocupación por la comida (Vázquez, Fuentez, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002).

Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich (1998) encontraron datos que confirman la concordancia entre la sintomatología alimentaria y las influencias culturales, en donde la influencia de la publicidad de productos adelgazantes y modelos corporales delgados ejerce un papel importante. Asimismo, Paxton et al. (1999) sugieren que la influencia de los medios precipita la aparición de los trastornos alimentarios en mujeres con insatisfacción con su imagen corporal.

Por otra parte, en un estudio realizado con mujeres que padecían trastornos alimentarios se reportó que frecuentemente influyen en ellas las imágenes presentadas en la televisión y revistas, de manera que estas imágenes agudizan sus síntomas (Groesz, Levine & Murnen, 2002).

Stice (2001) menciona que los efectos negativos de la exposición a los medios de comunicación pueden considerarse como un factor de riesgo causal para la aparición de los trastornos alimentarios. Por su parte, Toro (1996) señala que los medios de comunicación masiva ejercen una gran influencia hacia la interiorización del ideal de delgadez, al promover modelos estéticos corporales como ideales, a partir de la cual la publicidad se dirige de manera

importante a la elevación en la venta de productos adelgazantes, libros que contienen dietas, productos “light”, etc.

Carrillo (2002, p.26-27) plantea que “no se tiene la certeza de que la moda cause anorexia o bulimia, los modelos tampoco tienen la culpa, los diseñadores le lanzan la pelota a los fabricantes de tallas, pero la verdad es que ante la dificultad de dirimir conflictos, lo que está claro es que la necesidad urgente es la de modificar los valores sociales en general, influir en los creadores de opiniones más que echar la culpa a unos y a otros”. Asimismo, esta autora afirma que los publicistas toman modelos socialmente aceptados para representar sus anuncios, de manera que si los estereotipos sociales fueran diferentes, la publicidad sería diferente al ser un espejo social. Asimismo, es importante recordar la naturaleza multifactorial de los trastornos alimentarios.

Es importante considerar que recientemente se han incrementado los mensajes sobre los trastornos alimentarios. Se dedican programas televisivos, secciones sobre salud en revistas, y existe cierta fascinación en el público por este tipo de patologías. Aunque el propósito sea informativo y de advertencia, es cierto que también ejercen un papel inductor en personas predispuestas, ya sea por imitación de figuras que se tomen como modelos, o bien por el conocimiento de métodos de control de peso que ponen en riesgo la salud. En distintos estudios realizados durante los años 80 en España (Turón, 2000), se ha encontrado que los datos sociodemográficos del sector en que mayor impacto tiene la publicidad pro-adelgazamiento coinciden exactamente con el de mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (mujeres entre 14 y 24 años). Más de la mitad de esta población se confiesa interesada en la información relativa al peso y al adelgazamiento.

CAPÍTULO 4

FORMACIÓN DE AUDIENCIAS CRÍTICAS HACIA LA PUBLICIDAD TELEVISIVA Y PSICOEDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En las sociedades mediáticas actuales se ha creado un sentido de pertenencia al planeta como unidad, que históricamente no se había presentado con tal intensidad. Por eso, se han extendido grupos culturales que influyen sobre las personas y grupos de referencia, formándose grupos de personas unidos por ideas, actitudes y creencias ante los problemas del mundo. Esto permite observar que aquel que tenga influencia sobre la opinión pública, dicha influencia tendrá un impacto importante (Torres et al., 2002).

4.1 DEFINICIÓN DE AUDIENCIA

Existen distintos criterios para definir audiencia televisiva. En países como España, Austria, Italia, Holanda y Portugal, se define como las personas presentes en la habitación y en “actitud” de ver la televisión, pero en otros países simplemente basta con estar presentes en la habitación. Es importante mencionar que la edad mínima para considerar a una persona parte de la audiencia en países como Alemania, Austria, Finlandia y Suecia, es de tres años, mientras que en países como Bélgica, Grecia y Holanda, es de seis años (Jauset, 2003).

Rodríguez (2003, p. 182) define audiencia como “receptores de la comunicación, como una población que debe ser agrupada y clasificada en función de las características que influyen en el tipo de selección que hacen de los mensajes distribuidos por los medios masivos (edad, sexo, formación, ideología, hábitos, etc.)”.

Las audiencias televisivas viven en diferentes espacios y tiempos superpuestos (Silverstone, 1994). Callejo (2003, p. 18) señala que “la audiencia se produce en extensión, llegando al mayor número de sujetos y en intensidad, con la incorporación de tales sujetos a un sistema social, con la configuración de las expectativas subjetivamente vividas... también se produce

generando las estructuras motivacionales de tal audiencia... es decir, haciendo que se vivan como demandas propias, de los sujetos, las condiciones objetivas de un sistema productivo.” Este autor señala que la audiencia tiene su historia, es decir, un contexto socio-histórico, y sus prácticas. Así, la práctica de la recepción se desarrolla en condiciones materiales objetivas.

La televidencia “es un proceso complejo que conlleva múltiples interacciones de la audiencia con la televisión a distintos niveles y que es objeto también de múltiples mediaciones. Es un proceso largo que no está circunscrito al momento preciso de contacto directo entre TV y audiencia” (Orozco, 1996b, p. 27).

Orozco (1996b, p.35) señala que en el proceso de televidencia, los miembros de la audiencia frente al televisor se enrolan en una secuencia interactiva que implica diversos grados de involucramiento y procesamiento del contenido televisivo: atención, comprensión, selección, valoración de lo percibido, almacenamiento, integración, apropiación y producción de sentido.

La audiencia es un consumidor (Silverstone, 1994). De manera que, en términos publicitarios, la audiencia meta es toda la “gente que puede ser alcanzada a través de un medio publicitario en particular y un mensaje determinado” que es susceptible de consumir (Wells et al., 1996, p. 289).

En México, en el año 2007 el 93% de los hogares contaban con al menos un televisor. Del total de los hogares, el 25% tenía contratado un sistema de televisión de paga. (INEGI, 2008). Al 2002, el promedio de consumo televisivo para mayores de 12 años era de 12.48 hrs semanales, específicamente 13.14 hrs en el caso de los hombres y 12.24 hrs en el de las mujeres (INEGI, 2002).

4.1.1 Actividad en el telespectador

Al hacer referencia al término audiencia, Callejo (2003) considera que es importante tomar en cuenta el lugar de la interactividad en el conjunto de posibilidades de relación con el medio y, señala tres clases de actividad en el telespectador:

- a) *Actividad en el texto o decodificadora*, los receptores leen los mensajes desde sus propios códigos que aparecen arraigados a su cultura, expectativas, prácticas, intereses, etc., y se encuentran dependientes del grupo social de pertenencia y posición en la estructura social. Esta actividad decodificadora se intenta combatir con la redundancia en los mensajes y la repetición de los mismos: desde la publicidad a los propios mensajes de contenido televisivo. Con la redundancia también se cierran las posibilidades de interpretación. La repetición de mensajes tiene también una importancia especial dentro de la publicidad, bajo el supuesto de que la integración de los mensajes en los receptores depende de la frecuencia de contacto físico y fisiológico con éstos.
- b) *Actividad con el medio*. Parte de la idea de que mientras se está con el medio, también se hacen otras cosas. Se mezclan unas actividades con otras que podrían denominarse, por ejemplo, teleplancha, audiocomida, etc., en donde fragmentos de unas actividades se suceden con las otras sin interrupción, donde se evidencia una cultura que ha perdido intervalos y pausas. Dentro de esta categoría pueden identificarse dos tipos de prácticas: paratelevisivas y transtelevisivas. Por una parte, las primeras hacen referencia a que se hace otra cosa mientras se está viendo la tele, que ocupa un lugar, intermitentemente, de fondo. El espectador se concentra en la otra actividad. Por otra parte, las segundas comprenden aquellas actividades que atraviesan la televisión, partiendo del medio y terminando en el mismo: hablar sobre lo que ocurre en la tele, concursar en casa, hacer los ejercicios o pasos de baile que se ven en la pantalla, etc. En este caso, el medio adquiere un lugar central en estas actividades, lográndose la concentración del telespectador.
- c) *Actividad en el medio o funcional*. Tiene un carácter intramediático: cambio de canal, subir o bajar el volumen, ajustar el color, etc. Prácticas como el zapping (“brincar de canales”) se han convertido en el principal enemigo de creadores, programadores, anunciantes, etc., ya que se trata de que el telespectador no se vaya de la cadena y menos cuando están los anuncios publicitarios. Esta actividad surgió junto con el control remoto del televisor.

4.1.2 Tipos de televisión

La perspectiva de los usos y gratificaciones analiza por qué el receptor se expone a los medios, basándose en conceptos como función, necesidad y motivo, siendo la interrogante fundamental qué hace el individuo con los medios. Uno de los supuestos principales de esta teoría es asumir que los individuos pueden articular sus propios motivos para exponerse a los medios y que es posible conocer esa información mediante auto-informes (Rubin, 1996).

Owen (1999) menciona que existen distintos tipos de televisión, con cierto sentido cronológico, aunque la existencia de una no significa la eliminación de las anteriores:

- La televisión convencional, de carácter generalista. Es la referencia social común de lo que es la televisión, la que produce audiencia extensiva. La actividad que convoca de la audiencia tiene como límite la participación indirecta a través de las llamadas telefónicas o de mensajes vía teléfono celular. El resto de la actividad con la televisión se restringe a la entrada/salida del contacto y al cambio de canal.
- La televisión por cable. Como consecuencia de tener muchos más canales, ofrece una mayor variedad de contenidos, aunque el usuario debe pagar por su uso, y las diferencias con la televisión convencional son realmente pocas.
- La televisión con interactividad. El espectador decide lo que desea ver y cuando. Generalmente esto se refiere a películas, frecuentemente bajo un sistema de cable o por satélite. La actividad de la audiencia se proyecta sobre el catálogo o menú del cual llevará a cabo elecciones.
- La televisión-Internet. Se refiere a la asociación entre estos dos medios. Surge como imágenes de video que aparecen en el monitor de una computadora con conexión a Internet, en donde el usuario puede hacer las demandas que desea, ampliándose las posibilidades de actividad del usuario, al tiempo que aumenta la bidireccionalidad.

Se considera que la programación comercial puede inducir a representaciones falsas de la realidad, a actitudes de violencia y, en general, a actitudes contrarias a las que son socialmente aceptables, tales como actitudes racistas y diferentes estereotipos acerca de las personas, grupos, instituciones, relaciones sociales (Charles & Orozco, 1990).

Por otra parte, Glasser (1988) menciona que existe cierta desconfianza personal en la manera en la que son percibidos los acontecimientos debido a los años de percepción compartida con

los medios, lo cual produce un efecto de dependencia perceptiva. Y es que la “objetividad” presentada en televisión representa para muchas personas la versión “oficial” de los eventos al consultarse pocas fuentes de información alternativas.

Existen tendencias de los medios como fuente de homogeneidad más que como reserva de diferencias. Aunado a esto, la globalización y la concentración en la producción de audiencias, dentro de un marco capitalista monopolístico, con pocos y grandes grupos corporativos, se disminuyen las posibilidades de preservación de la heterogeneidad. De esta manera, se transmite ampliamente la homogeneidad cultural a partir de lugares sociales dominantes. Asimismo, la identidad está subordinada a este contexto. Así, la interactividad que se propone con el medio busca que el espectador se dirija a los espacios de consumo a través de la publicidad. Por lo tanto, se favorecen los contenidos que producen consumidores (Callejo, 2003).

4.2 EFECTOS DE LOS CONTENIDOS TEMÁTICOS

La perspectiva de los usos-efectos (Igartúa, Muñiz, Elena & Elena, 2003) pretende explicar los efectos de los contenidos mediáticos, no sólo a partir del nivel de exposición a los mismos, sino teniendo en cuenta los factores que explican los usos de los medios (como por ejemplo, los motivos de exposición). Así, los efectos y la recepción de medios dependerán de la interacción entre las características de los contenidos y las características de sus audiencias. Como ejemplo de lo anterior, se puede mencionar que se ha encontrado, en estudios de tipo cualitativo (Huertas, 2003), que al adolescente le satisface observarse y reconocerse en la pantalla televisiva, y así pueden sentirse altamente identificados.

4.3 FORMACIÓN DE AUDIENCIAS CRÍTICAS

En la década de los ochenta surge un paradigma crítico y una revisión de trabajos anteriores en relación a los medios. Al notarse que las variables sociodemográficas no explican todo, se plantea la visión del aprendizaje crítico del medio, en donde el lenguaje televisivo se analiza como un código complejo, con sintaxis propia, y que es susceptible de ser aprendido. Así, se genera una línea de actuación sobre la educación de los medios, la cual contempla la lectura

de imágenes, la cultura mediática, habilidades críticas, distanciamiento del medio, espectador interactivo, creatividad, imaginación y otros campos similares (Torres et al., 2002).

4.3.1 Definición

Charles y Orozco (1990) mencionan que la educación para la recepción se refiere al análisis crítico de los procesos de recepción en el que se involucran los individuos, en donde se pretende cuestionar a los sujetos acerca de sus motivos para exponerse determinado medio de comunicación, sobre la cantidad y selectividad de sus preferencias y su forma de apropiación. Se intenta que los receptores se relacionen con los medios de una manera más reflexiva. Es decir, se entiende como una búsqueda para que los receptores se expresen a partir de su apropiación de los mensajes, de que éstos sirvan de insumos para su creatividad en sus juegos, su aprendizaje, su comunicación, etc., es decir, que participen en una “recepción activa”.

Orozco (1991) sintetiza las relaciones entre los esquemas mentales cognoscitivos y emotivos de la recepción televisiva: la cantidad y calidad de información, conocimientos y valoraciones que un receptor traiga a la pantalla del televisor median su recepción del mensaje, en tanto que influyen en aquellos aspectos que son percibidos en general, en aquellos otros que son percibidos como relevantes, y en las asociaciones que resulten de lo percibido con lo anteriormente asimilado en la mente del sujeto (Poloniato, 1993).

Los espectadores hacen diferentes lecturas de lo “real” televisivo en confrontación con su idea de lo real (Poloniato, 1993). El descubrimiento de la condición de la audiencia como lectora y el descubrimiento correlativo del carácter polisémico del texto han tenido significativas consecuencias para poder entender el poder de la televisión. Los factores que determinan la gama de lecturas del medio no son simplemente sociológicos (sexo y edad), sino también psicológicos (identificación, evaluación, reconocimiento). Distintos autores señalan que la distancia crítica (estética, lúdica o moral) no implica necesariamente cuestionar la referencialidad básica del texto o su fuerza ideológica. Los telespectadores pueden mostrarse críticos y aún así aceptar las significaciones básicas o dominantes o estructurales que les ofrece el texto. Los textos limitan las lecturas y las interpretaciones, pero no las confirman, por lo que las audiencias tiene un papel creador, pero no sobre la base de textos de su propia

creación. Todos los espectadores construyen sus propios sentidos partiendo de sus experiencias individuales de textos comunes, es decir, diferentes televidentes crean diferentes sentidos. Diferentes audiencias tienen diferentes necesidades y diferentes habilidades (Silverstone, 1994).

La educación crítica de la audiencia “debe permitirle a ésta un doble cuestionamiento. Por una parte, el de la evidencia visual y su pertinencia. Por otra, del acontecimiento observado, de la sustancia de la evidencia” (Orozco, 1996a, p. 28).

De acuerdo con Pérez (1996), la educación para el uso del medio debería constituir una dimensión imprescindible de la formación integral de las personas desde la infancia temprana. Considerando como contenido de la educación para el uso del medio la formación de una actitud crítica frente a éste y sus mensajes, mediante la desmitificación de las tecnologías y de un análisis valorativo de los contenidos audiovisuales. Implicando también la capacitación para su manejo adecuado, de acuerdo con sus propias características, en los procesos de producción y expresión de mensajes, con todo lo relacionado al avance constante de las nuevas tecnologías.

La audiencia no es pasiva, sino activa y posee una capacidad considerable para negociar, resistir y aun contraponer significados o darles nuevos significados a partir de los referentes televisivos. Aunque estas cualidades son limitadas. Asimismo, la audiencia de la televisión, aunque activa, no está exenta de mediaciones que provienen de sus propias capacidades, historia y condicionamientos genéticos y culturales específicos (Orozco, 1996b). Bustos (2001a) menciona que el modelo de la recepción crítica/activa de los medios considera que los individuos son seres que juegan un papel activo, son capaces de analizar y transformar la información que reciben y, por consiguiente, actúan en correspondencia a ella.

Dentro de los acercamientos a la educación en medios se han seguido determinadas tendencias a lo largo de décadas. La primera tendencia es la del profesor como protector, la cual considera que éste es un guardián de sujetos inocentes y vulnerables a los medios masivos, donde éstos últimos funcionan como corruptores de las mentes inocentes de los niños, y por lo tanto, se puede llegar al juicio de que los medios son “malos”. La segunda línea sugiere que los medios “crean” audiencias en formas muy particulares, de manera que el miembro individual de una audiencia es una víctima relativamente impotente frente a los

medios, particularmente en el nivel ideológico. Una tercera tendencia se basa en una especie de celebración de los medios en la que se considera a la audiencia consciente de lo que sucede en el mundo y en las representaciones de los medios. Un cuarto enfoque, desarrollado en el Reino Unido, consiste en contemplar ciertas claves conceptuales relacionadas con quién elabora el mensaje, a quién se dirige, a qué género pertenece, cómo está estructurado, etc. Este enfoque busca desarrollar y crear usuarios de los medios más activos y críticos. Se espera que esos usuarios reclamen y con esto contribuyan a que haya una mayor variedad de opciones en los medios de la que existe actualmente. El quinto enfoque tiene que ver con el desarrollo de la “autonomía crítica” en niños y estudiantes (Ferguson, 1998).

Rodríguez (2003, p.182) define recepción como “un concepto de origen psicológico, en tanto que se ocupa de analizar a los receptores en función de las características contextuales y situacionales que pueden influir en los criterios de los receptores para la selección de los mensajes distribuidos por los medios masivos de comunicación (lugares, compañías, situaciones, horarios, etc.)”.

4.3.2 Estrategias

Charles y Orozco (1990) mencionan las siguientes estrategias que se emplean en diferentes programas de educación para la recepción:

- Dieta televisiva: regular cantidad de televisión que ven los niños diariamente.
- Mediación de los adultos cuando los niños están viendo sus programas.
- Participación de los niños en diálogos con sus maestros para asegurarse de que sólo asimilen aquello que no les perjudica en su formación.
- Adiestramiento de los sujetos en el manejo de una técnica o medio de comunicación específico.
- Aprovechamiento de los medios de comunicación en los procesos de enseñanza-aprendizaje. Distintos medios proporcionan distintos tipos de aprendizaje, p.ej. la televisión permite pasar de un enfoque de detalle al conjunto y viceversa, facilitando el desarrollo de la capacidad de ubicación espacial o inductiva.
- Análisis semántico o semiológico de los textos visuales o auditivos. Se concibe a los medios principalmente como creadores de textos y formas y por tanto se subraya el aprendizaje de la “gramática” con la intención de preparar a los receptores a “leer” los

medios. Se familiariza a los receptores en diferentes lenguajes, códigos y estructuras para que puedan apreciar mejor los mensajes y construir los propios (educación para o en los medios). Algunos tratan que los receptores distingan peculiaridades de los lenguajes de los distintos géneros televisivos, periodísticos, cinematográficos y radiofónicos.

- Desentrañar propuestas ideológicas y de clase de los diversos mensajes de los medios de comunicación. El objetivo es entender de qué manera éstos difunden los puntos de vista hegemónicos en los distintos estratos y clases sociales de la población.

Los programas de la educación para la recepción que pretenden el adiestramiento en el manejo de medios, buscan que el sujeto, a través del dominio de los mismos, sea capaz de entender las posibilidades y límites que distintas técnicas brindan al proceso de comunicación, para que puedan analizar diversos mensajes y, eventualmente, producir los propios (audiencia crítica o alfabetización en los medios - *media literacy*-; Charles & Orozco, 1990).

La lectura crítica de los medios tiene como objetivo contrarrestar efectos como la educación para el conformismo (Charles & Orozco, 1990). Corominas (1999) menciona que el objetivo de la comprensión crítica es entender en qué contexto se da el juicio moral, potenciar la discusión la crítica y la autocrítica, así como el entendimiento entre alumnos y profesores sobre diferentes temas, y el análisis colectivo de valores que intervienen en la toma de decisiones sobre temas socialmente comprometidos. Así, el proceso global que propone la comprensión crítica pasa por la adquisición de informativos, el entendimiento crítico de las razones de todos los implicados y el compromiso en la mejora de la realidad.

La educación en medios tiene que estudiar las formas en que los medios nos ofrecen nuestras identidades, y las formas en que nosotros somos o no, cómplices en la relación. Podemos preguntarnos también si las identidades en oferta nos incluyen a nosotros, quienquiera que seamos. Si nosotros estamos ahí, en los medios, como consumidores potenciales u otros, podríamos preguntarnos si la manera en que estamos representados es precisa o creíble. Si no estamos representados podremos preguntarnos por qué (Ferguson, 1998).

Sartori (2001) señala que la imagen no da, por sí misma, casi ninguna inteligibilidad; es necesario explicar la imagen, y aquella explicación ofrecida por la televisión es insuficiente, ya que no se integra la capacidad de entendimiento con la visión de la imagen. Se da entonces un

conocimiento a partir de la imagen, sin hacer referencia a un sentido cognoscitivo propiamente dicho, sino más bien en términos de superficialidad. Se asocia a la imagen una connotación de verdad y realidad (la imagen no miente); sin embargo, la imagen no dice todo, hay casi siempre una voz o un texto que proporciona la información necesaria para “leer” la imagen.

Es importante considerar que el lenguaje televisivo, en esencia audiovisual, tiene la característica de ser fundamentalmente denotativo en alto grado, lo que permite que el código utilizado en su estructuración difícilmente sea percibido por el televidente y al mismo tiempo cuenta con un alto grado de verosimilitud (Orozco, 1996b).

La polisemia del mensaje no significa que no obedezca a una estructura. Es cierto que un mensaje no es un objeto dotado de una “significancia real” y exclusiva, pero los mecanismos de significantes que pone en juego promueven ciertas significaciones y suprimen otras, haciendo que algunas de ellas sean preferenciales (Morley, 1997).

Charles y Orozco (1990) mencionan que los niños que comentan en clase lo que vieron en la televisión, si el maestro interviene, la discusión conjunta de la programación se convierte en un ejercicio de reapropiación más crítica. Por lo tanto, señalan que algunas estrategias para que un niño sea un televidente activo son:

1. Propiciar una exposición más selectiva del niño a la programación comercial.
2. Sancionar los contenidos de los programas mientras el niño los ve, entablar un diálogo con él durante y después de un programa.

Huston y Wright (1989) mencionan que en los niños de tres a cinco años existen dificultades para seguir secuencias causales, hacer inferencias de la acción presentado en la televisión y comprender contenidos implícitos. Así, las características del medio será lo que más capte su atención, es decir, los escenarios, movimientos de los personajes, sonidos, música, etc. En esta etapa sólo quedará un recuerdo fragmentado, en donde todo lo que vea en la televisión lo considerará real, y lo que prevalecerá será lo externo, lo aparente; por ello, un personaje “feo” será “malo” a pesar de que éste demuestre nobles sentimientos. Ya a los seis o siete años, los niños desarrollan esquemas sobre la estructura de las historias y llegar a comprender las motivaciones y emociones de los personajes, poniendo atención en los contenidos. Pero, entre los siete y los ocho años, les será difícil seguir historias complejas si les falta información social.

Corona (1990) señala algunas estrategias dentro de la propuesta de recepción activa a través de reconocer juegos practicados por los niños, estimular nuevos y reutilizarlos con otros fines, como el de estimular el discernimiento frente a los contenidos televisivos en actitudes didácticas, en fomentar una dimensión más social haciendo participar a padres e hijos o entre compañeros en la escuela frente a un acto que generalmente es individual. Esta autora sugiere algunas actividades en función de los tipos de programa sobre los que se desee trabajar:

- En las telenovelas: pedirle a los niños que escriban un final de telenovela de moda. Buscar que el niño relativice, comparando la idea de un único final feliz.
- En las caricaturas: orientar el chiste, la burla y la broma hacia los personajes superhéroes de las caricaturas.
- Con los programas de variedades: las estrellas de la industria de masas son construidas muchas veces desde la televisión; imponen modas, proponen identificaciones y fomentan el consumo de múltiples artículos, muchas veces innecesarios. Se puede jugar frente a los personajes que son populares entre los niños. Se hacen preguntas que puedan motivar cuentos o dibujos chistosos. Ridiculizando los mitos que propone la televisión se busca que el niño los relacione con el consumo y se cuestione acerca de las características de los personajes.
- Entrevistas: se busca que los niños tengan conciencia del tipo de personajes que los realizadores de programas consideran meritorios de ser entrevistados y las preguntas que son válidas en estos momentos. Se puede proponer al grupo de niños crear su propio “programa de entrevistas” tomando turnos de entrevistador y entrevistado. Niños estrellas: el niño que ha metido más goles en el equipo de la escuela, la que tiene más amigas, etc.

Con esto, la autora menciona que se puede aprovechar el ingenio del niño para ampliar su espacio de juego: con los mismos contenidos pero de forma distinta, con otras personas de su entorno, con sus propias ideas.

Benesch y Schmandt (1982) señalan que existen seis reglas para inmunizarse contra la manipulación, que bien pueden ser utilizadas en la educación para la recepción:

1. Conocer las técnicas de manipulación
2. Armarse contra la manipulación: estado de alerta.
3. Ponerse a cubierto ante la fascinación injustificada: deseamos lo que no poseemos,

aunque esto no valga la pena.

4. Practicar la independencia: buscar información y experiencia.

5. Reprimir las propias tendencias manipuladoras

6. Poner en evidencia a los manipuladores.

Ghiglione (1997) plantea que cuando se considera el tratamiento de la información, existen dos tipos de cuestionamientos que el receptor se plantea respecto al contenido del mensaje: ¿cuál es el contenido explícito del mensaje? ¿cuál es el contenido implícito? ¿cuál es la intención del mensaje?. En el segundo tipo, las preguntas son: ¿cuál es el tamaño del mensaje? ¿cuántos argumentos contiene? ¿cómo están dispuestos?, ¿quién produjo el mensaje? ¿cómo es quien produjo el mensaje?, ¿qué piensan los otros del mensaje?, ¿es apropiado el lugar de escucha del mensaje?.

Una lectura crítica no es necesariamente exclusiva a implicarse o a participar, como se presupone a menudo. Los espectadores pueden entonces adoptar diferentes estilos de relación con la emisión: aceptación con implicación, aceptación con distancia, crítica con implicación, crítica con distancia (Livingstone & Lunt, 1997).

De acuerdo con Orozco (1996b, p.27), existen cuatro tipos de intercambio entre la TV y la audiencia que deben tomarse en cuenta en el diseño de cualquier estrategia pedagógica:

- *Simbólico*: tiene que ver con el contenido que entra en juego y es objeto de negociación entre la oferta programática de la TV y la audiencia.
- *Perceptivo*: hace referencia a los esquemas, destrezas y patrones cognoscitivos, implicados tanto en un contenido o género televisivo como en las mentes de los miembros de la audiencia.
- *Afectivo*: se relaciona con las emociones que la TV mueve entre su audiencia y sus expectativas de satisfacción.
- *Agenciativo*: se refiere a ese conjunto de actividades, tácticas y estrategias, hábitos y sobre todo usos, que despliega la audiencia en su televidencia general o circunscrita a géneros televisivos particulares.

Bergsma (2003) menciona que el pensamiento crítico es un elemento fundamental en la alfabetización en los medios como una estrategia preventiva, de manera que ésta permita a los jóvenes tomar mejores decisiones con respecto a comportamientos relacionados con la salud.

Así, el conocimiento de la alfabetización en los medios y sus habilidades relacionadas sirven para identificar ejemplos de colocación de productos y entender el concepto de la promoción publicitaria de los productos y de los resultados y apoyos económicos que se relacionan con ella.

Álvarez de Armas (1996) señala que, al fomentar el despertar del sentido crítico ante los medios de comunicación, el objetivo es que los alumnos se den cuenta de que las cosas se pueden decir de distintas maneras, se pueden subrayar, se pueden ocultar aún diciéndolas, se pueden manipular y también se pueden interpretar de distinta manera. Asimismo, aprender a leer la imagen y a despertar el sentido crítico frente a ella. Después es posible hablar de la publicidad, su importancia, lenguaje y funcionamiento, considerando realizar un análisis denotativo y connotativo de un anuncio de revista y por último un spot de televisión.

Considerando las diferencias socioculturales desde las cuales se procesa la recepción televisiva, es importante entender que es imposible transformar en receptores críticos de la televisión a individuos que no son en primer término críticos de su propia vida cotidiana, es decir, de las relaciones de comunicación en las cuales están inmersos, de tipo familiar, escolar, etc. La recepción crítica deberá motivar la confrontación entre los gustos y preferencias espontáneos, que obedecen a patrones culturales y el develamiento de lo que los medios proponen, explicitando las diferencias que existen entre unos y otros. Al mismo tiempo generar trabajos que le permitan al grupo descubrir y hacer evidente el lugar que ocupa la televisión en su vida diaria y el valor simbólico que ésta representa. Confrontar a la televisión con otras formas de entretenimiento, información y cultura con el fin de ayudar a presentar los mecanismos a través de los cuales se da el reconocimiento con actores, situaciones, historias o personajes de la televisión (Quiroz, 1989).

De esta forma, se considera que las sociedades contemporáneas donde la televisión ocupa un lugar considerable en su vida cotidiana, disfrute de tiempo libre y producción cultural, deben participar cada vez más informadas como interlocutoras de este medio y no sólo como meras espectadoras (Orozco, 1996b, p. 19).

4.3.3 Medición de la recepción/actitud crítica hacia los medios.

Dentro del área de la publicidad ha existido la necesidad de evaluar la actitud de los consumidores hacia la misma, por lo que se han desarrollado distintas escalas. A continuación se describen aquellas que pueden vincularse directa o indirectamente con el concepto de recepción crítica.

Jarvis y Petty (1996) diseñaron una escala para explorar las diferencias individuales alrededor de la “necesidad de evaluar”. Estos autores consideran el concepto de evaluación como la evaluación de características positivas o negativas de un objeto. La escala está compuesta por 16 ítems con cinco opciones de respuesta que van desde 1=extremadamente no característico, 2= algo característico, 3=incierto, 4= algo característico hasta 5= extremadamente característico. Los coeficientes alpha de Cronbach obtenidos con tres diferentes muestras (hombres y mujeres, estudiantes de nivel licenciatura) estuvieron en un rango de .82 a .87. Esta escala se considera unidimensional y no está redactada específicamente para el tema de la publicidad, sino en relación con la necesidad de evaluar en general.

Otro concepto explorado en el campo del marketing y la publicidad es el “auto-esquema de separación-conexión”, el cual hace referencia a la autopercepción de un individuo en relación con los otros. Una persona “separada” tiene sentido de independencia y se considera un individuo distinto de los otros. Una persona “conectada” tiene un sentido de interdependencia y se ve a sí mismo como una continuación de los otros. La escala de “auto-esquema de separación-conexión” fue diseñada por Wang y Mowen (1997) y tiene nueve ítems con cinco opciones de respuesta que van desde no me describen hasta me describen muy bien. Contiene dos factores y la puntuación total se obtiene sumando los nueve ítems y obteniendo el promedio. A mayor puntuación, mayor esquema de “separación”. Los autores reportaron un alpha de .73 para la escala total.

La moda es uno de los términos más relevantes en el área publicitaria. Goldsmith, Freiden y Kilsheimer (1993) desarrollaron un instrumento para explorar acerca del liderazgo en la moda. Se considera que los “líderes de la moda” son aquellas personas que aprenden acerca de las novedades de la moda más temprano en comparación con los compradores promedio. Estas personas juegan un papel muy importante en la difusión de la moda. El instrumento es una escala de seis ítems con cinco opciones de respuesta que van desde de acuerdo hasta en

desacuerdo. Las puntuaciones se suman para obtener un puntaje total. Esta escala unidimensional cuenta con un alpha de Cronbach para población estadounidense de .85 y para población inglesa de .73.

El índice de involucramiento con la moda (FII) y el factor de involucramiento con la moda (FIF) fueron propuestos por Tigert, Ring y King (1976). El continuum del involucramiento con la moda se puede definir como el efecto agregado de una variedad de actividades importantes vinculadas con la moda. Dichas actividades pueden dividirse en cinco dimensiones que integran el índice de involucramiento: innovación y tiempo de compra, comunicación interpersonal, interés en la moda, conocimientos acerca de la moda, alerta y reacción ante los cambios en las tendencias de la moda. El factor de involucramiento con la moda también evalúa aspectos de estas dimensiones, aunque sus autores consideran que puede ser una medición distinta del FII. La FII está compuesta de cuatro preguntas con tres opciones de respuesta y una pregunta con cinco opciones de respuesta, todas de una sola elección. Se puede obtener un rango de puntuación total de 5 a 17. La FIF está compuesta de cinco preguntas tipo Likert con seis opciones de respuesta que van desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo que se suman para formar una puntuación total de 6 a 30. Sin embargo, para ninguna de estas escalas se reporta alguno de los métodos tradicionales para obtener la consistencia interna.

Reynolds y Darden (1971) diseñaron un cuestionario que indaga acerca del liderazgo de opinión y la búsqueda de información. La escala está compuesta por cinco opciones de respuesta que van desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. Los puntajes se suman para obtener un puntaje total. Mediante el análisis factorial se confirmaron los dos factores propuestos por los autores: "liderazgo de opinión" (con cinco ítems) y "búsqueda de información" (con tres ítems). Se obtuvo la confiabilidad de la escala por mitades y los valores obtenidos fueron de .79 y .73 para liderazgo de opinión y búsqueda de información, respectivamente. Este instrumento está redactado específicamente en función del tema de la moda.

Asimismo, Flynn, Goldsmith e Eastman (1994) diseñaron una escala compuesta de seis ítems para evaluar liderazgo de opinión y seis ítems para búsqueda de opinión. Las dos dimensiones de la escala fueron confirmadas a través del análisis factorial. Los coeficientes alpha de Cronbach obtenidos en tres estudios fueron en un rango de .78 a .86 para la subescala

liderazgo de opinión y de .81 a .93 para la subescala búsqueda de opinión. La redacción de este instrumento permite adecuarlo a distintos tipos de productos.

Otro concepto relevante en el campo de la publicidad, es la atención a la información sobre la comparación social. Lennox y Wolfe (1984) proponen una escala que evalúa la extensión en la que un individuo está atento a las reacciones de otros respecto a la propia conducta y está preocupado o es sensible acerca de la naturaleza de esas reacciones. La escala cuenta con 13 ítems con seis opciones de respuesta que van de 0 (siempre falso) a 5 (siempre cierto). Las puntuaciones se suman para obtener un índice general. Los autores reportaron un coeficiente alpha de .83.

Bearden, Netemeyer y Teel (1989) desarrollaron un instrumento que evalúa la influencia interpersonal. Al ser la publicidad parte de una instancia socializadora, los medios de comunicación, el papel de la influencia interpersonal aparece como una variable de interés en este campo. Esta influencia puede ejercerse sobre la susceptibilidad de los consumidores a la conducta de compra. Se puede conceptualizar como la necesidad de identificarse con o de vincularse a la imagen propia en la opinión de otros significativos a través de la adquisición uso de productos y marcas, el deseo de cumplir las expectativas de otros respecto a las decisiones de compra y a la o a la tendencia de aprender acerca de productos y servicios mediante la observación de otros o la búsqueda de información a través de los otros. La escala consta de 12 ítems con respuestas opuestas con siete opciones de elección que van desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. Todos los ítems están redactados en forma positiva. Los puntajes se suman en dos dimensiones de susceptibilidad a la influencia interpersonal: índices normativos e índices informacionales. Ambas puntuaciones pueden ser sumadas para obtener un índice general que puede ir de 12 a 84. Los coeficientes alpha para ambas dimensiones son: normativa de .82 e informacional de .88. El análisis factorial confirmatorio corrobora las dos dimensiones teóricas de la escala. La redacción del instrumento está enfocada a la conducta de compra y la elección de marcas.

Por otra parte, Park y Lessig (1977) propusieron un cuestionario que indaga acerca de la influencia del grupo de referencia, es decir, la influencia de individuos actuales o imaginarios o de un grupo acerca de tener importancia sobre las evaluaciones, aspiraciones o conductas de un individuo. Este concepto lo dividen en tres dimensiones: influencia informacional (conocimientos), influencia utilitaria, y valor expresivo (identificación con los otros). La escala

contiene 14 enunciados con cuatro opciones de respuesta en la conducta de consumo. Los valores de confiabilidad test-retest obtenidos fueron de un rango de .43 a .78 en amas de casa y de .56 a .96 en estudiantes. Los autores reportan que los estudiantes fueron más susceptibles que las amas de casa a la influencia del grupo de referencia para productos como la cerveza y los cigarrillos; y las amas de casa fueron más susceptibles en productos como muebles.

Lenox y Wolfe (1984) restringen el concepto de automonitoreo a la habilidad de modificar la auto-presentación y la sensibilidad respecto a la conducta expresiva de otros. El instrumento que diseñaron estos autores cuenta con 13 ítems con 6 opciones de respuesta que van desde 0 = siempre falso, 1 = generalmente falso, 2 = algo falso, pero con excepciones, 3 = algo cierto, pero con excepciones, 4 = generalmente cierto y 5 = siempre cierto. Siete ítems representan la habilidad para modificar la auto-presentación y seis ítems están dirigidos a indagar acerca de la sensibilidad ante la conducta expresiva de otros. Se puede obtener una puntuación total o bien una por cada uno de los factores antes mencionados. La escala total cuenta con un $\alpha = .75$, y de .77 para el factor de habilidad de modificación de auto-presentación y de .70 para el factor de sensibilidad.

La escala de conciencia de salud, desarrollada por Gould (1988) indaga acerca de la alerta, auto-conciencia, involucramiento y automonitoreo de la propia salud. Está compuesta por nueve ítems con cinco opciones de respuesta que se califican de 0 a 4. El α de Cronbach reportado fue de .93. Está redactada en función de la salud en general, por ejemplo, *estoy generalmente al pendiente de mi salud*.

El área emocional es un factor también de gran interés en el campo de la publicidad. La escala de emociones de consumo (Richins, 1997) es una escala desarrollada para evaluar las distintas emociones que se experimentan frecuentemente en situaciones de consumo. Cuenta con 16 subescalas identificables con 52 descriptores en su última versión.

Existe una escala denominada de "Credibilidad hacia la publicidad televisiva" diseñada por Beltramini (1982). Consiste en 10 diferenciales semánticos en un formato de cinco opciones de respuesta, la cual puede ser aplicada a varios tipos de preguntas. La puntuación se obtiene del promedio de los 10 ítems y las puntuaciones más altas se interpretan como con una mayor

credibilidad. Los valores de consistencia interna que se reportaron para tres productos: llantas ($\alpha=.94$), automóviles ($\alpha=.95$) y cigarrillos ($\alpha=.95$), se consideran aceptables.

El estudio de la influencia de la publicidad, no solamente se ha enfocado en muestras de estudiantes universitarios o adultos. Existe una escala de actitud no verbal hacia las marcas para preescolares desarrollada por Macklin y Machleit (1990). Esta escala está dirigida para niños de 3 a 5 años con el propósito de conocer sus actitudes afectivas hacia los productos. La versión final contiene cinco ítems (dos de ellos tienen versiones para hombres y versiones para mujeres), operacionalizados en cinco opciones de respuesta a manera de escalas visuales por cada ítem. Las puntuaciones se suman para obtener un índice total. La escala se considera unidimensional. Se reportaron índices de consistencia interna para tres marcas de barras de dulce que iban de un rango de .96 a .97.

Asimismo, Rossiter (1977) desarrolló una escala de actitudes de los niños hacia los comerciales televisivos. Con esta escala, se intenta explorar acerca de: la veracidad percibida, cualidades potencialmente desagradables, objetividad en describir productos publicitados, agrado en general, poder persuasivo percibido y confianza como guía en la compra de un producto. Esta escala fue evaluada en muestras de niños de cuarto, quinto y sexto grados de educación básica en Estados Unidos. El coeficiente de consistencia interna reportado fue de .69.

El Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) fue diseñado para medir la influencia de agentes y situaciones que propician el modelo estético corporal actual. La versión original cuenta con 40 reactivos con tres opciones de respuesta (siempre, a veces y nunca). En España, se validó en 118 jóvenes españolas: 59 anoréxicas y 59 controles, quienes estaban igualadas en edad y clase social (Toro, Salamero & Martínez, 1994). El cuestionario mostró adecuada consistencia interna, sensibilidad y especificidad, por lo que podría servir como un instrumento de tamizaje debido a su relación con anorexia nervosa e influencias socioculturales. Explora factores como: influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso, influencia de los modelos sociales, e influencia de las relaciones sociales.

En México, se ha evaluado el estatus psicométrico de esta escala (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000), en población mexicana, aplicándose a 1001 mujeres que se encontraban

estudiando el bachillerato y la licenciatura en instituciones públicas y privadas, teniendo un rango de edad de 14 a 33 años. El coeficiente alpha de la escala total fue de 0.94. A partir del análisis factorial y el análisis confirmatorio que se aplicó posteriormente se obtuvieron 4 factores que explican el 45.3% de la varianza total. El factor 1 está compuesto por 14 preguntas que pueden ser identificadas como *influencia de la publicidad* (alpha=0.92). El factor 2 denominado *malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso* contiene 10 preguntas que evalúan la ansiedad ante situaciones que cuestionan la autopercepción corporal (alpha=0.86). El factor 3 se compone de seis preguntas relacionadas con la *influencia de modelos sociales* (alpha=0.75). El factor 4 abarca cinco preguntas acerca de la *influencia de las relaciones sociales* (alpha=0.63).

4.3.4 Prevención a través de la formación de audiencias críticas

Carrillo (2002, p. 69) propone que “una solución positiva ante el bombardeo indiscriminado de informaciones que podemos considerar nocivas para la salud del cuerpo y la mente, sería inculcar hábitos y criterios suficientes para tener en cuenta que la información de cualquier tipo no puede estar por encima de los sujetos que la perciben. De la misma manera debemos luchar para desbancar mitos como que el rostro y el cuerpo están en nuestra mano y se identifican con las imágenes que vemos en los medios de comunicación masiva. Independientemente de la influencia de estos mitos deberíamos reflexionar sobre nuestra imagen, contemplarnos con más perspectiva mucho más alejados del espejo, que sólo refleja el cuerpo y explorar las opciones de vida a nuestro alcance teniendo en cuenta que los medios de comunicación masiva son reflejo de una sociedad enferma porque ha degenerado en valores relacionados solamente con el exterior”.

Mediante la formación de audiencias críticas se puede aplicar el objetivo de autonomía personal a la educación humana, de manera que el individuo pueda analizar su entorno con cierta independencia de criterio, siendo un campo importante de intervención tanto la familia como la escuela. Así, una sociedad alfabetizada puede reflexionar y actuar para obtener los medios que desea tener. En este contexto hay dos conceptos relacionados con este planteamiento: a) la distancia crítica y b) la competencia en la expresión audiovisual. La primera entendida como la capacidad de análisis para modificar la experiencia de

contemplación ante la pantalla, de manera que se observe la relatividad y contexto de las situaciones presentadas y se minimicen los efectos a través de la obtención de visiones alternativas y argumentaciones. La segunda se refiere a la competencia en el mensaje, es decir, no sólo en su elaboración sino también su decodificación, ante lo cual la práctica en el lenguaje audiovisual resulta necesaria. Por ejemplo, en el contexto escolar, la inclusión de la producción audiovisual como parte del currículum habitual de niños y adolescentes (Torres et al., 2002).

Los planteamientos escolares aplicados en las escuelas, han dirigido sus esfuerzos en dos direcciones: 1) analizar los procedimientos en que se basan los medios de manera que se reduzca la influencia, y 2) incentivar el desarrollo y expresión de conductas y actitudes más saludables mediante la producción a pequeña escala por parte de los participantes (Shisslak, et al., 1996). Las intervenciones grupales con jóvenes en la adolescencia pueden ser muy exitosas. Durante este periodo del desarrollo, ellos están dentro de procesos de separación de sus padres y familias y descubriendo su propia identidad, de esta manera, se puede aprovechar de manera positiva la influencia que los pares puedan ejercer. Así, los pares se convierten en agentes de apoyo, confidentes y compañeros en la toma de decisiones.

Los niños y los adolescentes pueden cambiar sus conocimientos, creencias, actitudes y conductas relacionados con la salud cuando se les guía a considerar ciertas preguntas básicas que facilitan “la comprensión del intento persuasivo” y la reducción del “realismo percibido” de anuncios en los medios. El modelo de procesamiento e interpretación del mensaje de Austin (Austin & Johnson, 1997) justifica el potencial de realce de habilidades alfabéticas hacia la prevención de una pobre imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo. De acuerdo con esto, los estudiantes son activos, decisivos y “procesadores y consumidores individuales de información”, más que víctimas pasivas de los insidiosos medios.

Steiner-Adair y Purcell (1999) mencionan que es posible preparar a los alumnos para que desarrollen un pensamiento crítico acerca de los mensajes y contenidos en los medios masivos de comunicación. Estas investigadoras implementaron un programa que se llevó a cabo con niños de tercer grado, en el cual los niños realizaron un noticiero escolar, reto ante el cual debían elegir las noticias más relevantes. El noticiero escolar se comparó con uno transmitido por televisión y los niños contrastaban contenidos, tiempos, y comerciales durante el programa. A través de este análisis, se encontró que las niñas identificaban que al ver ciertos programas

de televisión se crea un contexto de desarrollo temprano, en el cual se enseña a las niñas que es importante cultivar ciertas habilidades para cambiar sus cuerpos y desarrollar ciertos roles en pos de ser en un futuro atractivas, lo cual generó molestia entre las niñas.

Se ha relacionado la influencia de los medios con la presentación de diferentes comportamientos anómalos en el caso de los niños. Los principales esfuerzos dirigidos en términos de prevención a través de la modificación de actitudes, empleando formación de audiencias críticas están enfocados a la disminución de la agresividad (Sprafkin, Watkins, & Gadow, 1990) y de la violencia (Gutwill & Hollander, 2002).

En el adolescente, algunos temas que se han abordado empleando la estrategia de formación de audiencias críticas son: actitudes, creencias y comportamientos relacionados con género (Silver, 2000), prevención de adicciones y consumo de drogas, insatisfacción con la imagen corporal (Wolf-Bloom, 1999; McVey & Davis, 2002; Wade, Davidson & O'Dea 2003), autoestima y otros factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (Wade et al., 2003).

4.3.5 El papel de la formación de audiencias críticas en la prevención de trastornos alimentarios

Muchas niñas prepúberes y adolescentes, así como mujeres jóvenes, disfrutan, usan y consumen debido a la influencia de los medios masivos. Se debe poner atención en los procesos psicológicos involucrados en la motivación para el uso de los medios y la extracción de mensajes y temas del contenido manejado por los mismos (Levine, Piran & Stoddard, 1999).

Se han reportado algunos de los esfuerzos en el campo de la prevención de los trastornos alimentarios que incluyen dentro de los temas abordados la actitud crítica hacia los medios, comparado con aquellos basados en la promoción de otras habilidades como estrategias de mejoramiento de la autoestima, técnicas de control de estrés, y habilidades en el manejo de relaciones interpersonales. Aunque no se ha observado diferencias significativas entre los programas, sí se han observado tendencias hacia el aumento en la satisfacción con imagen corporal y reducción de problemas alimentarios en ambas intervenciones (McVey & Davis, 2002).

Empleando la formación de audiencias críticas hacia los medios de comunicación como estrategia central para la prevención de los trastornos alimentarios, se han realizado algunos estudios que reportan cambios significativos en seguimiento de dieta restringida, insatisfacción con imagen corporal, interiorización de estereotipos corporales, autoestima, en mujeres jóvenes; sin embargo, algunos de estos cambios no se han mantenido a lo largo del tiempo (Kusel, 1999).

En adolescentes tempranas también se han realizado programas obteniendo resultados interesantes. En éstos se han observado tendencias hacia el aumento en la satisfacción con imagen corporal, disminución en la comparación con modelos en la publicidad y disminución de la importancia de la televisión (Wolf-Bloom, 1999).

También empleando el análisis de los mensajes promovidos en los medios, el programa denominado *GO GIRLS! Project* que fue aplicado en adolescentes que cursaban la secundaria, demostró tener cierto impacto. Por medio de este programa, se ha intentado comprender las relaciones entre la promoción de ideal de mujer por parte de los medios, el negocio de la mercadotecnia y los efectos negativos resultantes sobre la imagen corporal y el cuerpo de muchas mujeres. Se considera que este tipo de programas pueden ayudar a las adolescentes a: 1) desarrollar habilidades de análisis y crítica sobre feminidad y belleza; 2) retar el ideal de delgadez y reducir los atributos irreales hacia la delgadez; 3) procurar un cuerpo más saludable; 4) tener mayor auto-confianza y autonomía; 5) mejorar habilidades de comunicación; y 6) aprender a usar la publicidad en los medios masivos para la promoción de hábitos saludables. La intervención mediante programas de prevención primaria durante la educación básica permite que éstos actúen antes de que se presenten patrones alimentarios anómalos o dañinos. De esta forma, se logra que los niños pasen por los periodos de intensos cambios biológicos y psicológicos de manera saludable (Levine et al., 1999).

En términos de activismo (entendido como la expresión de protestas ante aquellos fabricantes de productos que se considera que promueven mensajes indeseables y contra la salud), específicamente en el área de trastornos alimentarios, las protestas giran en torno a aquellos comerciales que promueven el ideal de delgadez. Se busca que algunos grupos comunitarios transmitan su propio mensaje de manera que se presiona a los productores a cambiar sus políticas. Estos esfuerzos han presentado resultados exitosos cuando se lleva a cabo como una campaña, de manera que se fomenta la promoción de mensajes saludables por medio de

algunas empresas, si una pequeña parte de la comunidad citadina lo apoya (Levine, et al., 1999).

Irving y Berel (2001) compararon dos intervenciones basadas en la formación de audiencias críticas con dos grupos, uno sin intervención y otro al que se le proyectó un video únicamente. Los programas experimentales fueron orientados externa e internamente. Es decir, el primero tenía una perspectiva sociocultural feminista, mientras que el segundo estaba orientado cognoscitivamente. Ambas intervenciones fueron similares en su eficacia con la presentación del video, en comparación con el grupo que no recibió intervención. Dado lo anterior, las autores sugirieron que las intervenciones sean de una duración más larga.

Wade y colaboradores (2003) reportaron que la formación de audiencias críticas fue útil en la reducción de la preocupación por el peso en comparación con un grupo control, por lo que estos autores consideran que esta estrategia puede ser una forma eficaz de reducir factores de riesgo en trastornos alimentarios.

En un estudio dirigido a estudiantes universitarias con alto y bajo riesgo de padecer un trastorno alimentario, se observó que las mujeres en alto riesgo mostraron disminuciones significativas en la insatisfacción corporal, el impulso por la delgadez, sentimientos de ineficacia y la interiorización de estándares sociales de belleza (Coughlin & Kalodner, 2006).

Wilksch, Tiggeman y Wade (2006) encontraron como resultado de una intervención basada en la formación de audiencias críticas en adolescentes varones y mujeres, que las mujeres mostraron una reducción significativa en la escala de interiorización del SATAQ-3 (Cuestionario de actitudes socioculturales hacia la apariencia). Asimismo, hallaron que los niveles de depresión, significativamente más altos en las mujeres en comparación con los hombres, pudieron reducir el impacto de la intervención.

Austin (2000) señala que la mayor parte de las intervenciones se fundamentan y dirigen en relación a factores socioculturales asociados con los trastornos alimentarios, trabajándose a nivel individual, con el objeto de entrenar a las personas en la observación de mensajes

presentes tanto en los medios masivos de comunicación como en la sociedad y en el cambio de actitudes relacionadas con el cuerpo y con la comida, por lo que propone que las intervenciones se den también a nivel social.

4.4 PSICOEDUCACIÓN

4.4.1 Definición

Glick, Burti, Okonogi y Sacks (1994) señalan que la psicoeducación se encarga de proporcionar información sistemática respecto a la etiología de una enfermedad a fin de que se obtenga, por parte de los participantes, conocimientos necesarios y formas de tratamiento de dicha enfermedad.

Esta aproximación proporciona una estructura conceptual sobre la que se trabaja y puede incorporar elementos de la teoría cognitivo-conductual y de la aproximación centrada en la tarea (Pomeroy, Kiam & Green, 2000).

Las intervenciones psicoeducativas que tienen como propósito la prevención deben ser intensas tanto en frecuencia como duración. El contenido debe ser acorde con el escenario, las necesidades y la motivación de los asistentes, así como de los objetivos del mismo. Los componentes de las intervenciones psicoeducativas (Kominars & Dorheim, 2004).

El desarrollo de intervenciones de tipo psicoeducativo está basado en la idea que las personas necesitan información para lidiar con su enfermedad. Se distingue de otro tipo de estrategias en que se enfoca fundamentalmente en esto (Hoffman & Fruzzetti, 2005).

4.4.2 Utilidad

Cunningham, Carroll, Fattah, Clyde, Coffey y Johnstone (2001) señalan que la psicoeducación tiene los siguientes objetivos: mejorar la comprensión de los individuos respecto a la necesidad de eliminar riesgos, seguir tratamientos en caso de enfermedad y procurar su salud.

4.4.3 Psicoeducación, prevención y salud.

Existen intervenciones psicoeducativas realizadas en distintas áreas de la salud, que combinan proveer información con objetivos dirigidos al trabajo con componentes emocionales asociados, lo cual parece ser más efectivo que el sólo hecho de administrar información (Pomeroy et al., 2000).

Rocco, Ciano y Balestrieri (2001) sugieren que la psicoeducación produce resultados favorables al proporcionar un mejor conocimiento de los trastornos alimentarios a las adolescentes en riesgo, al tiempo que vaya acompañada de un espacio que permita a las participantes expresar sus emociones y miedos característicos de esta etapa.

4.4.4 El papel de la psicoeducación en la prevención de trastornos alimentarios.

Algunos autores señalan que proveer información ayuda a prevenir la aparición de nuevos casos, y para quienes ya padecen de la enfermedad, promueve la búsqueda de ayuda (Crisp, 1998).

En el campo de los trastornos alimentarios, la psicoeducación, como aproximación preventiva, ha obtenido algunos resultados positivos, sin embargo, éstos no han sido de gran impacto (Stice et al., 2000), y en contraparte se sugiere dirigir las intervenciones en términos de cambios a nivel sociocultural (Austin, 2000), más que cambios que se produzcan a nivel individual. Algunos de estos esfuerzos se han descrito ya en el Capítulo 2, en el apartado antecedentes en la prevención de trastornos alimentarios.

CAPÍTULO 5

ADOLESCENCIA

5.1 DEFINICIÓN

Grinder (1997, p. 17) afirma que la adolescencia es un “periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí”. La palabra *adolescente* viene del latín *adulescens*, una conjugación del verbo *adolescere*, el cual tiene como significado *crecer* (González Núñez, 2001). Papalia, Wendkos y Duskin (2001, p. 409) mencionan que la adolescencia es “una etapa de transición entre el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica cambios psicosociales, cognitivos y físicos”.

Kaplan & Love-Osborne (2002, p.112-113) coinciden con Razdik, Sherer y Neinstein (2007, p. 28-30) en que la adolescencia puede dividirse en tres subetapas:

- a) Adolescencia temprana: de los 10 a los 13 años. Se caracteriza por un rápido crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. La imagen corporal, el autoconcepto y la autoestima fluctúan dramáticamente. Surgen preocupaciones acerca de cómo el crecimiento y desarrollo difieren del de los pares (principalmente estatura en los varones y menarca en las mujeres). Se sienten más cómodos con personas del mismo sexo y las relaciones con los pares se vuelven más importantes. El pensamiento es aún concreto y no conceptualizan fácilmente el futuro. Las metas profesionales son vagas e irreales.
- b) Adolescencia media: de los 14 a los 16 años aproximadamente. Poco a poco se sienten más cómodos con sus cuerpos. Los cambios emocionales bruscos son frecuentes. Se presenta el cambio del pensamiento concreto al formal y desarrollan el pensamiento abstracto, con lo que viene una sensación de omnipotencia y la creencia de que el mundo puede ser cambiado con sólo pensarlo. No se preocupan por temas como la anticoncepción ni el embarazo porque creen que no les va a suceder. Establecen sus propias identidades y relaciones con otros de manera primeramente narcisista. La influencia de los pares participa en la identificación, comportamiento, actividades y

moda, al tiempo que proporcionan apoyo emocional, intimidad, empatía y comparten culpa y ansiedad en su lucha por la autonomía.

- c) Adolescencia tardía: de los 17 a los 21 años. Se encuentran menos autocentrados y se preocupan más por los otros. Las relaciones sociales cambian del grupo de pares a las individuales. Las citas son más íntimas. Es mayor la independencia de los padres. Los pensamientos son más realistas acerca de planes futuros, acciones y carreras. Existen conceptos rígidos de lo que está bien o mal. Se caracteriza por ser un periodo de idealismo.

5.2 DESARROLLO FÍSICO

La pubertad se refiere al nivel de desarrollo físico logrado en la adolescencia. La maduración física comprende la maduración sexual y la transición a la fase reproductiva de la vida. Esta etapa implica una nueva definición de roles y cambios corporales que afectan las relaciones sociales y la planeación de la vida del adolescente. El nivel de maduración se evalúa de acuerdo con la aparición de los caracteres sexuales secundarios: en las mujeres se presenta crecimiento de los senos, del vello púbico y axilar, crecimiento corporal, menarca e incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas; por otra parte, en los varones se presenta crecimiento de los testículos, vello púbico, facial y axilar, crecimiento corporal, crecimiento del pene, glándula prostática y vesícula seminal, cambio en la voz y también incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas. Cuando se presenta crecimiento repentino en el adolescente, es signo de que comenzará la madurez sexual (Seiffge-Krenke, 1998).

5.2.1 Factores hormonales

La maduración sexual es controlada por las secreciones de la glándula pituitaria que estimulan la liberación de las hormonas sexuales. Aunque se piensa que los estrógenos son hormonas femeninas y los andrógenos masculinas, ambos están presentes en cada sexo, pero en

cantidades diferentes. Los testículos liberan grandes cantidades de testosterona, un andrógeno que produce el crecimiento del músculo, el vello facial y corporal y otras características masculinas. También contribuye al aumento del tamaño del cuerpo. Los estrógenos, liberados por los ovarios, producen la maduración del pecho, el útero y la vagina, y también las proporciones femininas del cuerpo, además de contribuir a la regulación del ciclo menstrual. En las chicas, las glándulas suprarrenales liberan andrógenos que influyen en la aceleración del crecimiento y estimulan la aparición del vello de las axilas y del pubis (Berk, 1999).

5.2.2 Cambios antropométricos

Dos formas de evaluar el crecimiento son el aumento de estatura y peso. Entre los nueve y los 15 años se puede observar un rápido crecimiento corporal, lo cual suele denominarse como “estirón”. Las adolescentes alcanzan mayor madurez de estatura antes que los varones; por otra parte, los varones pueden en un inicio aumentar de peso sin presentar estirones y otros pueden permanecer flacos hasta que peso y estatura aumentan considerablemente. Después de la cabeza, manos y pies son los huesos que comienzan a crecer más tempranamente y, por lo tanto, las primeras en dejar de crecer. El antebrazo termina de crecer aproximadamente seis meses antes que el brazo, y el ensanchamiento de los hombros dura unos meses más, al menos en los varones, que el ensanchamiento de caderas y tórax. Las dimensiones que los adolescentes alcancen dependerán de factores genéticos y ambientales (Grinder, 1997).

5.2.3 Caracteres sexuales

Cuando se habla de caracteres sexuales primarios, se hace referencia a los órganos necesarios para la reproducción. En el caso de las mujeres se refiere a los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina; mientras que para los hombres son los testículos, el pene, el escroto, la vesícula seminal y la glándula prostática. Durante la pubertad se presentan caracteres sexuales secundarios, que son señales fisiológicas no directamente vinculadas a los órganos sexuales (Papalia et al., 2001).

Tabla 5.1

Secuencia normal de los cambios fisiológicos en la adolescencia

Características femeninas	Edad de la primera aparición
Crecimiento de los senos	6-13 años
Crecimiento del vello púbico	6-14 años
Crecimiento corporal	9.5-14.5 años
Menarca	10-16.5 años
Vello axilar	Cerca de dos años después de la aparición del vello púbico.
Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar.
Características masculinas	Edad de la primera aparición
Crecimiento de los testículos, el saco escrotal	10-13.5 años
Crecimiento del vello púbico	12-16 años
Crecimiento corporal	10.5-16 años
Crecimiento del pene, la glándula prostática, la vesícula seminal	11-14.5 años
Cambio en la voz	Casi al mismo tiempo que el crecimiento del pene.
Primera eyaculación de semen	Casi un año después de comenzar el crecimiento del pene.
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.
Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar.

Fuente: Papalia, Wendkos y Duskin (2001) p. 412.

Una muchacha crecerá entre 6 y 10 centímetros después de la menarca, o primera menstruación. El crecimiento de las mujeres finaliza antes que el de los hombres y los hombres son en general 10% más grandes que las mujeres cuando termina el estirón. Las diferencias físicas producidas entre hombres y mujeres pueden observarse en: la modelación de la

superficie, la cual se refiere a músculos, grasa subcutánea, protuberancias óseas, venas y tendones; la cintura escapular; talle; vuelo de las caderas; glúteos; forma del muslo; espacio intercrural (entre las piernas); y, por último, las pantorrillas (Grinder, 1997).

La primera señal de que una mujer está en la pubertad es el crecimiento de senos aunado al primer sangrado o menarca, la cual suele presentarse a la edad de 13 años. En las mujeres, la menarca, suele presentarse dos años después del inicio de crecimiento de senos. Diferentes factores influyen en la edad de la primera menstruación, como suelen ser hereditarios, físicos, emocionales, ambientales, actividad física y nutrición (Papalia et al., 2001).

La menstruación tiene un significado muy especial para la adolescente ya que representa un símbolo de madurez sexual, es un símbolo que le da estatus de mujer. Las chicas a menudo informan de una mezcla de emociones positivas y negativas asociadas a la menarca. Algunas de ellas la esperan orgullosamente, pero no es el caso de todas ya que algunas lo interpretan como un fenómeno negativo (Berk, 1999).

En el hombre, la principal señal de madurez sexual se considera que es la producción de semen. En las primeras ocasiones se presenta en una emisión nocturna, la cual es una eyaculación involuntaria, a la que también suele denominarse sueño húmedo (Papalia et al., 2001).

5.2.4 Cambios fisiológicos y endocrinos

Durante la adolescencia se presentan una serie de cambios fisiológicos y endocrinos. Entre los cambios fisiológicos se puede mencionar, por ejemplo, que las mujeres presentan una elevación de la presión sanguínea en la sístole, mientras que los varones la presentan debido al aumento del tamaño del corazón y al volumen sanguíneo presente en su cuerpo. Mientras tanto, la presión sanguínea de la diástole permanece igual. La velocidad de la respiración disminuye. Por otra parte, en esta etapa, la hipófisis o pituitaria segrega hormonas que estimulan los ovarios, testículos y glándulas suprarrenales. Hormonas como las gonadotrofinas, estrógenos y andrógenos ejercen un papel importante en la adolescencia al producir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, cambios en el estado de ánimo y cambios a nivel cognitivo (Grinder, 1997).

La percepción de la temporalidad del desarrollo puberal de los adolescentes está influenciada por las reacciones de otros, principalmente por las de los pares o adolescentes pertenecientes a otros grupos de referencia, además de también por las normas socioculturales prevalecientes acerca del estatus puberal (Seiffge-Krenke, 1998).

Existe un consenso general acerca de que la maduración física y el tiempo en el que ésta se presenta (temprana, normal o tardíamente) afecta el ajuste general de los y las adolescentes y que estos efectos son diferentes para varones y mujeres. Aparentemente, la madurez temprana en los varones y tardía en las mujeres suele ser más benéfico en términos de los efectos positivos observados durante su desarrollo (Seiffge-Krenke, 1998).

Hallazgos de distintas investigaciones han demostrado que las chicas se preocupan mucho más por aspectos relacionados con la maduración física y la atractividad en comparación con los adolescentes varones (Seiffge-Krenke, 1998).

5.3 DESARROLLO COGNOSCITIVO EN LA ADOLESCENCIA

Pero los cambios que se producen a partir de esta edad no son sólo a nivel físico. De acuerdo con Piaget, hacia los once años se alcanza el más alto nivel de desarrollo cognitivo: las operaciones formales. Esto significa que el niño que antes aprendió a utilizar reflexiones mentales para la solución de problemas concretos, puede ahora realizar razonamientos de tipo hipotético-deductivo (Papalia et al., 2001).

En esta etapa del desarrollo cognoscitivo, existe una transición entre lo que Piaget (Piaget & Inhelder, 1969) definió como operaciones concretas (manipulación de objetos para la resolución de un problema) del pensamiento a las operaciones proposicionales o formales. En esta etapa, las operaciones (acciones interiorizadas que se hacen reversibles y se coordinan entre ellas en patrones de estructuras sujetos a leyes bien definidas) se realizan en cuanto a hipótesis y ya no tanto en base a objetos concretos. El pensamiento se caracteriza por ser combinatorio y/o proposicional. En el pensamiento combinatorio, existe la posibilidad de combinar características más allá de lo concreto de los objetos y formar algo nuevo, nuevas

categorías, las cuales se forman con lo que se sabe de los objetos y combinándolas. Le permite mantener categorías más abstractas, sin manipular objetos. Realizar una operación le puede llevar a realizar una acción. Lo que obtiene como resultado es otro contenido mental: la deducción. El pensamiento proposicional se refiere al establecimiento de relaciones entre las premisas. Es necesario que esté bien establecida la reversibilidad (si el objeto se puede conservar como lo que es, entonces regresará al punto inicial). El preadolescente hace estas combinaciones lógicas entre premisas. El pensamiento proposicional se puede dividir en dos tipos: inversión y reciprocidad. El primer tipo se refiere a la anulación de la operación anterior, o negación. Se regresa al punto de partida mediante el manejo de dos premisas aplicando una combinación, teniendo la posibilidad de ser invertidos. El segundo tipo de pensamiento, la reciprocidad, hace referencia a la igualdad en términos de la relación y así establecer equivalencias.

El adolescente es capaz de discernir la realidad del ideal, y se compromete apasionadamente con conceptos y nociones abstractas. Los adolescentes comienzan a pensar sobre su mundo de manera diferente, incluyendo la habilidad de "pensar sobre pensar" (Archer, 1992).

El razonamiento hipotético-deductivo es la capacidad para formular una hipótesis y diseñar un experimento para probarla, la cual se alcanza por la combinación de madurez cerebral y la ampliación de oportunidades educativas. Asimismo, son importantes la escolaridad y la cultura (Piaget, 1972), las diferencias individuales, las variaciones en el desempeño individual de tareas y las influencias culturales y sociales (Papalia et al., 2001).

La capacidad de producir pensamiento abstracto tiene implicaciones emocionales (Papalia et al., 2001). El ambiente social es indispensable para que el adolescente pueda mostrar su capacidad de manejar la lógica combinatoria y para considerar sistemáticamente los factores que entran en una situación problemática. Inhelder y Piaget (1958) señalan que las estructuras formales "son formas de equilibrio que gradualmente se implantan en el sistema de intercambios entre los individuos y el medio físico y en el sistema de relaciones entre los propios individuos" y "si las estructuras formales son leyes de equilibrio y si realmente existe una actividad funcional específica del individuo, hemos de suponer que el pensamiento del adolescente mostrará una serie de manifestaciones espontáneas que expresarán organización de las estructuras formales cual se experimentan realmente, si la adolescencia es la edad en la que los individuos en desarrollo entran en la sociedad adulta. En otras palabras, el desarrollo

formal ha de tener lugar de manera que fomente el desarrollo del adolescente en su vida diaria, a medida que aprenda a cumplir con sus roles de adulto” (Grinder, 1997, p. 227).

Elkind (1998) identificó algunos comportamientos y actitudes inmaduros que pudieran ser el resultado de las primeras experiencias de los adolescentes en el pensamiento abstracto: 1) tendencia constante a discutir, con objeto de encontrar y demostrar nuevas habilidades de razonamiento; 2) indecisión, debido a que se sientan inseguros en cuanto a las posibilidades que puedan tener en la vida; 3) búsqueda de fallas en las figuras de autoridad, en donde los adultos que consideraron modelos, se apartan de sus ideales y sienten la necesidad de expresarlo; 3) hipocresía evidente, lo cual hace referencia a la falta de reconocimiento de la diferencia entre expresar un ideal y hacer los sacrificios necesarios para conseguirlo; 4) autoconciencia, en donde podemos observar preocupación por su propio estado mental o audiencia imaginaria - un “observador” conceptualizado tan preocupado por pensamientos y comportamientos de las personas jóvenes tanto como ellos mismos-; 5) suposición de invulnerabilidad, concepto que denomina este autor fábula personal, es decir, la creencia de los adolescentes según la cual son especiales, su experiencia es única y no están sujetos a las reglas que rigen el resto del mundo, pensamiento que puede ser peligroso y autodestructivo, aunque permite a las personas asumir riesgos necesarios (Papalia, 2001, p.429).

Por otra parte, Vygotski (1934) a través de su teoría del desarrollo cultural de las funciones psíquicas, plantea que el aprendizaje se da en función de las funciones mentales en juego, en el cual participan habilidades innatas en el niño, pero el conocimiento se da en función del mundo. Así, el conocimiento depende del factor socio-cultural, no tanto del objeto. Se puede conocer el pensamiento a partir de unidades, no de elementos, a partir de significados y no de la palabra descontextualizada. De acuerdo con este autor, la única forma de aprender dichos significados es a través de la relación con el otro, debido a que el niño es un ente social, que establece relaciones interpersonales para convertirse en un individuo. Así, los significados tienen que formar parte del pensamiento propio para pertenecer al bagaje personal, lo cual denominó como interiorización. La dirección del pensamiento no va del individual al socializado, sino del social al individual. El primer lenguaje (lenguaje porque es a través de él como conocemos el pensamiento) del niño es esencialmente social, primero es global y multifuncional; más adelante sus funciones comienzan a diferenciarse. A cierta edad, el lenguaje social del niño se encuentra dividido en forma bastante aguda, en habla egocéntrica y comunicativa. Tanto la forma comunicativa como egocéntrica son sociales, con funciones

diferentes. El lenguaje social emerge cuando el niño transfiere las formas de comportamientos sociales, participantes a la esfera personal-interior de las funciones psíquicas. El lenguaje egocéntrico, extraído del lenguaje social general, conduce a su debido tiempo al habla interiorizada, que sirve tanto al pensamiento autista como al simbólico. El pensamiento autista es un desarrollo tardío, un resultado del pensamiento realista y de su corolario, el pensar con conceptos, que conducen a un grado de autonomía con respecto a la realidad y permite satisfacer las necesidades frustradas en la vida, siendo éste uno de los efectos de la diferenciación y polarización de las diversas funciones del pensamiento. Desde el momento en que las acciones del niño comienzan a ser intencionadas, y que sirve en forma creciente a la solución de problemas y a su planeamiento a medida que las actividades se tornan más complejas, son dichas acciones las que ponen en marcha este proceso, los objetos con las cuales interactúa dan forma y realidad a sus procesos intelectuales. En cuanto a la formación de conceptos, el autor menciona que durante los primeros años de la etapa escolar, las funciones intelectuales superiores, cuyas características principales con el conocimiento reflexivo y el control deliberado pasan al primer plano del proceso del desarrollo. Tanto la atención como la memoria se convierten en "lógicas" y voluntarias, puesto que el control de una función es el equivalente de su conocimiento. La conciencia y el control aparecen solamente en la última etapa del desarrollo de una función, después de haber sido utilizada y puesta en práctica inconsciente y espontáneamente. La etapa de las funciones indiferenciadas en la infancia, es conducida por la diferenciación y el desarrollo de la percepción en la primera infancia, y el desarrollo de la memoria en el preescolar.

Vygotski (1934) se refiere a conciencia como el conocimiento de la actividad de la mente. Por lo tanto, la instrucción escolar induce el tipo generalizador de percepción y juega así un papel decisivo al hacer que el niño tenga conciencia de su propio proceso mental. La instrucción generalmente precede al desarrollo. El niño adquiere determinados hábitos y destrezas en un área dada antes de aprender a aplicarlos consciente y deliberadamente. No existe nunca un paralelismo total entre el curso de la instrucción y el del desarrollo de las funciones correspondientes. En el desarrollo infantil, la imitación y la instrucción juegan un papel fundamental al descubrir las cualidades específicamente humanas de la mente y conducen al niño a nuevos niveles de desarrollo. Por lo tanto, el único tipo de instrucción adecuada es el que marcha adelante del desarrollo y lo conduce, aunque se requiere un cierto mínimo de madurez de las funciones. Los años escolares, en conjunto, son el periodo óptimo para la instrucción de operaciones que requieren conciencia y control deliberado; la instrucción de

estas operaciones fomenta el desarrollo de las funciones psicológicas superiores mientras éstas maduran.

La adolescencia temprana tiene una marcada ambivalencia como resultado de los ajustes producidos por la interacción independencia vs. dependencia, particularmente en términos de su propia relación con los padres. Esta ambivalencia se puede observar en cambios conductuales y actitudinales rápidos, por ejemplo, en un momento protestan por la supervisión de alguno de los padres y después regresando a una marcada dependencia materna o paterna para la resolución de alguna situación de conflicto (Archer, 1992).

5.4 DESARROLLO PSICOSOCIAL

5.4.1 Desarrollo de la identidad

En lo referente al área social, una de las principales tareas en esta etapa es la búsqueda de la identidad. De acuerdo con Erikson (1968) esta conformación de la identidad no se logra sólo con la imitación de modelos sino también a través de la modificación de identidades anteriores, determinando y organizando capacidades, necesidades, intereses, deseos y metas para manifestarlos dentro de un contexto social (Papalia et al., 2001).

La primera identificación se da en la infancia al imitar el comportamiento de sus padres. La imitación se sustituye entonces en el desempeño y asunción de un rol, de manera que el adolescente comienza a actuar de manera diferente a sus padres. Aquí influyen las expectativas de los padres, los pares y maestros. La formación de la identidad da lugar al desarrollo de la madurez en la conciencia, de manera que la adopción de roles da lugar a que los principios externos se asimilen como internos (Grinder, 1997).

Se dice que la identidad se va formando de acuerdo a la resolución de tres puntos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de un sistema de valores y creencias asociados a un sentido a la vida, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Un adolescente que enfrenta adecuadamente esta crisis puede desarrollar la fidelidad, la cual es concebida como una extensión de la confianza y lealtad, o sentido de pertenencia a un grupo o a un ser amado,

una ideología, una religión, movimiento político, etc. Marcia (1980) encontró cuatro tipos de estado de identidad: logro de identidad – compromiso con elecciones tomadas después de una crisis-; aceptación sin raciocinio – la persona no considera alternativas y se compromete de acuerdo a los planes de otra persona-; moratoria – se consideran las alternativas en crisis y el compromiso es guía- y difusión de identidad – no hay ni crisis ni compromiso. De acuerdo a estos estados existe o no crisis y compromiso, los cuales son fundamentales en el desarrollo de la identidad. Pero, no todos los adolescentes llegan a conformar su identidad completamente. Según Elkind (1998) hay dos formas de llegar a la identidad: la diferenciación e integración, es decir, reconocer las diferencias entre el yo y los demás y luego unificar las partes distintivas; y la sustitución, la cual se refiere a reemplazar ideas, actitudes, sentimientos, creencias y compromisos adoptados que pertenecen a otras personas (Papalia et al., 2001).

5.4.2 Relación con la familia

Otros efectos adicionales a la maduración física en la adolescencia, son los cambios en las relaciones con los padres, en las que disminuye la apertura y el contacto físico. Algunos padres pueden tener dificultades en enfrentar la maduración física y se vuelven incapaces de hablar acerca de ella abiertamente con sus hijos. A su vez, los adolescentes pueden no querer hablar acerca de sus cuerpos y los cambios físicos por los que están pasando (Seiffge-Krenke, 1998).

Los adolescentes buscan proteger su privacidad, tanto por métodos directos como indirectos y los padres ponen más atención en mantener esferas personales de intimidad aunque en una menor extensión que como lo hacen los chicos (Seiffge-Krenke, 1998).

La adolescencia ha sido también llamada la época de la rebeldía, debido a la serie de confusiones, conflictos con la familia y alienación de la sociedad, conductas imprudentes y rechazo al sistema de creencias y valores que manejan los adultos. Esto no significa que la adolescencia tiene que ser una etapa tranquila o sencilla, necesariamente influyen los conflictos familiares, los cambios de humor y en ocasiones, comportamientos de riesgo. La dependencia de los padres les genera tensión y por lo tanto buscan romper con ella, lo cual se contrapone a los sentimientos ambivalentes de los padres: por una parte dar suficiente independencia a sus hijos, y por otra, evitar que cometan errores a causa de su poca experiencia en la vida. Las discusiones más frecuentes tocan temas como: trabajo en casa, la

escuela, vestimenta, dinero, fiestas, citas, amigos y valores. La frecuencia de estos conflictos disminuirá en la adolescencia tardía (Papalia et al., 2001).

Existen diferentes estilos de interacción y comunicación que se presentan en la familia. En las *familias rígidas*, no se permiten nuevas reglas y esto genera conflictos en la etapa de la adolescencia al ser obstaculizados el crecimiento y el cambio, de manera que los adolescentes se someten a la autoridad de los padres con la consiguiente frustración o rebeldía. La *familia sobreprotectora* busca sobretodo el bienestar y la protección de todos los integrantes, de manera que se les da todo, lo cual da lugar a falta de autonomía, competencia y desarrollo del adolescente, además de generarle una gran inseguridad. En las *familias amalgamadas* todas las actividades se realizan juntos, es penalizado el intento de individuación, y esto genera fuertes conflictos en el adolescente. Las *familias evitadoras de conflictos* se caracterizan por mostrar baja tolerancia a la frustración, no presentan autocritica y no enfrentan los problemas debido a que no son conscientes de ellos. Las *familias centradas en los hijos* tienen padres que no tienen una buena relación de pareja y desvían su atención hacia los hijos, depositando en ellos la estabilidad del hogar, de manera que el adolescente se vuelve dependiente. En las *familias de un solo padre*, el adolescente puede tomar el lugar de la pareja ausente de manera que no vive su etapa, adopta el papel de adulto, pero más adelante buscará regresar a esta etapa. La *familia pseudo-democrática* es una familia flexible, pero que no sabe establecer límites, la autoridad es confusa y el adolescente hace lo que quiere sin tener límites y siendo destructivo. Por último, las *familias inestables* tienen metas inseguras debido a la falta de planeación, lo que da lugar a que el adolescente se vuelva inseguro, desconfiado, temeroso y con problemas de identidad (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, et al., 1995).

Berk (1999) resume relación existente entre los estilos de educación infantil con los resultados que se pueden observar en el desarrollo del adolescente. Puede notarse que sobresalen los resultados positivos del estilo democrático.

Tabla 5.2

Relación de los estilos de educación infantil con los resultados del niño.

<i>Estilos de educación infantil</i>	<i>Resultados</i>
Democrático	<ul style="list-style-type: none"> • En la niñez, estado de ánimo contento y alegre; elevada autoestima y autocontrol; conducta de rol de género menos tradicional. • En la adolescencia, elevada autoestima, madurez social y moral, logro académico y logro educativo.
Autoritario	<ul style="list-style-type: none"> • En la niñez, estado de ánimo ansioso, introvertido e infeliz; hostil si está frustrado. • En la adolescencia, menos ajustados que los compañeros expuestos a un estilo democrático, pero con un rendimiento escolar mejor que los iguales expuestos a estilos permisivos o no implicados.
Permisivo	<ul style="list-style-type: none"> • En la niñez, impulsivos, desobedientes y rebeldes; exigentes y dependientes de los adultos; poca persistencia en las tareas. • En la adolescencia, poco autocontrol y bajo rendimiento escolar; uso más frecuente de drogas que sus iguales expuestos a estilos democráticos o autoritarios.
No implicado	<ul style="list-style-type: none"> • En la niñez, déficits en el apego, la cognición, el juego y las habilidades emocionales y sociales; conducta agresiva. • En la adolescencia, poco autocontrol y bajo rendimiento escolar; frecuente uso de drogas.

Fuente: Berek (1999). Desarrollo del niño y del adolescente. P. 742.

Uno de los problemas que puede impactar en la familia es el estrés económico, sobre todo, en familias donde sólo está presente uno de los padres. Entonces, la pobreza puede influir negativamente en el desarrollo del adolescente al limitarlo en expectativas y condiciones de desarrollo (Papalia et al., 2001).

Los adolescentes tienden a estar menos cerca de sus hermanos debido a que se encuentran más cercanos a los amigos, con quienes comparten circunstancias e inquietudes similares. Cuando los hermanos más pequeños entran en la adolescencia, tiende a reducirse el grado de autoridad que los mayores ejercían sobre él, quedando entonces la relación en términos igualitarios. En cambio, cuando entre los hermanos hay mayor distancia de edad, tienden a llevar relaciones más afectivas en comparación de aquellos que se encuentran más cercanos. Por otra parte, los del mismo sexo tenderán a estar más unidos que los de sexos opuestos (Papalia et al., 2001).

5.4.3 Relación con los pares

Los grupos de pares permiten a los adolescentes experimentar su primera independencia. A su vez les brindan oportunidades, reciprocidad y exploración de nuevas relaciones. El lenguaje que manejan, las creencias, valores y expectativas pueden crear un sistema de comunicación que los separe de sus padres. En el grupo, el adolescente puede adquirir una gran variedad de roles: líder, seguidor, desviacionista o conformista. Los estilos en los que suelen participar los grupos pueden ser hedonistas, complacientes o de protesta (Grinder, 1997).

Los amigos proporcionan una importante fuente de apoyo emocional. También pueden constituir una fuerte presión hacia comportamientos que no son del todo aceptables para los padres. Las circunstancias que los rodean son experimentadas por personas que sienten lo mismo al mismo tiempo, pueden sentirse comprendidos. En un grupo de amigos pueden encontrar afecto, simpatía, guía, y autonomía e independencia de los padres. Estos grupos pueden ser clasificados como populares, rechazados, olvidados, controversiales y normales, es decir, aquellos que no reciben cantidades predominantes de comentarios de ningún tipo. Al igual que los niños, los adolescentes buscan la amistad de jóvenes parecidos a ellos, basándose en la elección y el compromiso. Con los amigos se busca intimidad, lealtad y compartir, marcando una transición hacia las relaciones de la amistad adulta. Con ellos se aprende a expresar mejor pensamientos y sentimientos, a hacer planes, a manejar conflictos a compartir confidencias y brindar apoyo emocional. Estas dos últimas, son más importantes para las mujeres a lo largo de la vida (Papalia et al., 2001).

La adolescencia se caracteriza por querer estar a tono con sus compañeros, por lo que la vulnerabilidad de los adolescentes radica en sus ánimos de consonancia con aquellos modelos que les son propuestos en los medios para ser imitados y que, de alguna manera, perciben que los otros, es decir, los pares, también imitan (Orozco, 1996c, p. 163).

A esta edad también comienzan las citas. Las motivaciones más fuertes son el tener compañía y la elección de pareja, aunque de inicio en la adolescencia son eventuales, es decir, con el objeto de conocerse, divertirse y pasarla bien. Puede ser que los adolescentes decidan casarse a esta edad, pero cuando esto sucede, por lo general adoptan responsabilidades de adulto y no suelen considerarse a sí mismos adolescentes (Grinder, 1997).

5.4.4 Relación de pareja y sexualidad

De acuerdo con Kinsey, Pomeroy y Martin (1948), en esta etapa comienzan debido a los cambios físicos ciertas inquietudes en los adolescentes, es decir, existe una creciente pulsión sexual como clave del desarrollo. En los inicios de la adolescencia parece aumentar la capacidad de excitación en los adolescentes varones, llegando a un punto máximo tres o cuatro años después. Por otra parte, las adolescentes muestran un aumento en la excitabilidad y excitación alcanzando su punto más alto hacia los veintes o treinta (Grinder, 1997).

El inicio de la actividad sexual es un aspecto normal e importante dentro del desarrollo del adolescente al tomar parte de la transición a la adultez (Seiffge-Krenke, 1998). Actualmente se ha dado una mayor apertura al tema de las relaciones sexuales prematrimoniales, la cual puede explicarse a partir de la reducción de la doble moral y la tendencia a contraer matrimonio a edades mayores. Por otra parte, los adolescentes están expuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual y al embarazo, lo cual suele preocuparles y es en este punto en donde la información sobre sexualidad y anticoncepción son consideradas como alternativas muy importantes (Papalia et al., 2001).

La orientación sexual es un asunto de suma importancia para el adolescente. Así, este punto de interés se acompañará del aspecto amoroso o afectivo, el cual se determinará como heterosexual, homosexual o bisexual, en donde influirán patrones de crianza, ambiente familiar,

factores hormonales y neurológicos, el proceso prenatal o factores hereditarios (Papalia et al., 2001).

5.4.5 Desarrollo moral

Kohlberg (1969) opinaba que las personas emiten determinados juicios morales dependiendo del desarrollo cognitivo y no sólo por la interiorización de reglas o principios impuestos por los padres, profesores o amigos (Papalia et al., 2001). Así podía identificar tres niveles de razonamiento moral:

Tabla 5.3

Etapas del razonamiento moral del Kohlberg

<i>Niveles</i>	<i>Etapas de razonamiento</i>
Nivel I: Moral preconventional (de los 4 a los 10 años de edad). Caracterizado por el control externo.	Etapa 1: Orientada hacia el castigo y la obediencia. Etapa 2: Propósito instrumental e intercambio.
Nivel II: Moral convencional (de los 10 a los 13 años). Los niños desean agradar a otras personas y mantener el orden social.	Etapa 3: Mantenimiento de relaciones mutuas. Etapa 4: Preocupación y conciencia sociales.
Nivel III: Moral posconvencional (adolescencia temprana, en la edad adulta temprana o nunca). Es el nivel de la verdadera moral.	Etapa 5: Moral de contrato, de derechos individuales y de leyes aceptadas democráticamente. Etapa 6: Moral de principios éticos universales.

Fuente: Papalia, Wendkos y Duskin (2001) p. 431.

Debido a los eventos normativos (desarrollo puberal, cambios en las relaciones con los demás y transición escolar) y no normativos (inestabilidad familiar, psicopatología de los padres, etc) que son fuente de estrés para el adolescente (Seiffge-Krenke, 1998), éste se vuelve vulnerable

a la presencia de influencias socioculturales en diferentes dimensiones, las cuales pueden favorecer la aparición de adicciones y enfermedades tales como los trastornos alimentarios.

Debido a la naturaleza multicausal de los trastornos de la conducta alimentaria, a las consecuencias que producen estas enfermedades y a la importancia de la prevención en este ámbito, se planteó la necesidad de investigar, desde la Psicología del desarrollo (a partir del modelo de las transiciones evolutivas propuesto por Levine y Smolak (2000), si la intervención basada en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva tenía mayor eficacia en la reducción o eliminación de factores de riesgo en trastornos alimentarios asociados con imagen corporal, conducta alimentaria e influencia de la publicidad cuando se le comparara con una estrategia psicoeducativa en mujeres adolescentes tempranas.

CAPÍTULO 6

MÉTODO Y RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo en tres etapas:

- La *Primera Etapa* fue de carácter exploratorio y psicométrico; se llevaron a cabo estudios piloto de los instrumentos y de las estrategias que conformaron los programas de prevención. Asimismo, en esta etapa también se obtuvieron las propiedades psicométricas de los instrumentos.
- Durante la *Segunda Etapa*, se realizó la investigación propiamente dicha, empleando instrumentos y estrategias en sus versiones finales apoyadas en la información aportada por los estudios piloto. El propósito último fue obtener un programa de intervención evaluado, validado y confiabilizado.
- Finalmente, la *Tercera Etapa* consistió en la elaboración de la propuesta de un modelo de prevención derivado del proceso de investigación llevado a cabo a lo largo de las primeras etapas.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y evaluar dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y el otro en una estrategia psicoeducativa, con el propósito final de aportar un modelo de intervención de prevención primaria.

Objetivos específicos

- a) Desarrollar y probar estrategias de prevención de trastornos alimentarios dirigidas a preadolescentes y adolescentes, con el objeto de modificar actitudes y comportamientos relacionados con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo.

- b) Desarrollar programas de intervención con las estrategias y técnicas de mayor impacto, cuyo propósito sea modificar actitudes y comportamientos relacionados con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo.
- c) Comparar el impacto del programa de prevención basado en la formación de audiencias críticas con los resultados de un programa basado en una estrategia psicoeducativa.
- d) Aportación teórico-práctica de un modelo de prevención primaria de trastornos alimentarios, derivado de los resultados obtenidos en las etapas anteriores.

PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Si la intervención se basa en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva, entonces ¿el programa basado en esta estrategia tendrá mayor eficacia en la reducción o eliminación de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria asociados con imagen corporal, conducta alimentaria e influencia de la publicidad, cuando se compara con una estrategia psicoeducativa?

Problemas específicos

¿El programa basado en la estrategia de formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva tendrá mayor eficacia, cuando se le compara con una estrategia psicoeducativa, en la reducción o eliminación de:

- 1) Insatisfacción corporal
- 2) Preocupación por el peso y la comida
- 3) Dieta restringida
- 4) Conducta alimentaria compulsiva
- 5) Efectos negativos de la influencia de la publicidad?

6.1 PRIMERA ETAPA

Objetivo

Pilotear y desarrollar instrumentos para la medición de las variables y de las estrategias de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y el otro en una estrategia psicoeducativa.

6.1.1 Estudio 1: Consistencia interna y estructura factorial de un instrumento para evaluar recepción crítica hacia la publicidad televisiva.

a) Objetivo específico.

Desarrollar, someter a estudio piloto y obtener las propiedades psicométricas de un instrumento que evalúe recepción crítica hacia la publicidad televisiva.

b) Diseño de investigación.

La investigación fue de tipo experimental, de campo y transversal con un diseño de una muestra y una medición.

c) Muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por adolescentes mujeres (N=470) que cursaban el primero, segundo y tercer grados de secundaria en una escuela pública, y cuya edad promedio fue de 13.47 (D.E.=.99).

El 83% de las participantes reportó vivir con la familia nuclear, el 15% con el padre o la madre, y el 2% restante con hermanos. El lugar que ocupa entre los hijos que más se mencionó fue la

menor (36%), seguido por la mayor (34%) mientras que el 18% mencionó tener un lugar intermedio y el 11% ser hija única.

La edad de la menarca fue similar para el rango de edad entre 12 y 14 años (49%) en comparación con el de 9 a 11 años (48%), donde se ubicó la mayoría de las adolescentes. El 3% restante reportó haber tenido su primera menstruación antes de los 9 años.

Respecto al nivel socioeconómico de las participantes (AMAI, 2002), es decir, al nivel de vida y los servicios con los que cuentan en casa, un 47% se ubicó en el nivel medio-alto, el 32% en el nivel medio-bajo, el 18% en el nivel medio y por último, un 3% en el nivel bajo.

d) Instrumentos, aparatos y mediciones.

La escala de recepción crítica hacia la publicidad televisiva (ERC) consta de 18 ítems que evalúan el gusto, confianza e interés en la publicidad, así como la lectura de mensajes en la misma. Cuenta con cinco opciones de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre / muy de acuerdo, de acuerdo, indecisa, en desacuerdo, muy en desacuerdo).

e) Procedimiento.

1. Se solicitó permiso y colaboración en el estudio a las autoridades de una escuela secundaria pública.
2. Se realizaron entrevistas individuales a 10 adolescentes mujeres, estudiantes de secundaria para obtener información acerca de la actitud de las mujeres preadolescentes y adolescentes hacia la publicidad en televisión. Para este efecto se empleó la guía de conceptos básicos en la lectura de mensajes mediáticos (Center for Media Literacy, 2003).
3. También se llevó a cabo una revisión de la literatura internacional en relación con los instrumentos que evalúan componentes relacionados con la actitud hacia la publicidad

para complementar el banco de reactivos (Goldsmith, Freiden & Kilsheimer, 1993; Rossiter, 1977).

4. Por otra parte, se llevaron a cabo grupos focales para obtener mayor información acerca de la actitud de las participantes hacia la publicidad televisiva ante la exposición a comerciales de contenido neutro y con contenido asociado a imagen corporal y conducta alimentaria. En esta fase del estudio se aplicó un cuestionario de hábitos de consumo televisivo para obtener información al respecto (ver Anexo Instrumentos). Se trabajó con preguntas relacionadas tanto con la exposición a los comerciales como con el recuerdo libre de otros que resultaran de interés para las estudiantes. En la sección de recuerdo libre se les preguntó:

- De los comerciales que han visto recientemente en televisión, ¿recuerdan alguno en particular? ¿cuál?
- ¿qué se hace o se dice en el anuncio?
- ¿qué situación o experiencia personal recordaron a partir de los anuncios que acababan de mencionar?
- ¿cuál es el mensaje que quiere comunicar el anuncio que ustedes acababan de mencionar?
- ¿qué opinas de ese mensaje? ¿por qué?
- ¿qué tan recomendable consideras que es el producto que se anuncia en el comercial que mencionaste? ¿por qué?
- ¿qué tanto les agradan los comerciales que mencionaron?
- ¿qué valores crees que se promueven en estos mensajes?
- ¿quién es protagonista o la protagonista de los comerciales que mencionaron?
- ¿cómo se sintieron los protagonistas de los comerciales que ustedes mencionaron en la situación que narra el comercial?
- ¿cómo se sintieron al ver el comercial?
- lo que pasa en los comerciales, ¿es real o irreal?

En la siguiente sección se les presentó una serie de 12 anuncios televisivos que se seleccionaron a partir de las respuestas dadas al cuestionario de hábitos de consumo televisivo sobre los programas que fueron nombrados con mayor frecuencia de consumo y preferencia. Éstos fueron: Otro rollo (programa nocturno de entretenimiento), Rebelde (telenovela juvenil), y Los Simpson (dibujos animados dirigidos a adultos). Se

seleccionaron comerciales que estuvieran relacionados con las siguientes temáticas: a) énfasis en la figura y el peso, como Vitalínea fresh, Bonafont, agua embotellada Ciel, crema reafirmante Dove; b) alimentos y bebidas en general, entre los que estuvieron Boing, jugo de tomate Clamato, jugo de frutas Minute Made; c) estereotipos de género, como uno de Palacio de Hierro; d) adolescentes, por ejemplo, Rexona Teens; e) neutros como el proyectado por el Senado de la República, colchones Sealy y Confort Flex.

Las preguntas fueron las mismas que la sección anterior, pero en esta ocasión dirigidas a analizar los anuncios antes mencionados. Las respuestas obtenidas en ambas fases fueron clasificadas y redactadas a manera de reactivos, los cuales fueron integrados al banco (ver Peniche, 2007).

5. Se realizó una revisión del banco de reactivos, se eliminaron aquellos que fueron repetitivos y se llevó a cabo la adaptación de los mismos a esta población, empleándose como guía el lenguaje empleado por las participantes en los grupos focales para asegurar la comprensión de los mismos.
6. Se aplicó el instrumento en su versión final a las estudiantes en los salones de clase, explicándoles previamente el manejo confidencial de los datos a las mismas y solicitándoles su participación voluntaria en el estudio.

f) Resultados.

El objetivo de este estudio fue conocer las propiedades psicométricas (consistencia interna y estructura factorial) de un instrumento que evalúa la recepción crítica hacia la publicidad televisiva en adolescentes mexicanas. Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 12.0); utilizándose las primeras con el objeto de describir las distribuciones de las variables de estudio, mientras que las segundas se utilizaron para obtener valores psicométricos del instrumento.

Se eliminaron cuatro reactivos debido a que éstos no cumplieron adecuadamente los criterios de normalidad (sesgo = +/- 1.5 y curtosis = +/-2, Muthe y Kaplan, 1992; Potthast, 1993). En la tabla 6.1.1.1 se pueden observar los valores de sesgo y curtosis para cada ítem. Cabe

mencionar que dos de los ítems eliminados, hacen referencia a la dimensión teórica activismo, la cual evalúa la expresión de opiniones y toma de acciones con base en las reflexiones obtenidas del análisis de los mensajes en los medios. El activismo se considera importante dentro del concepto de alfabetización en medios al ser una expresión conductual de ésta, aunque las respuestas de las participantes indicaron que no es un comportamiento frecuente entre la población adolescente mexicana. El instrumento cuenta con cinco opciones de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre / muy de acuerdo, de acuerdo, indecisa, en desacuerdo, muy en desacuerdo) y se califica dando mayor valor a la respuesta que represente un mayor rasgo o mayor habilidad en términos de recepción crítica.

Tabla 6.1.1.1

Valores de sesgo y curtosis para cada uno de los ítems.

<i>No.</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Sesgo</i>	<i>Curtosis</i>
1	Los productos que se anuncian por televisión si funcionan	-.05	0.19
2	Los comerciales de la televisión tratan de hacer que la gente compre algún producto.*	-2.11	4.63
3	Se puede confiar en la información que se dice en los comerciales	-.38	0.03
4	Los productos que se anuncian por televisión son los mejores productos que se pueden comprar	-.42	-.14
5	Es necesario estar al pendiente de la publicidad para estar a la moda	-.37	-.74
6	El uso de algunos productos que se anuncian por televisión nos hará ver y sentir mejor	-.20	-.49
7	La publicidad muestra principalmente a gente con un nivel social y económico alto.*	-.61	-.17
8	En muchos anuncios se resalta la importancia de tener un cuerpo delgado.*	-1.12	0.75
9	Las mujeres y los hombres que aparecen en los comerciales se parecen mucho entre si, opuesto a lo que sucede en la vida real.*	-.47	-.25
10	Los anuncios de la televisión dicen sólo cosas buenas acerca de un producto (no te dicen las cosas malas).*	-1.20	0.55
11	Me gustaría tener la apariencia de actrices o modelos que salen en anuncios publicitarios.*	-1.02	0.02
12	Llaman mi atención los anuncios en los que te dicen cómo verte y sentirte mejor.*	-.86	-.16
13	Me convencen con facilidad los anuncios que veo por televisión para comprar ciertos productos (p.ej. Cosméticos, ropa, etc.).*	-1.05	0.19

14	Recuerdo algunos anuncios porque son graciosos.	0.29	-1.08
15	Yo elijo qué programas y comerciales quiero ver por televisión.	-0.12	-1.48
16	Me agradan los comerciales en los que se utiliza el tipo de música que me gusta	-0.32	-1.30
17	Me llaman la atención los anuncios que me recuerdan a mis amigos o gente que conozco	0.41	-1.09
18	Me agradan los comerciales que me hacen reír	-0.07	-1.43
19	He expresado mi opinión a fabricantes o publicistas (por medio de mails, cartas, llamadas telefónicas, etc.) , cuando encuentro ideas desagradables o falsas en los comerciales.	1.67	2.12
20	Observo a las personas que salen en comerciales para saber si me parezco a ellas o no.*	-1.51	1.49
21	He tratado de repetir las acciones que se realizan en algunos comerciales para comprobar si el producto funciona.	1.80	3.38
22	Me llaman la atención los anuncios que resaltan la vanidad que podemos tener las mujeres.	-1.18	0.75

* = Reactivos que se recodifican.

Análisis de Confiabilidad de la escala.

El instrumento fue sometido a un análisis de consistencia interna, considerando los ítems que cumplieron los criterios de normalidad. Dicho análisis se realizó a través del coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor obtenido para la escala total fue de 0.65.

Estructura factorial de la escala.

Se sometió el instrumento a análisis factorial de Componentes Principales y rotación VARIMAX. Al analizar los componentes principales se obtuvieron cuatro factores: *gusto por la publicidad*, *confianza en la publicidad*, *interés en la publicidad* y *lectura de mensajes en la publicidad*. Éstos explican el 53% de la variabilidad total. Los criterios empleados para este análisis factorial fueron: a) que cada variable tuviera una carga factorial $\geq .40$, b) en aquellas variables que cargaran en más de un factor, se agruparía de acuerdo con su congruencia teórica y, c) cada factor estaría formado por al menos tres variables (Vázquez et al., 2000).

El primer factor denominado como *gusto por la publicidad* (ver tabla 6.1.1.2) explicó el mayor porcentaje de la varianza (19%). Está compuesto por cinco variables que hacen indagan acerca del agrado que produce observar publicidad, ya sea por sus efectos positivos como la risa o por emplear elementos atractivos como música, gente de apariencia familiar, etc.

El segundo factor, formado por cinco ítems, se relaciona con la *confianza en la publicidad* (ver tabla 6.1.1.3), esto es, la credibilidad que la persona adjudica a la información que se obtiene a través de la publicidad, así como la importancia que se le otorga a esta fuente.

El tercer factor, está integrado por cuatro ítems que hacen referencia *al interés por la publicidad*, es decir, la atracción que se produce al observar la publicidad y la susceptibilidad a la persuasión por parte de los mensajes contenidos en ésta (ver tabla 6.1.1.4).

Por último, el cuarto factor denominado *lectura de mensajes en la publicidad*, está formado por cuatro ítems y se refiere a la capacidad de observación y decodificación de los mensajes contenidos en la publicidad (ver tabla 6.1.1.5).

Tabla 6.1.1.2

Factor 1. Gusto por la publicidad.

<i>Reactivo</i>	<i>Carga factorial</i>
Me agradan los comerciales que me hacen reír	.853
Me agradan los comerciales en los que se utiliza el tipo de música que me gusta	.725
Recuerdo algunos anuncios porque son graciosos	.696
Me llaman la atención los anuncios que me recuerdan a mis amigos o gente que conozco	.649
Yo elijo qué programas y comerciales quiero ver por televisión	.620
Eigen = 3.47	Varianza explicada = 19.25%
	alfa = 0.77

Tabla 6.1.1.3

Factor 2. Confianza en la publicidad.

<i>Reactivo</i>	<i>Carga factorial</i>
Los productos que se anuncian por televisión son los mejores productos que se pueden comprar	.818
El uso de algunos productos que se anuncian por televisión nos hará ver y sentir mejor	.702
Se puede confiar en la información que se dice en los comerciales	.692
Es necesario estar al pendiente de la publicidad para estar a la moda	.574
Los productos que se anuncian por televisión si funcionan	.527
Eigen = 2.73 Varianza explicada = 15.14% alfa = 0.70	

Tabla 6.1.1.4

Factor 3. Interés por la publicidad.

<i>Reactivo</i>	<i>Carga factorial</i>
Llaman mi atención los anuncios en los que te dicen cómo verte y sentirte mejor	.820
Me gustaría tener la apariencia de actrices o modelos que salen en anuncios publicitarios	.751
Me convencen con facilidad los anuncios que veo por televisión en compara ciertos productos (p.ej. cosméticos, ropa, etc.).	.723
Me llaman la atención los anuncios que resaltan la vanidad que podemos tener las mujeres.	.599
Eigen = 1.89 Varianza explicada = 10.52% alfa = 0.74	

Tabla 6.1.1.5

Factor 4. Lectura de mensajes en la publicidad.

<i>Reactivo</i>	<i>Carga factorial</i>
En muchos anuncios se resalta la importancia de tener un cuerpo delgado.	.798
La publicidad muestra principalmente a gente con un nivel social y económico alto.	.711
Las mujeres y los hombres que aparecen en los comerciales se parecen mucho entre si, opuesto a lo que sucede en la vida real.	.705
Los anuncios de la televisión dicen sólo cosas buenas acerca de un producto (no te dicen las cosas malas).	.688
Eigen = 1.45 Varianza explicada = 8.06% alfa = 0.71	

g) Discusión.

La recepción crítica es un concepto complejo de evaluar. Implica considerar aspectos como selectividad, preferencia por el medio, identificación, tiempo de exposición, etc. (Charles y Orozco, 1996). Las adolescentes se exponen frecuentemente a una gran cantidad de mensajes transmitidos en los medios masivos de comunicación, y en la publicidad televisiva es frecuente encontrar el modelo estético corporal que favorece la delgadez y el control alimentario (Levine & Smolak, 2000; Toro, 1996).

En el presente estudio, se trabajó con una muestra no probabilística formada por adolescentes mujeres (N=470) que cursaban el primer, segundo y tercer grado de secundaria en una escuela pública, y cuya edad promedio fue de 13.47 (D.E.=.99), teniendo un rango de edad de 11 a 17 años.

A partir del análisis realizado la escala de recepción crítica hacia la publicidad televisiva, se puede decir que el instrumento mostró una consistencia interna aceptable ($\alpha=0.65$). Al someterse al análisis factorial se encontraron cuatro factores: *gusto por la publicidad*, *confianza en la publicidad*, *interés en la publicidad* y *lectura de mensajes en la publicidad*, que explican el 53% de la variabilidad total, y cuyos índices de consistencia interna se consideran también aceptables.

Es importante señalar la identificación de dos dimensiones contenidas en la escala: confianza en la publicidad y lectura de mensajes. La primera permite identificar si los individuos se cuestionan acerca de la veracidad de la información contenida en la publicidad y si consideran que ésta es confiable. La segunda es un primer paso en la formación de audiencias críticas, se refiere a la capacidad de identificar y decodificar mensajes en los medios. A partir de la lectura es posible elaborar opiniones propias con una mayor cantidad de elementos y poder llegar así al nivel de activismo.

Llama la atención que tanto durante el desarrollo de la escala como en la obtención de las propiedades psicométricas de la misma, la dimensión denominada como *activismo*, es decir, aquellos comportamientos relacionados con la expresión de opiniones de acuerdo o desacuerdo con los mensajes observados en la publicidad televisiva, no estuviera presente en

las adolescentes participantes. Esto es reflejo de la baja frecuencia con la que la sociedad mexicana en general expresa sus opiniones al respecto.

Dado que este instrumento se aplicó en población general, se considera relevante realizar un estudio en el que se pueda contrastar esta información con una muestra que haya sido entrenada en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva.

6.5.2 Estudio 2: Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC).

a) Objetivo específico.

Obtener las propiedades psicométricas de un instrumento (CIMEC) que evalúe la influencia de agentes y situaciones (sociales) que propician el modelo estético corporal actual en población adolescente de 11 a 14 años.

b) Diseño de investigación.

La investigación fue de tipo experimental, de campo y transversal con un diseño de una muestra y una medición.

c) Muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística formada por mujeres púberes, preadolescentes y adolescentes (N=771) que cursaban el quinto y sexto grados de primaria y primero, segundo y tercer grados de secundaria en escuelas públicas del Distrito Federal, cuya edad promedio fue de 12.34 (D.E.=1.55) y el rango de la misma fue de 9 a 17 años.

d) Instrumentos, aparatos y mediciones.

El cuestionario cuenta con 52 reactivos con tres opciones de respuesta (siempre=2, a veces=1 y nunca=0) que exploran la influencia de los agentes y situaciones sociales que transmite el Modelo Estético-Corporal actual, a través de cuatro factores: influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal y conductas para reducir peso, influencia de modelos sociales e influencia de las relaciones sociales.

e) Procedimiento

1. Se solicitó permiso a las autoridades de las escuelas para la participación de las estudiantes en la investigación.
2. Se explicó a las estudiantes el manejo confidencial de los datos y se les solicitó su participación voluntaria en este estudio.
3. Se solicitó consentimiento informado.
4. Se aplicó el instrumento a las estudiantes en los salones de clase.

f) Resultados.

Se eliminaron 12 variables (8, 14, 15, 21, 32, 33, 38, 41, 46, 47, 49 y 52), debido a que no cumplieron adecuadamente los criterios de normalidad (sesgo = +/- 1.5 y curtosis = +/-2, Muthe & Kaplan, 1992; Potthast, 1993). En la Tabla 6.1.2.1, se pueden observar los valores de sesgo y curtosis para todos los variables y en negritas se encuentran marcados los ítems que fueron eliminados.

Tabla 6.1.2.1

Sesgo y curtosis de los reactivos.

No.	Reactivo	Sesgo	Curtosis
1	Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	0.14	-0.50
2	¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	0.98	-0.07
3	Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	0.73	-0.46
4	¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	0.78	-0.50
5	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	0.44	-0.93
6	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	1.42	0.91
7	Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del	0.30	-0.74

	aspecto de ciertas partes del cuerpo?		
8	¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	1.87	2.64
9	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	1.23	0.49
10	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	0.84	-0.28
11	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	0.45	-0.96
12	Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	0.51	-0.67
13	¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	1.32	0.62
14	¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	1.92	2.89
15	¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	1.60	1.62
16	¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	0.67	-0.76
17	¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	0.43	-1.22
18	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	0.34	-0.78
19	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	0.86	-0.36
20	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?	1.46	1.03
21	¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	2.13	3.74
22	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	0.53	-0.85
23	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	1.37	0.74
24	¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?	-0.20	-1.11
25	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	0.77	-0.70
26	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	0.93	-0.32

27	¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	0.31	-0.82
28	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	1.37	0.79
29	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	0.84	-0.46
30	¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	0.68	-0.58
31	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	1.16	0.13
32	¿Hablas con tus amigas y compañeras a cerca de productos o actividades adelgazantes?	1.73	2.14
33	¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	1.71	1.90
34	¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	0.10	-1.05
35	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	0.96	-0.11
36	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	0.67	-0.62
37	¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?	0.87	-0.38
38	¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	3.07	8.99
39	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	1.48	0.99
40	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	0.82	-0.53
41	¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar?	2.34	4.88
42	¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	0.24	-1.24
43	¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	1.45	1.04
44	¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos?	0.70	-0.48
45	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar	1.18	0.22

	tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.?		
46	¿Has seguido alguna dieta para engordar en los dos últimos dos años?	4.00	16.50
47	¿Te angustia que te digan que estás “delgada”, “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?	2.04	3.08
48	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	0.81	-0.35
49	¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para engordar?	2.67	6.74
50	¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	1.22	0.46
51	¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?	0.47	-0.91
52	Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son?	2.43	5.33

Análisis de Confiabilidad de la escala

El instrumento fue sometido a un análisis de consistencia interna, considerando las variables que cumplieron los criterios de normalidad y del análisis factorial. Dicho análisis se realizó a través del coeficiente alfa de Cronbach. El valor obtenido fue alfa = 0.911, el cual se considera alto.

Estructura factorial de la escala

Se sometió el instrumento a un análisis Factorial con el método de Componentes Principales y rotación VARIMAX. Al analizar los componentes principales se obtuvieron cinco factores. Éstos explican el 49% de la variabilidad total. Los criterios empleados para este análisis factorial fueron: 1) que cada variable tuviera una carga factorial igual o mayor al .40, 2) en aquellas variables que cargaran en más de un factor, se agruparía de acuerdo con la congruencia teórica y, 3) cada factor estaría conformado por al menos tres variables (Vázquez et al., 2000).

En las Tablas 6.1.2.2 – 6.1.2.6, se muestran las variables que conformaron los factores, su denominación, sus respectivas cargas factoriales y coeficiente de consistencia interna y en la Tabla 7.2.7, se muestran los reactivos que no entraron en el análisis factorial.

Tabla 6.1.2.2

Factor 1. Malestar por la imagen corporal

No.	Reactivo	Carga Factorial
17	¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	.711
11	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	.697
16	¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.696
4	¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	.658
5	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	.651
25	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	.624
29	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	.595
22	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	.554
13	¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	.544
31	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	.509
40	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	.466
45	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.?	.431
37	¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?	.409
34	¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	.401
Eigen value = 9.79		Varianza Explicada = 24.48%
		alfa = .881

Tabla 6.1.2.3

Factor 2. Influencia de la publicidad

No.	Reactivo	Carga Factorial
23	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	.690
26	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	.631
19	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	.586
6	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	.514
28	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.502
35	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	.495
9	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.435
Eigen value = 2.388		Varianza Explicada = 5.97%
		alfa = .816

Tabla 6.1.2.4

Factor 3. Influencia de los mensajes verbales.

No.	Reactivo	Carga Factorial
48	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	.710
36	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	.690
51	¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?	.681
18	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	.557
Eigen value = 1.558		Varianza Explicada = 3.89%
		alfa = .693

Tabla 6.1.2.5

Factor 4. Influencia de las situaciones sociales.

No.	Reactivo	Carga Factorial
2	¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	.693
30	¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	.672
27	¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.630
7	Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	.453
Eigen value = 1.322		Varianza Explicada = 3.31%
		alfa = .603

Tabla 6.1.2.6

Factor 5. Influencia de los modelos sociales.

No.	Reactivo	Carga Factorial
12	Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	.697
1	Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	.581
3	Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	.579
Eigen value = 1.27		Varianza Explicada = 3.17%
		alfa = .540

Tabla 6.1.2.7

Reactivos que no entraron en la Estructura Factorial

No.	Reactivo
10	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?
20	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?
24	¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?
39	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
42	¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?
43	¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?
44	¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos?
50	¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?

g) Discusión.

Debido a la naturaleza multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria, surge la necesidad de medir diferentes dimensiones no sólo con fines de diagnóstico de los mismos, sino también para la evaluación de intervenciones a niveles tanto de prevención como de tratamiento.

El cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), es un instrumento desarrollado en España por Toro y colaboradores (1994) que intenta evaluar variables socioculturales en el contexto de la “cultura de la delgadez”.

En la presente investigación, se propuso obtener las características psicométricas del CIMEC en una población más joven que la que fue contemplada en estudios anteriores. La muestra estuvo integrada por estudiantes mexicanas de quinto y sexto grado de primaria y primero, segundo y tercero de secundaria.

A partir del análisis realizado al Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), se puede afirmar que el instrumento muestra una buena consistencia interna (0.91), similar a la encontrada por Toro et al. (1994) en España y por Vázquez et al. (2000) en México, en población con mayor edad.

Se obtuvieron cinco factores derivados del análisis factorial de Componentes Principales y rotación VARIMAX. Éstos explican el 49% de la variabilidad total, quedando en el siguiente orden: (a) malestar por la imagen corporal, (b) influencia de la publicidad, (c) influencia de los mensajes verbales, (d) influencia de las situaciones sociales e (e) influencia de los modelos sociales. El primer factor *malestar por la imagen corporal* explicó por sí solo el 24% de la varianza. Los resultados observados a partir de este estudio coinciden con los encontrados en la versión original del instrumento (Toro et al., 1994), tanto en el orden como en el número de los factores obtenidos, difiriendo únicamente en el orden de los dos últimos: influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales, que se mostraron invertidos en los hallazgos de este estudio.

En la validación realizada en población mexicana, se encontraron únicamente cuatro factores que explicaron un porcentaje similar de la variabilidad total a la observada en esta investigación (Vázquez et al, 2000). Llama la atención el hecho de que en el estudio realizado con población de mayor edad, el factor que explica un mayor porcentaje de varianza fue el denominado como influencia de la publicidad, mientras que en este estudio se encontró que, de manera similar al estudio original, el que explicó el mayor porcentaje fue malestar por la imagen corporal. Este dato sugiere que el impacto de la publicidad puede variar en función de la edad de las participantes.

Es importante mencionar que no todos los reactivos entraron en el análisis final. En éstos se observa necesaria una adaptación para la edad en la que participó la muestra de este estudio, así como de la actualización de términos empleados en la publicidad actual (p.ej. laxante casi no se emplea como tal en la publicidad).

6.1.3 Estudio 3: Primer estudio piloto de dos estrategias para la prevención de los trastornos alimentarios: formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y psicoeducación.

a) Objetivo específico

Desarrollar y pilotear dos estrategias que conforman los programas de prevención de trastornos alimentarios.

b) Definición de variables

Variables independientes: Estrategias de intervención.

- *Formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva.*

Definición conceptual: Análisis crítico de los procesos de recepción en el que se involucran los individuos, en donde se pregunta a los sujetos acerca de sus motivos para exponerse determinado medio de comunicación, sobre la cantidad y selectividad de sus preferencias y su forma de apropiación (Charles & Orozco, 1990).

Definición operacional: Puntuación post-intervención que indica un cambio significativo en la dirección de un análisis crítico frente a los estímulos de la publicidad televisiva.

- *Psicoeducativa.*

Definición conceptual: Aproximación que está basada en la idea de que las personas necesitan información para lidiar o prevenir una enfermedad. Se distingue de otro tipo de intervenciones en que se basa fundamentalmente en proporcionar información (Hoffman & Fruzzetti, 2005).

Definición operacional: Puntuación post-intervención que indica un cambio significativo en la dirección de un mayor conocimiento sobre los temas que aborda la intervención.

VARIABLES DEPENDIENTES:

- *Insatisfacción corporal*

Definición Conceptual: La insatisfacción corporal se refiere a las percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables respecto al propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992, p.164).

Definición Operacional: La diferencia entre la elección de la figura actual y figura ideal, donde diferencias positivas y negativas se interpretarán como insatisfacción con imagen corporal (mientras más grande sea la diferencia, mayor será la insatisfacción) y una diferencia igual a cero significará satisfacción con imagen corporal. La insatisfacción positiva se interpretará como deseos de poseer una silueta más delgada, mientras que la negativa como deseos de tener una figura más gruesa (Gómez Peresmitré, 1997; Gómez Peresmitré, Saucedo, et al., 2001).

- *Preocupación por el peso y la comida*

Definición Conceptual: Miedo a subir de peso debido a la ingesta “excesiva” de alimentos.

Definición Operacional: La puntuación que se obtendrá a través de las respuestas dadas al Factor 2 de EFRATA (Escala de Factores de Riesgo para Trastornos Alimentarios; Gómez Pérez-Mitré, 2000).

- *Dieta restringida*

Definición Conceptual: Seguimiento de un régimen alimentario específico a fin de controlar el peso (Field, et al., 1993). Asimismo, es un cambio en la confianza de un control fisiológico a uno cognoscitivo en los hábitos alimentarios, el cual deja al individuo vulnerable ante la desinhibición de la conducta alimentaria cuando estos procesos cognoscitivos se distorsionan (Stice, 2002).

Definición operacional: La puntuación que se obtendrá a partir de las respuestas del factor 6 de EFRATA (Escala de Factores de Riesgo para Trastornos Alimentarios; Gómez-Peresmitré, 1998).

- *Conducta alimentaria compulsiva*

Definición Conceptual: Es el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo (<2 horas), de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería (APA, 1995).

Definición Operacional: Corresponde a la medición a partir del factor 1 de EFRATA (Escala de Factores de Riesgo para Trastornos Alimentarios; Gómez Pérez-Mitré, 2000).

- *Influencia de la publicidad*

Definición Conceptual: Interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes (Toro et al., 1994).

Definición Operacional: Puntuación obtenida a través del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro et al., 1994 validado por Vázquez, et al., 2000).

c) Hipótesis de trabajo

1. Las participantes expuestas al programa de prevención basado en la formación de audiencias críticas presentarán menor grado de *insatisfacción con la imagen corporal*, en comparación con las participantes expuestas a la intervención psicoeducativa en la:
 - a) post-medición,
 - b) post-medición a los tres meses,
 - c) post-medición a los seis meses.
2. Las participantes expuestas al programa de prevención basado en la formación de audiencias críticas presentarán menor grado de *preocupación por el peso y la comida*, en comparación con las participantes expuestas a la intervención psicoeducativa psicoeducativa en la:
 - a) post-medición,
 - b) post-medición a los tres meses,
 - c) post-medición a los seis meses.

3. Las participantes expuestas al programa de prevención basado en la formación de audiencias críticas presentarán menor *seguimiento de dieta restringida*, en comparación con las participantes expuestas a la intervención psicoeducativa psicoeducativa en la:
 - a) post-medición,
 - b) post-medición a los tres meses,
 - c) post-medición a los seis meses.

4. Las participantes expuestas al programa de prevención basado en la formación de audiencias críticas presentarán menor *conducta alimentaria compulsiva*, en comparación con las participantes expuestas a la intervención psicoeducativa psicoeducativa en la:
 - a) post-medición,
 - b) post-medición a los tres meses,
 - c) post-medición a los seis meses.

5. Las participantes expuestas al programa de prevención basado en la formación de audiencias críticas presentarán menor *influencia de la publicidad*, en comparación con las participantes expuestas a la intervención psicoeducativa psicoeducativa en la:
 - a) post-medición,
 - b) post-medición a los tres meses,
 - c) post-medición a los seis meses.

d) *Diseño de investigación.*

La investigación fue de tipo longitudinal, con un diseño de dos muestras experimentales (formación de audiencias críticas y psicoeducativa) y una control (grupo en lista de espera), con mediciones repetidas (pre-test, post-test y seguimiento a los 3 meses; ésta última medición se realizó únicamente a los grupos experimentales) y mediciones independientes. Las participantes fueron asignadas al azar a los tratamientos.

e) Consideraciones éticas.

- Se solicitó el consentimiento informado por parte de los padres de familia y se llevó a cabo una sesión informativa antes de la aplicación de los programas de prevención.
- Se presentaron los resultados a directivos de las escuelas que colaboraron con el proyecto de investigación.
- Se estableció un contrato de confidencialidad por parte de las participantes y de las facilitadoras.

En situación de detección de algún caso de trastorno alimentario, se canalizó para recibir tratamiento.

f) Muestra.

La muestra original (N= 125) fue no probabilística, formada por adolescentes mujeres estudiantes del primer grado de secundaria de una escuela pública. Se seleccionó una muestra de N=59 estudiantes que presentaban insatisfacción positiva con imagen corporal (querer ser más delgadas). Sin embargo, después de la primera sesión, algunas de ellas decidieron no participar debido al horario de los talleres (extra-escolar).

Dado lo anterior, las submuestras quedaron formadas de la siguiente manera: n1= 11 grupo FAC, n2= 11 grupo PE, n3= 14 grupo control. Al término de la intervención, las submuestras finales contaron con: n1= 11 participantes en el grupo FAC, n2= 8 estudiantes en el grupo PE y n3= 14 adolescentes en el grupo control, cuya media de edad fue de 12.14 y una desviación estándar de 0.37 (ver tabla 6.1.3.1). Las muestras fueron igualadas en las siguientes variables sociodemográficas: con quién viven, lugar que ocupan, edad de la primera menstruación, ingreso mensual familiar, años de estudio del padre y de la madre, y ocupación del padre y de la madre, así como el índice de masa corporal (ver tabla 6.1.3.2).

Tabla 6.1.3.1

Media y desviación estándar de la variable edad por condición.

<i>Condición</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
Control	14	12.09	0.22
Psicoeducativo	8	11.86	0.38
Audiencias críticas	11	12.39	0.38
Total	33	12.14	0.37

Tabla 6.1.3.2

Ji-cuadrada para variables sociodemográficas para los tres grupos.

<i>Variable</i>	<i>Ji-cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Actualmente vives con	1.96	2	.37
Lugar que ocupas entre tus hermanos	3.04	6	.80
Edad de la primera menstruación	5.08	8	.75
Ingreso mensual familiar	12.49	14	.57
Años de estudio del padre	9.32	10	.50
Años de estudio de la madre	9.57	10	.48
Ocupación del padre	9.92	10	.45
Ocupación de la madre	17.70	10	.06
Índice de masa corporal	5.19	6	.52

Los criterios de inclusión fueron: insatisfacción positiva con imagen corporal con o sin seguimiento de dieta restringida, sin discapacidades físicas o intelectuales, sin enfermedades crónicas vinculadas al desarrollo de TCA, sin hijos ni compromiso laboral y sin tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico. Además, se registró el IMC para control estadístico. Se decidió no incluir participantes con obesidad debido a que esta enfermedad tiene características que difieren de otros trastornos de la conducta alimentaria, entre las que se encuentran los aspectos médicos y el riesgo de comorbilidades asociadas, mismas que no estaban contempladas en el diseño del programa de prevención. Se consideró además que las alumnas podían recibir mensajes contradictorios (Neumark-Sztainer, 2005).

La mayor parte de las participantes reportó vivir con la familia nuclear (91%), encontrándose el menor porcentaje de esta condición en el grupo de audiencias críticas (82%). En contraste, el

total de las participantes del grupo psicoeducativo reportó vivir con la familia nuclear (ver figura 6.1.3.1).

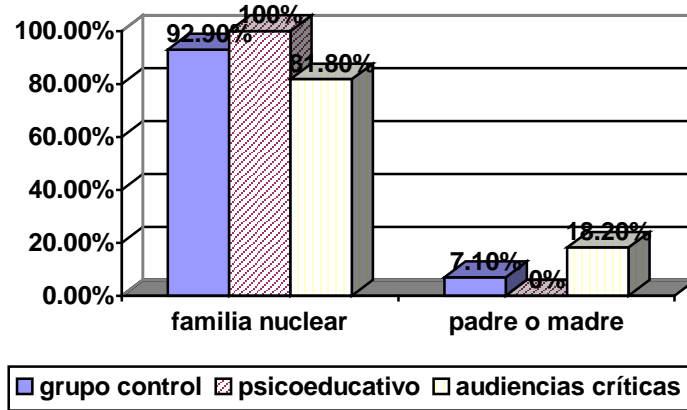


Figura 6.1.3.1 Distribución porcentual de la variable “Actualmente vives con...” por condición.

En la figura 6.1.3.2 se observa que la mayoría de las participantes de todos los grupos eran las más jóvenes de su casa (42%), siendo el grupo psicoeducativo el que presenta el mayor porcentaje en esta opción (50%). Del grupo en lista de espera o control, ninguna de las participantes era hija única, mientras un 18% del grupo audiencias críticas sí lo era.

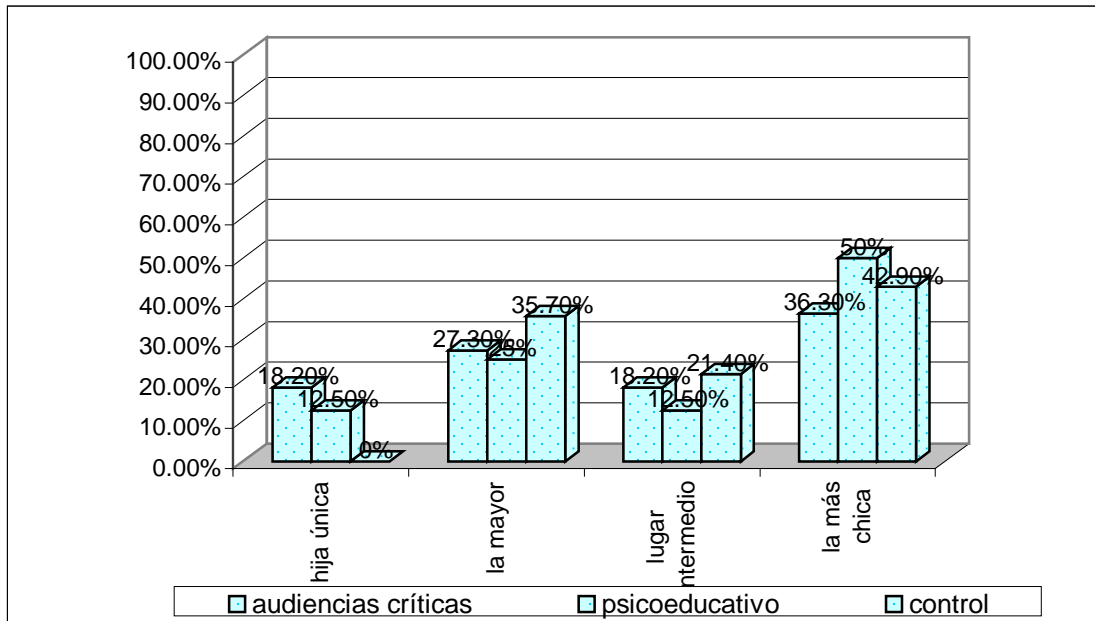


Figura 6.1.3.2 Distribución porcentual de la variable “Lugar que ocupas en tu familia” por condición.

El grupo en el que se presentó en mayor medida un desarrollo sexual precoz fue en el de audiencias críticas (9%). Sin embargo, en el psicoeducativo el 37% reportó no haberla presentado aún contra un 18% reportado por el grupo de audiencias críticas (ver tabla 6.1.3.3).

Tabla 6.1.3.3

Distribución porcentual de la variable edad de la primera menstruación por condición.

<i>Condición</i>	<i>Menos de 9 años</i>	<i>De 9 a 11 años</i>	<i>12 a 14 años</i>	<i>No la ha presentado</i>	<i>Total</i>
grupo control	0.1%	57.1%	21.4%	21.4%	100%
psicoeducativo	0.1%	50.0%	12.5%	37.4%	100%
audiencias críticas	9.0%	45.5%	27.4%	18.1%	100%
Total	3.05%	51.5%	21.25%	24.2%	100%

g) Instrumentos, aparatos y mediciones.

Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1998): El objetivo del cuestionario es la detección de factores de riesgo asociados con conducta alimentaria e imagen corporal en trastornos alimentarios en adolescentes y adultos. La versión actual del instrumento consta de 56 reactivos, mismos que se agrupan de la siguiente manera: a) factores de riesgo asociados con conductas alimentarias anómalas; b) antecedentes de adicción; y, c) factores de riesgo asociados con imagen corporal.

Dada la naturaleza de la investigación se emplearon las siguientes secciones:

- *Sección A:* Aborda aspectos sociodemográficos. Está compuesta por 13 reactivos que indagan sobre edad, escolaridad, ocupación de los padres.
- *Sección C:* Contiene una escala visual, compuesta por 9 siluetas, que cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal, para indagar sobre figura actual. El orden de las siluetas es al azar.
- *Sección E:* Está compuesta por dos subsecciones. La primera contiene 10 reactivos que indagan sobre preocupación por el peso, seguimiento de dieta y problemas asociados a la conducta alimentaria. La segunda subsección está conformada por 48 reactivos tipo

Likert con 5 opciones de respuesta (de nunca hasta siempre y de muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo) que exploran sobre conducta alimentaria, preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta restringida.

- *Sección G:* Contiene una escala visual compuesta por 9 siluetas que cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal, para explorar sobre figura ideal. El orden de las siluetas es al azar.
- *Sección K:* Compuesta por 14 reactivos de opción múltiple que indagan sobre preocupación por el peso, satisfacción con imagen corporal y una escala de 5 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de muy poco importante a muy importante) que evalúan importancia de la figura corporal.
- *Sección N:* Contiene 23 reactivos de opción múltiple que exploran sobre influencia de la publicidad, antecedentes familiares de trastornos alimentarios y psiquiátricos, antecedentes personales de sobrepeso y presión social.

La Escala de Factores de Riesgo asociados con Trastornos Alimentarios contenida en este instrumento (EFRATA, versión para mujeres) tiene un alfa general de .90 y evalúa los siguientes factores: el factor *conducta alimentaria compulsiva* está compuesto por 14 preguntas (alfa=0.90). El factor 2 contiene 9 ítems que pueden identificarse como *preocupación por el peso y la comida* (alfa=0.82). El factor 6 contiene ocho ítems relacionados con el seguimiento de *dieta crónica y restringida* (alfa=0.81). Los ítems cuentan con cinco opciones de respuesta que se califican bajo el criterio de mayor valor asignado a la respuesta que implica mayor problema (ver Anexo A).

Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC, Toro et. al., 1994): Este instrumento fue diseñado con el propósito de medir la influencia de agentes y situaciones que propician el modelo estético corporal actual. En España (Toro et al., 1994) se validó con 118 jóvenes españolas: 59 anoréxicas y 59 controles, quienes estaban igualadas en edad y clase social. el cuestionario mostró adecuada consistencia interna, sensibilidad y especificidad, por lo que podría servir como un instrumento de tamizaje debido a su relación con anorexia nervosa e influencias socioculturales. Explora factores como: influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso, influencia de los modelos sociales, e influencia de las relaciones sociales. Ha sido empleado en población mexicana adolescente de 14 a 33 años. Sin embargo, se obtendrán datos psicométricos de confiabilidad y validez para edades de 11 a 14 años a partir de la presente investigación. En México, se ha evaluado el

estatus psicométrico de esta escala (Vázquez et al., 2000), en población mexicana, aplicándose a 1001 mujeres que se encontraban estudiando el bachillerato y la licenciatura en instituciones públicas y privadas, teniendo un rango de edad de 14 a 33 años. El coeficiente de validez alfa fue de 0.94. A partir del análisis factorial y el análisis confirmatorio que se aplicó posteriormente se obtuvieron 4 factores que explican el 45.3% de la varianza total. El factor 1 está compuesto por 14 preguntas que pueden ser identificadas como *influencia de la publicidad* (alfa=0.92). El factor 2 contiene 10 preguntas que evalúan la ansiedad ante situaciones que cuestionan la autopercepción corporal, el cual fue denominado *malestar por la imagen corporal y conductas para reducir de peso* (alfa=0.86). El factor 3 contiene seis preguntas relacionadas con la *influencia de modelos sociales* (alfa=0.75). El factor 4 contiene cinco preguntas acerca de la *influencia de las relaciones sociales* (alfa=0.63). En esta etapa se sometió a estudio piloto este instrumento para observar su aplicabilidad en la población adolescente temprana para su posterior validación.

Cuestionario de evaluación pre-test/post-test de recepción crítica. Se construyó un instrumento con preguntas abiertas y de opción múltiple que explora el número de horas diarias de consumo televisivo, la preferencia de canales y programas, frecuencia de consumo de los mismos la disposición y habilidades en recepción crítica de publicidad televisiva, del cual se obtuvo su validez y confiabilidad (ver anexo F).

Materiales:

- Grabadora de audio: marca Sony TCM-S63.
- Audiotape: marca Sony de 60 minutos.
- Cámara de video: Sony handycam modelo DCR-TRV361.
- Proyector.
- Laptop: marca DELL (Pentium 5).
- Cd con comerciales*.
- Hojas de lecturas.
- Hojas de respuesta.
- Disfraces.
- Cartulinas, pegamento, tijeras, plumones.
- Revistas.
- Programas de edición de video: MGI videowave 4 e Intervideo Win DVD creador.

* Se describe la selección de comerciales en la sección de procedimiento.

Para la obtención de datos antropométricos, se utilizó una báscula electrónica EXCEL con capacidad de 300kg y una precisión de 50gr, y para estatura se emplearon estadiómetros de madera.

h) Escenario.

Los talleres fueron impartidos dentro de las instalaciones de la escuela, en un horario extra-escolar. Las participantes recibían un refrigerio antes de comenzar las intervenciones que duraron 10 sesiones cada una (1 hora semanal).

i) Procedimiento

1. Se solicitó permiso a los directores de las escuelas donde se aplicaron a las estudiantes los instrumentos. Se les dijo que 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 a su mantenimiento y mejoramiento.
2. Se les aseguró tanto a los directores como a las alumnas el manejo confidencial de los datos proporcionados, así como el manejo estadístico de los mismos.
3. Se solicitó la autorización por escrito de los padres de familia para la aplicación de instrumentos y participación en los talleres (consentimiento informado).
4. Se requirió la participación voluntaria de las adolescentes.
5. Se aplicaron los cuestionarios en el salón de clases.
6. Se seleccionaron los comerciales transmitidos con mayor frecuencia durante los tres programas con mayor número de menciones por parte de las participantes: telenovela (Rebelde, Televisa), show (Otro Rollo, Televisa) y dibujos animados (Los Simpson, TV Azteca), y que abordaban una o más de las siguientes temáticas: adolescencia, imagen corporal, control alimentario, cuidado de belleza y comida y ejemplos de las técnicas de persuasión abordadas en los talleres. Los comerciales elegidos fueron: sprite zero, telcel, covergirl outlast makeup, veet, nestlé fitness, svelty, atún dolores, l'oreal cashmere perfect, burger king econocombos, aspirina y palmolive optims.

7. Se realizaron entrevistas individuales a las participantes seleccionadas al azar con el propósito de explorar el riesgo de padecer un trastorno alimentario.
8. Se asignaron las participantes seleccionadas a los grupos experimentales en forma aleatoria a las tres condiciones.
9. Se aplicaron los instrumentos para evaluar los efectos, al término del programa (ver anexo Carta descriptiva).
10. Se llevó a cabo una medición de seguimiento a los 3 meses a las participantes de los grupos experimentales.

j) Resultados

Descripción de las variables de estudio.

De acuerdo con la respuesta afirmativa de las participantes a la pregunta “¿has hecho dieta para controlar tu peso?”, el grupo que en mayor medida reportó hacerlo fue el psicoeducativo (38%), siendo el que en menor medida lo reportó el de audiencias críticas (10%) (ver figura 6.1.3.3).

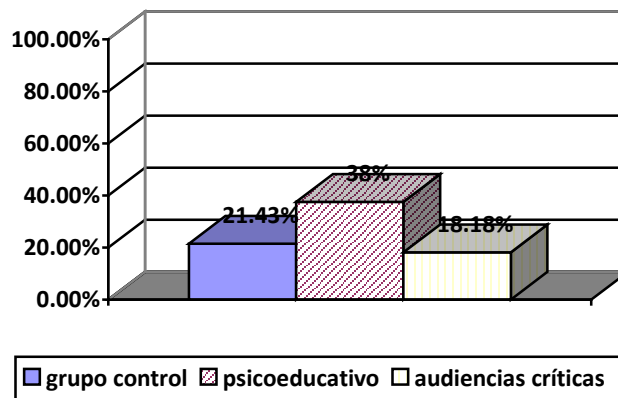


Figura 6.1.3.3 Distribución porcentual de la variable “¿has hecho dieta para controlar tu peso?” por condición.

Entre quienes respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, la mayoría reportó que la primera dieta la hizo entre los 9 y los 11 años. Llama la atención que en el grupo de audiencias

críticas un 25% y en el psicoeducativo el 20% reportaron haberlo hecho en una edad menor a los 9 años (ver tabla 6.1.3.4).

Tabla 6.1.3.4

Distribución porcentual de la variable edad de la primera dieta por grupo.

Condición	Menos de 9 años	De 9 a 11 años	De 12 a 14 años	Total
grupo control	0%	50%	50%	100%
psicoeducativo	20%	80%	0%	100%
audiencias críticas	25%	25%	50%	100%
Total	15.4%	53.8%	30.8%	100%

En la figura 6.1.3.4 se puede observar que tanto para el grupo de audiencias críticas (54%) como para el psicoeducativo (63%), la mayor parte de las participantes quieren tener un peso menor del que actualmente tienen. En el grupo control se encontró el mayor porcentaje de quienes quieren tener un peso mucho menor del actual. Cabe mencionar que ninguna de las participantes mencionó opciones que indicaran el deseo de tener un peso mayor.

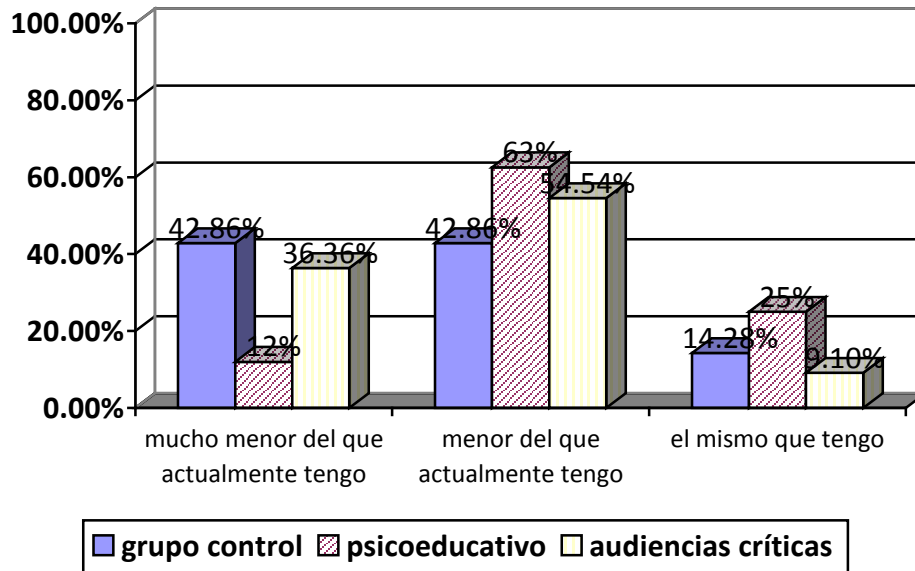


Figura 6.1.3.4 Distribución porcentual de la variable "¿qué peso te gustaría tener?" por condición.

Aproximadamente la mitad de las participantes (52%) reportó que le preocupa mucho llegar a estar gorda. Entre ellas, llama la atención que más de la mitad de las integrantes del grupo de audiencias críticas (64%) eligió esta opción. Ninguna de las participantes de las condiciones experimentales reportó que no le preocupa, en cambio, del grupo control el 14% señaló que no le preocupa llegar a estar gorda (ver tabla 6.1.3.5).

Tabla 6.1.3.5

Distribución porcentual de la variable me preocupa llegar a estar gorda por condición.

<i>Condición</i>	<i>Me preocupa mucho</i>	<i>Me preocupa</i>	<i>Me</i>	<i>Me</i>	<i>No me</i>	<i>Total</i>
			<i>preocupa de manera regular</i>	<i>preocupa poco</i>	<i>preocupa</i>	
grupo control	50%	21.4%	14.3%	0%	14.3%	100%
psicoeducativo	33.3%	33.3%	16.7%	16.7%	0%	100%
audiencias críticas	63.6%	18.2%	0%	18.2%	0%	100%
Total	51.6%	22.6%	9.7%	9.7%	6.5%	100%

Como se observa en la tabla 6.1.3.6, del total de las participantes en el estudio, la mitad de ellas reportaron ver televisión en un rango de dos a cuatro horas diarias. De manera individual, el grupo de audiencias críticas reporta ver en mayor porcentaje (54%) televisión en un rango de una a dos horas diarias y los grupos psicoeducativo (50%) y control (61%) reportaron en mayor medida ver de 2 a 4 horas diarias.

Tabla 6.1.3.6

Distribución porcentual de número de horas de consumo televisivo por grupo.

<i>Condición</i>	<i>De 1 a 2 hrs. diarias</i>	<i>De 2 a 4 hrs. diarias</i>	<i>De 5 a 8 hrs. diarias</i>	<i>Total</i>
grupo control	23.1%	61.5%	15.4%	100%
psicoeducativo	37.5%	50.0%	12.5%	100%
audiencias críticas	54.5%	36.4%	9.1%	100%
Total	37.5%	50.0%	12.5%	100%

En relación con el horario de consumo televisivo, la mayor parte de las participantes reportó ver televisión por la tarde (58%). Esta opción se eligió en mayor medida en el grupo de audiencias críticas (64%). El grupo psicoeducativo fue el único que mencionó la opción únicamente por la noche (ver tabla 6.1.3.7).

Tabla 6.1.3.7

Distribución porcentual de la variable horario de consumo televisivo por grupo.

Condición	Por la tarde	Por la noche	Por la mañana y por la tarde	Por la tarde y noche	Total
grupo control	57.1%	0%	14.3%	28.6%	100%
psicoeducativo	50.0%	12.5%	0%	37.5%	100%
audiencias críticas	63.6%	0%	0%	36.4%	100%
Total	57.6%	3.0%	6.1%	33.3%	100%

En la figura 6.1.3.5 se observa que los programas que se prefieren por las adolescentes en mayor medida son las series norteamericanas (75 y 72% para psicoeducativo y grupo en lista de espera), telenovelas (36% audiencias críticas, 37% psicoeducativo y 36% grupo en espera), cómicos y caricaturas.

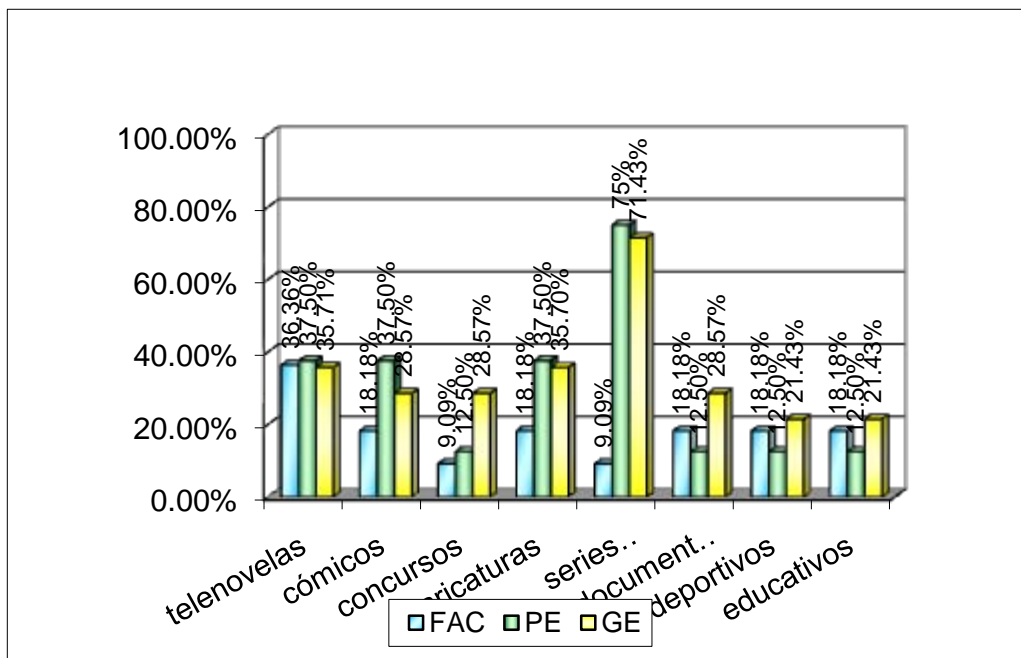


Figura 6.1.3.5 Distribución porcentual de la variable preferencia de programas por condición.

Nota: FAC= audiencias críticas; PE= psicoeducativo; GE= grupo control.

En la tabla 6.1.3.8 se indica que a un porcentaje importante de las participantes no le gustaría tener alguna de las características de su personaje o artista favorito 45%; sin embargo, porcentajes importantes del grupo audiencias críticas (27%) y control en lista de espera (29%) reportaron que les gustaría la mayor parte de las veces.

Tabla 6.1.3.8

Distribución porcentual de la variable “¿te gustaría tener algunas características de tu personaje o artista favorito?” por condición.

<i>Grupo</i>	<i>La mayor parte de las veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
GE	28.6%	14.3%	57.1%	100%
PE	12.5%	37.5%	50%	100%
FAC	27.3%	45.5%	27.3%	100%
Total	24.2%	30.3%	45.5%	100%

Nota: FAC= audiencias críticas; PE= psicoeducativo; GE= grupo control.

Respecto a la información proporcionada en la pregunta anterior, el grupo audiencias críticas mencionó en mayor medida que le gustaría “tener su forma de ser” (18%) y la voz (27%); el grupo psicoeducativo reportó en un 25% las características físicas, entre las que se encontraban ser rubia, tener la piel clara, ser más delgada y los ojos claros. Finalmente, el grupo en lista de espera mencionó en un 21% que les gustaría también “tener su forma de ser” (ver figura 6.1.3.6).

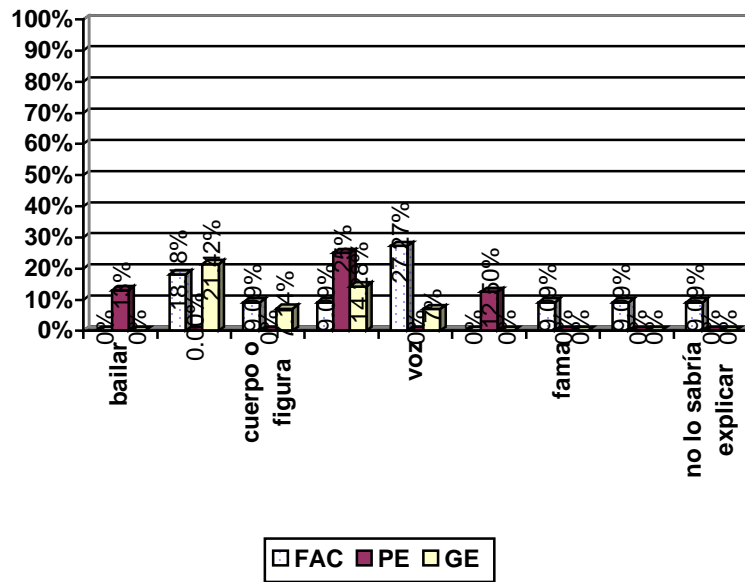


Figura 6.1.3.6 Distribución porcentual de la variable “qué características te gustaría tener de tu artista favorito” por condición.

Nota: FAC= audiencias críticas; PE= psicoeducativo; GE= grupo control; Características físicas: ser guapa, tener ojos verdes, ser rubia, nariz respingada, tener la piel más blanca.

Comparación entre grupos.

- Línea base (Pre-test).

Los valores para cada factor de riesgo asociado con imagen corporal por grupo (audiencias críticas, psicoeducativo y control) se sometieron a la prueba Kruskal-Wallis a través del programa SPSS (versión 12). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales y la control (ver tabla 6.1.3.9).

Tabla 6.1.3.9

Prueba de Kruskal-Wallis para los factores de riesgo por condición – línea base.

<i>Variables</i>	<i>Ji-Cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	0.68	2	0.71
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	1.64	2	0.44
Influencia de la publicidad	0.38	2	0.83
Preocupación por el peso y la comida	0.28	2	0.87
Dieta crónica y restringida	4.83	2	0.09
Conducta alimentaria compulsiva	0.34	2	0.84
Conducta alimentaria normal	1.96	2	0.37

- *Postest.*

Con el propósito de identificar si existían diferencias al término de los programas de prevención sobre los factores de riesgo entre los grupos, se aplicó la prueba Kruskal-Wallis. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable figura ideal y conducta alimentaria normal (ver tabla 6.1.3.10). En la figura 6.1.3.7 se puede observar una mayor preferencia por una silueta más gruesa en los grupos experimentales en contraste con el grupo control; tanto en el grupo audiencias críticas como en el psicoeducativo se observa un aumento por la elección de figuras más gruesas después de la intervención. Respecto a la variable conducta alimentaria normal, en la figura 6.1.3.8 se muestra un mayor nivel de esta variable de los grupos experimentales en comparación con el control; asimismo se puede identificar un aumento en el grupo audiencias críticas en esta variable que no se presenta en los grupos psicoeducativo y control.

Tabla 6.1.3.10

Prueba de Kruskal-Wallis para los factores de riesgo por condición – postest.

<i>Variables</i>	<i>Ji-Cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	7.59	2	0.02
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	0.85	2	0.65
Influencia de la publicidad	2.75	2	0.25
Preocupación por el peso y la comida	0.20	2	0.90
Dieta crónica y restringida	4.16	2	0.12
Conducta alimentaria compulsiva	0.06	2	0.97

Conducta alimentaria normal	6.67	2	0.04
-----------------------------	------	---	-------------

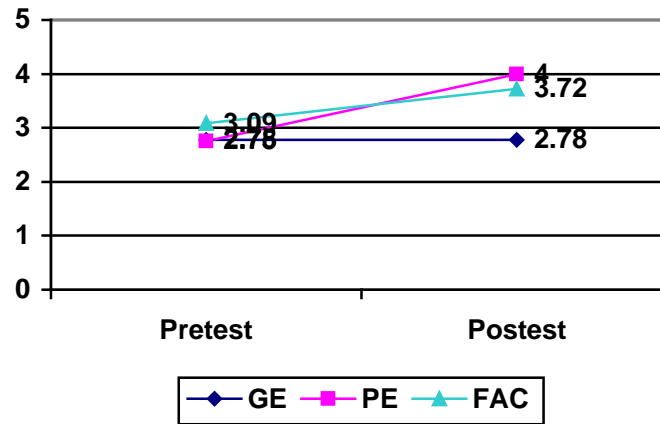


Figura 6.1.3.7 Medias de la variable figura ideal por condición.

Nota: FAC= audiencias críticas; PE= psicoeducativo; GE= grupo control.

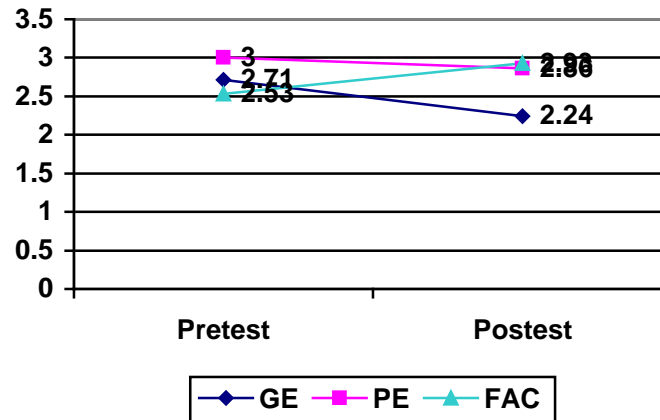


Figura 6.1.3.8 Medias de la variable conducta alimentaria normal por condición.

Nota: FAC= audiencias críticas; PE= psicoeducativo; GE= grupo control.

- Comparación entre grupos experimentales pretest-seguimiento a tres meses.

Respecto a la evaluación al seguimiento a tres meses, no fue posible llevar a cabo la medición de factores de riesgo en el grupo control. Debido al tamaño de las submuestras y a la ausencia de medición de algunas de las participantes en el seguimiento, se empleó el método de máxima probabilidad (Schafer & Graham, 2002) para calcular los datos al seguimiento de

aquellas participantes que no completaron esta medición y que pertenecían a los grupos psicoeducativos o audiencias críticas. Para este efecto, se empleó el programa NORM for Windows (versión 2.03).

Como se muestra en la tabla 6.1.3.11, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención (audiencias críticas y psicoeducativo) en ninguna de las variables de interés.

Tabla 6.1.3.11

Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición (FAC y PE) – seguimiento.

<i>Variables</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>W de Wilcoxon</i>	<i>Z</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	31.00	67.00	-1.13	0.31
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	42.50	108.50	-0.13	0.90
Influencia de la publicidad	36.00	102.00	-0.67	0.50
Preocupación por el peso y la comida	26.00	92.00	-1.50	0.13
Dieta crónica y restringida	32.50	98.50	-0.98	0.32
Conducta alimentaria compulsiva	30.50	96.50	-1.13	0.26
Conducta alimentaria normal	38.00	104.00	-0.50	0.62

- *Comparación pretest-postest-seguimiento del grupo audiencias críticas.*

Para identificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y las mediciones postest y seguimiento a tres meses, se aplicó la Prueba de Friedman para el grupo audiencias críticas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los factores preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva (ver tabla 6.1.3.12).

Tabla 6.1.3.12

Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo audiencias críticas.

<i>Variables</i>	<i>Ji-Cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	2.87	2	0.24
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	4.69	2	0.10
Influencia de la publicidad	0.95	2	0.62
Preocupación por el peso y la comida	7.19	2	0.03
Dieta crónica y restringida	8.19	2	0.02
Conducta alimentaria compulsiva	13.95	2	0.001
Conducta alimentaria normal	1.26	2	0.53

Como puede observarse en la figura 6.1.3.9, se observa en el grupo audiencias críticas una disminución del riesgo tanto en las mediciones post-intervención como seguimiento en relación con la línea base.

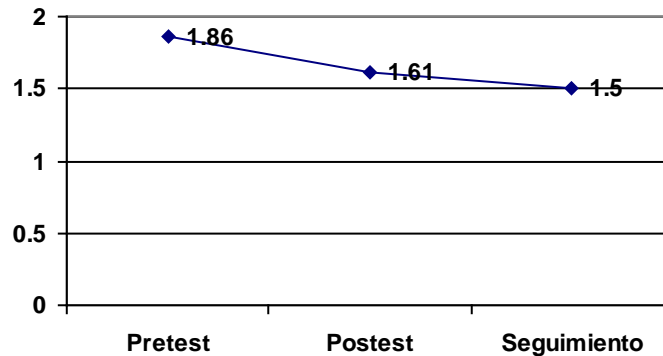


Figura 6.1.3.9 Medias de la variable preocupación por el peso y la comida del grupo audiencias críticas.

En la figura 6.1.3.10, las medias de la evaluación postest indican un aumento del riesgo con respecto a la línea base. Sin embargo, este efecto desaparece en la evaluación del seguimiento, volviendo a su valor basal.

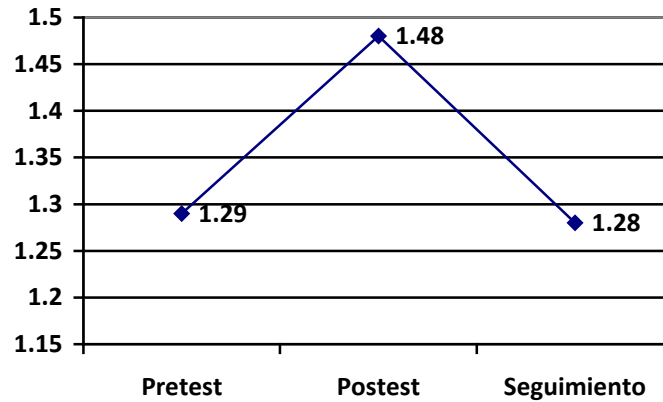


Figura 6.1.3.10 Medias de la variable dieta crónica y restringida del grupo audiencias críticas.

En relación con el factor conducta alimentaria compulsiva, las medias post-intervención indican una disminución del riesgo en comparación con la evaluación pretest. Esta tendencia a la disminución del riesgo se mantiene al seguimiento a tres meses (ver figura 7.3.11).

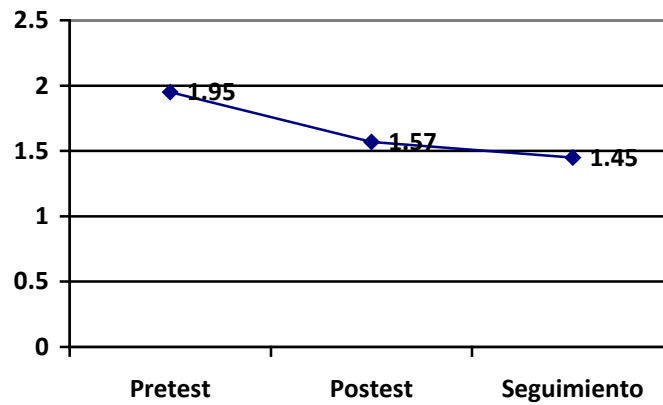


Figura 6.1.3.11 Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva del grupo audiencias críticas.

- *Comparación pretest-postest-seguimiento del grupo psicoeducativo.*

Se empleó la Prueba de Friedman para contrastar los cambios entre la línea base y las mediciones post-intervención y de seguimiento a tres meses en el grupo psicoeducativo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables de interés (ver tabla 6.1.3.13).

Tabla 6.1.3.13

Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo psicoeducativo.

<i>Variables</i>	<i>Ji-Cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	5.33	2	0.07
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	4.96	2	0.08
Influencia de la publicidad	2.00	2	0.37
Preocupación por el peso y la comida	1.07	2	0.59
Dieta crónica y restringida	3.47	2	0.18
Conducta alimentaria compulsiva	0.21	2	0.90
Conducta alimentaria normal	4.08	2	0.13

k) Discusión

El propósito de la presente investigación fue someter a estudio piloto dos programas de prevención de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas respecto a sus efectos en los principales factores de riesgo.

En este estudio, la muestra final estuvo formada por N=33 participantes mujeres estudiantes del primer grado de secundaria de una escuela pública del Distrito Federal. Las edades de las participantes se encontraban en un rango de 11 a 13 años. Se asignó al azar a las participantes a cada una de las condiciones. Las submuestras quedaron formadas de la siguiente manera: 11 participantes en el grupo audiencias críticas, 8 participantes en el grupo psicoeducativo, y 14 participantes en grupo en lista de espera. Se evaluó a las participantes antes, al término y tres meses después de las intervenciones. A excepción de la última evaluación de seguimiento, el

grupo control no pudo completarla por motivos administrativos de la institución educativa que facilitó la realización de este estudio.

Se ha estudiado la influencia del modelo de belleza actual que se encuentra en los medios de comunicación, encontrándose efectos en la insatisfacción corporal (Groesz et al., 2002; Stice et al., 1994; Tiggeman & Slater, 2004) y en la restricción alimentaria (Warren, Strauss, Taska & Sullivan, 2005).

Es por eso que se ha sugerido que las mujeres que muestran insatisfacción corporal se afectan de una manera muy importante por la exposición a los medios y que los programas preventivos deben encaminarse a enseñar a las mujeres con insatisfacción corporal a tener una visión más realista de los medios y de las mujeres que se presentan en ellos (Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel & Stuckless, 1999).

En el presente estudio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable figura ideal entre las condiciones experimentales (grupos audiencias críticas y psicoeducativo) en comparación con el grupo control en el posttest; los grupos experimentales mostraron un aumento por la preferencia por siluetas más gruesas. Al realizar la comparación intra-grupos, en el grupo audiencias críticas no se encontraron cambios significativos y en el grupo psicoeducativo únicamente se encontró una tendencia en esta variable, así como en la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por McVey y Davis (2002), quienes encontraron únicamente tendencias hacia el aumento de la satisfacción corporal a partir de la aplicación de un programa de prevención de trastornos de la alimentación.

También en la comparación de los valores obtenidos en la línea base vs. posttest, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor conducta alimentaria normal. El grupo audiencias críticas mostró un aumento por una conducta alimentaria más saludable, aunque este efecto no se observó en la comparación intra-grupo que contempló también el seguimiento a tres meses. Es importante mencionar que no se encontraron investigaciones en las que se considere la medición de la conducta alimentaria normal como indicador de los efectos de un programa de prevención.

Respecto a los factores preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación pretest-postest-seguimiento para el grupo audiencias críticas. Los valores mostrados indicaron la disminución del riesgo en este grupo. Se encontraron también para el grupo audiencias críticas diferencias estadísticamente significativas en el factor dieta crónica y restringida, que se refirieron a un aumento del riesgo del postest con respecto a los valores iniciales (pretest) que desaparece en la evaluación de seguimiento, volviendo a su valor basal. Las medias grupales se ubicaron siempre por debajo del límite de riesgo de padecer trastorno alimentario (3.11; Gómez Pérez-Mitré, Acosta, Unikel & Pineda, 2005).

En relación con el grupo psicoeducativo, al efectuar el análisis intra-grupo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los factores de riesgo contemplados en el estudio.

Dado lo anterior, se concluye que:

- 1) Se produjo un aumento por la preferencia de siluetas más gruesas en las participantes de los programas de prevención al término de las intervenciones. Se observó una tendencia al cambio en esta variable únicamente en el grupo psicoeducativo al evaluarse el seguimiento a tres meses.
- 2) Se encontró una tendencia en la reducción de la insatisfacción corporal en la evaluación intra-grupo del programa psicoeducativo.
- 3) Se produjeron cambios al término de las intervenciones en las variables preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria compulsiva en el grupo audiencias críticas en dirección hacia la reducción del riesgo.

Con base en los resultados del estudio piloto se procedió a realizar modificaciones en las actividades de ambos programas de prevención, reduciéndose el número de lecturas comentadas en el grupo psicoeducativo y sustituyéndose por actividades lúdicas. Se incrementó el número de ejercicios dirigidos a trabajar con imagen corporal y se decidió dedicar la sesión 10 únicamente a proyectar y comentar los comerciales y carteles elaborados por las participantes, a fin de otorgarles un mayor espacio de retroalimentación.

6.5.4 Estudio 4: Segundo estudio piloto de dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios: formación de audiencias críticas y psicoeducación.

a) Objetivo específico

Someter nuevamente a estudio piloto dos estrategias que conforman los programas de prevención de trastornos alimentarios.

b) Diseño de investigación

La investigación fue de tipo longitudinal, con un diseño de dos grupos (formación de audiencias críticas y psicoeducativa), con mediciones repetidas (pre-test, post-test y seguimiento a los 3 meses) y mediciones independientes. Las participantes fueron asignadas al azar a las intervenciones.

c) Muestra

La muestra original (N=51) no probabilística, quedó formada por mujeres adolescentes estudiantes del primer grado de secundaria de una escuela pública. La muestra final quedó constituida por N=40 adolescentes que presentaban insatisfacción positiva con imagen corporal con o sin seguimiento de dieta. Las adolescentes elegidas se asignaron al azar a dos condiciones: n1= 20 grupo audiencias críticas; y n2= 20 grupo psicoeducativo. Al finalizar la intervención, debido a la muerte experimental, los grupos quedaron de la siguiente manera: n1= 10 adolescentes en el grupo audiencias críticas y n2= 12 adolescentes en el grupo psicoeducativo. La media de edad de la muestra total fue de 12.23 y una desviación estándar de 0.43 (ver tabla 6.1.4.1). Se comprobó la equivalencia de las muestras mediante la prueba t de Student o chi-cuadrada en las siguientes variables sociodemográficas: edad, IMC, nivel socioeconómico (AMAI, 2002), con quién viven, lugar que ocupan entre sus hermanos, y edad de la menarca. Se consideraron los mismos criterios de inclusión que en el primer estudio piloto.

Tabla 6.1.4.1

Media y desviación estándar de la variable edad por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>N</i>
Psicoeducativo	12.25	0.45	12
Audiencias críticas	12.20	0.42	10
Total	12.23	0.43	22

Tabla 6.1.4.2

Ji-cuadrada para las variables sociodemográficas.

<i>Variable</i>	<i>Ji-cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Con quien vives	0.04	1	.84
Lugar que ocupas entre tus hermanos	1.61	3	.66
Edad de la menarca	1.48	2	.48

Tabla 6.1.4.3

Prueba t para las variables sociodemográficas.

<i>Variable</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i>
Edad	0.27	20	.79
Índice de masa corporal	1.62	20	.12
Nivel socioeconómico	-0.47	20	.64

Nivel socioeconómico. Como puede observarse en la figura 6.1.4.1, cerca del 42% de las participantes del grupo psicoeducativo, así como el 30% del grupo de audiencias críticas reportaron datos que permiten ubicarlas en un nivel socioeconómico ligeramente superior al promedio (A/B/C+); sin embargo, cabe notar el contraste que se manifiesta en la misma figura al notar que un porcentaje similar del grupo psicoeducativo (40%), al igual que el 33% del grupo de audiencias críticas pertenecían a un nivel socioeconómico considerado medio bajo (D+).

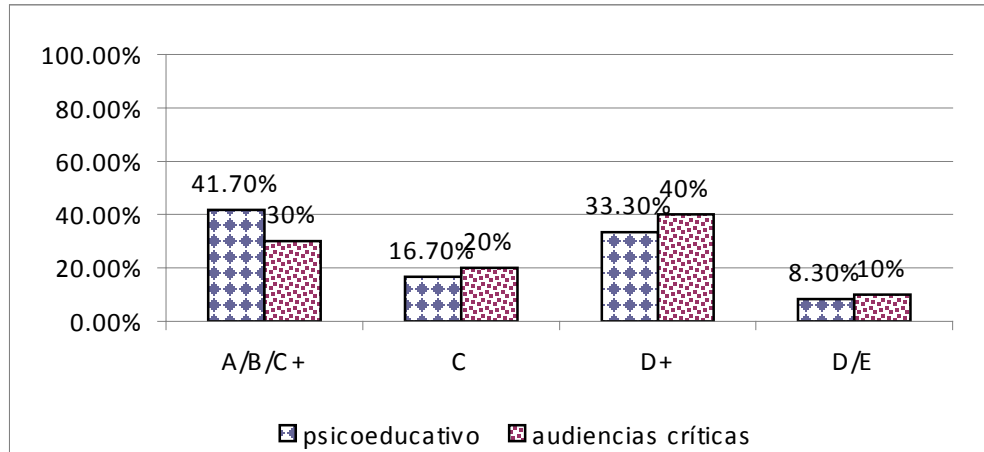


Figura 6.1.4.1. Distribución porcentual de la variable nivel socioeconómico por grupo.

Índice de Masa Corporal. La mayor parte de las participantes se ubicaron en la categoría de peso normal (psicoeducativo = 50%; audiencias críticas = 70%). No hubo presencia de participantes con emaciación (ver figura 6.1.4.2). Tampoco se presentaron casos de obesidad, ya que éste fue un criterio de exclusión para este estudio.

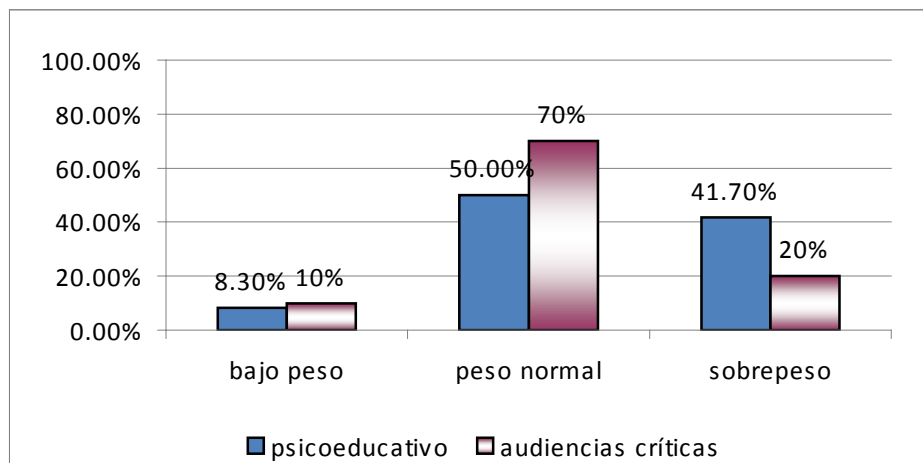


Figura 6.1.4.2. Distribución porcentual de la variable Índice de Masa Corporal (IMC) por grupo.

Con quien vives actualmente. En la figura 6.1.4.3 se puede observar que la mayoría de las adolescentes que participaron en este estudio, tanto del grupo psicoeducativo (83%) como de audiencias críticas (80%), viven con la familia nuclear.

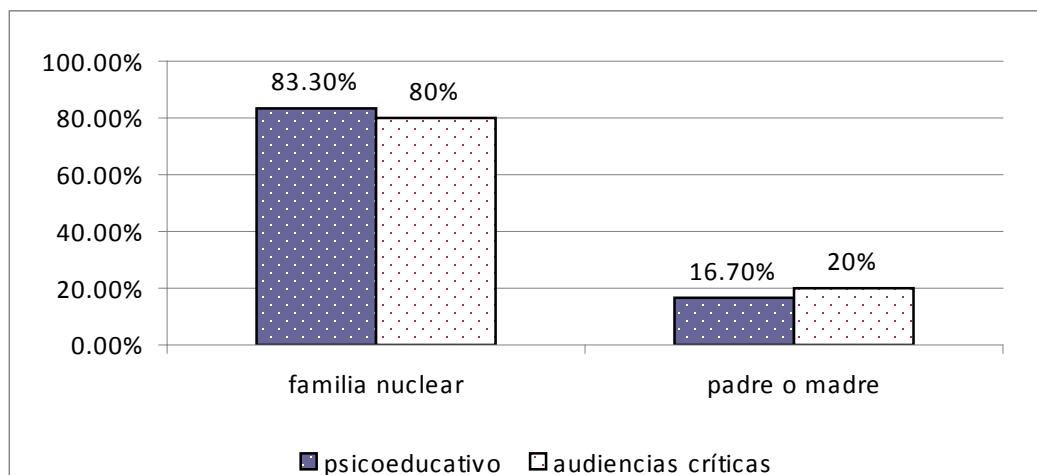


Figura 6.1.4.3. Distribución porcentual de la variable “Actualmente vives con:” por grupo.

Lugar que ocupas entre tus hermanos. El mayor porcentaje de las participantes del total de la muestra (41%; PE=33% y FAC= 50%) se ubica en la opción “ocupo un lugar intermedio entre mis hermanos”. En el grupo psicoeducativo, un porcentaje importante se centró también en la opción “la mayor”. En el grupo audiencias críticas, en cambio, otro porcentaje importante se observa en la opción “la más chica” (ver tabla 6.1.4.4).

Tabla 6.1.4.4

Distribución porcentual de la variable “Lugar que ocupas entre tus hermanos” por grupo.

Grupo	Hija única	La mayor	Ocupo un lugar intermedio	La más chica
Psicoeducativo	8.3%	33.3%	33.3%	25.0%
Audiencias críticas	0%	20.0%	50.0%	30.0%
Total	4.5%	27.3%	40.9%	27.3%

Edad de la menarca. Como se puede apreciar en la tabla 6.1.4.5, la mitad de las participantes del total de la muestra reportaron haber tenido su primera menstruación entre los 12 y los 14 años (PE=58% y FAC=40%). En el grupo audiencias críticas, el 50% de las chicas reportó que ésta se presentó entre los 9 y 11 años.

Tabla 6.1.4.5

Distribución porcentual de la variable edad de la menarca por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>De 9 a 11 años</i>	<i>De 12 a 14 años</i>	<i>No ha tenido</i>
Psicoeducativo	25.0%	58.3%	16.7%
Audiencias críticas	50.0%	40.0%	10.0%
Total	36.4%	50.0%	13.6%

d) Instrumentos, aparatos y mediciones.

Se emplearon los siguientes instrumentos para evaluar factores de riesgo, además de un instrumento que explora hábitos de consumo televisivo:

1. Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1998).
2. Cuestionario sobre Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro et. al., 1994).
3. Cuestionario de recepción crítica (Sección hábitos de consumo televisivo).

Para la obtención de **datos antropométricos**, se utilizó una báscula electrónica EXCEL con capacidad de 300kg y una precisión de 50gr, y para estatura se emplearon estadiómetros de madera.

Materiales:

Se utilizaron los mismos materiales que en el estudio previo, a diferencia del CD de comerciales* debido a que éste fue actualizado (* Se describe la selección de comerciales en la sección de procedimiento).

e) Escenario.

Los talleres fueron impartidos dentro de las instalaciones de la escuela, dentro del horario escolar. La intervención tuvo una duración de 10 sesiones semanales, administrándose una hora por sesión.

f) Procedimiento

1. Se solicitó permiso a los directores de las escuelas para la aplicación de los instrumentos a las estudiantes. Se les dijo que el propósito de la investigación era conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral, física y psicológica de la comunidad estudiantil y de esta manera contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la misma.
2. Se aseguró tanto a los directores como a las alumnas el manejo confidencial con propósitos estadísticos de los datos proporcionados.
3. Se solicitó la autorización por escrito de los padres de familia para la aplicación de instrumentos y participación en los talleres (consentimiento informado).
4. Se requirió la participación voluntaria de las adolescentes.
5. Se aplicaron los cuestionarios en el salón de clases para la detección de factores de riesgo y selección de las participantes para el estudio.
6. Se seleccionaron los comerciales transmitidos con mayor frecuencia durante los tres programas con mayor número de menciones por parte de las participantes: telenovela (Rebelde, Televisa), show (Otro Rollo, Televisa) y dibujos animados (Los Simpson, TV Azteca), y que abordaban una o más de las siguientes temáticas: adolescencia, imagen corporal, control alimentario, cuidado de belleza y comida y ejemplos de las técnicas de persuasión abordadas en los talleres. Los comerciales elegidos fueron: Pops de Kellog's, Telcel, Rexona Teens, Asepxia Tepic, Iusacell 3G, Vitalínea, Espacio leve, Svelty y Nestlé Fitness.
7. Se asignaron las participantes seleccionadas a los grupos experimentales en forma aleatoria.
8. Se aplicaron los programas de prevención (ver anexo Carta descriptiva).
9. Se aplicaron los instrumentos para evaluar los efectos, al término del programa y a los tres meses.

g) Resultados

Estimación de las variables antes de la intervención (línea base).

SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON IMAGEN CORPORAL. Uno de los criterios de inclusión para participar en este estudio, fue la presencia de insatisfacción positiva (querer ser más delgada). El 83% de las integrantes del grupo psicoeducativo y el 100% de las pertenecientes al grupo audiencias críticas presentaron este rasgo (ver figura 6.1.3.4).

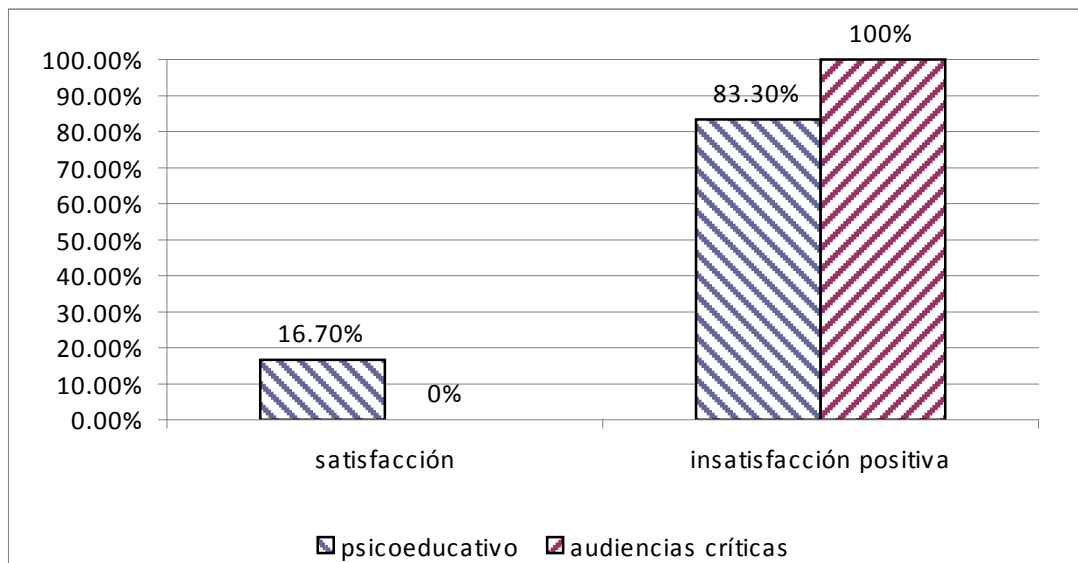


Figura 6.1.4.4. Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (pretest) por grupo.

DIETA RESTRINGIDA. Como puede observarse en la figura 6.1.4.5, el 45% del grupo psicoeducativo y el 30% del grupo audiencias críticas habían realizado alguna dieta para el control de peso antes de la intervención.

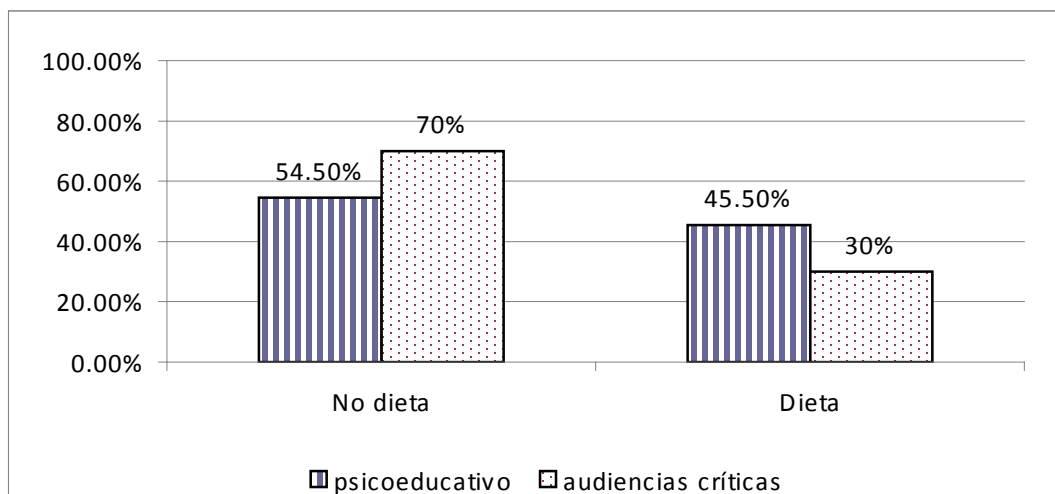


Figura 6.1.4.5 Distribución porcentual de la variable “¿Has hecho dieta para control de peso?” por grupo.

PREOCUPACIÓN POR LLEGAR A ESTAR GORDA. La mayoría de las participantes de la muestra total (86%) reportan que les preocupa o les preocupa mucho llegar a estar gordas. Respecto al grupo psicoeducativo, el total de la submuestra eligió las opciones antes mencionadas. En el grupo audiencias críticas, el 70% de la submuestra se ubicó en ambas opciones de respuesta (ver tabla 6.1.4.6).

Tabla 6.1.4.6

Distribución porcentual de la variable “Llegar a estar gorda:” por grupo.

Grupo	Me preocupa mucho	Me preocupa	Me preocupa de manera regular	Me preocupa poco	No me preocupa
Psicoeducativo	58.3%	41.6%	0%	0%	0%
Audiencias críticas	30.0%	40.0%	20.0%	10.0%	0%
Total	45.5%	40.9%	9.1%	4.5%	0%

PROBLEMAS CON LA FORMA DE COMER. Cuando se les preguntó a las participantes si tenían problemas con su forma de comer, el 42% del grupo psicoeducativo y el 50% del grupo audiencias críticas respondió afirmativamente. Los problemas que se mencionaron en mayor medida en cada uno de los grupos fueron: “comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu edad” (PE=78%; FAC=33%) y “comes tan poco que a veces te sientes cansada

y débil” (FAC=50%). No se mencionaron las opciones “comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas” ni “comes y sigues comiendo hasta que vomitas” que también estaban contenidas en el instrumento (ver figura 6.1.4.6 y tabla 6.1.4.7).

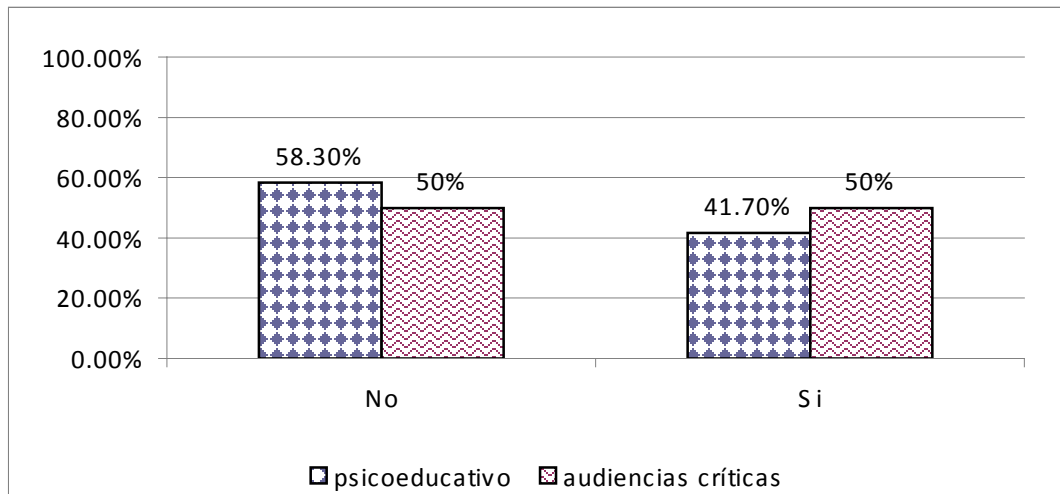


Figura 6.1.4.6 Distribución porcentual de la variable “¿Tienes problemas con tu forma de comer?” por grupo.

Tabla 6.1.4.7

Distribución porcentual de la variable “El problema consiste en que:” por grupo.

Grupo	Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu edad	Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil	Comes tanto que te duele el estómago
Psicoeducativo	77.8%	11.1%	11.1%
Audiencias críticas	33.3%	50.0%	16.7%
Total	60.0%	26.7%	13.3%

CONSUMO TELEVISIVO. En la figura 6.1.4.7, se puede observar que la mayoría de las participantes (56%) reportaron ver entre 2 y 4 hrs diarias (PE=60%; FAC=50%). El 30% del grupo psicoeducativo señaló ver menos de 2 hrs diarias. Por su parte, el 33% del grupo audiencias críticas informó ver entre 6 y 8 hrs diarias.

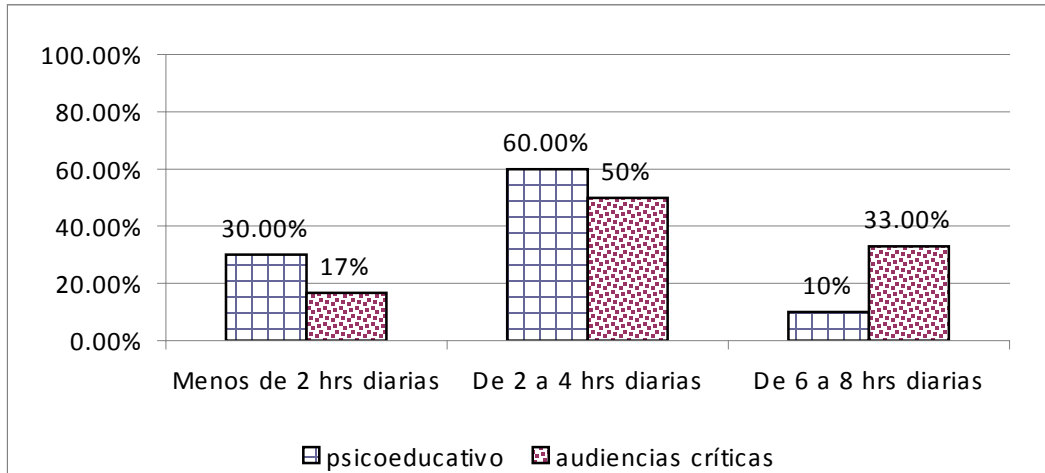


Figura 6.1.4.7 Distribución porcentual de la variable consumo televisivo semanal por grupo.

Comparación entre grupos.

- Comparación entre grupos: Línea base (Pre-test).

Los valores para cada factor de riesgo asociado con imagen corporal por grupo (audiencias críticas, psicoeducativo y control) se sometieron a la prueba U de Mann-Whitney a través del programa SPSS (versión 12). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales y la control (ver tabla 6.1.4.8).

Tabla 6.1.4.8

Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición – línea base.

Variables	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Significancia
Figura ideal	46.00	124.00	-0.95	0.34
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	53.50	131.50	-0.44	0.66
Influencia de la publicidad	56.00	134.00	-0.26	0.79
Preocupación por el peso y la comida	58.00	113.00	-0.13	0.89
Dieta crónica y restringida	37.50	92.50	-1.51	0.13
Conducta alimentaria compulsiva	56.50	134.50	-0.23	0.82
Conducta alimentaria normal	49.50	127.50	-0.70	0.49

- *Comparación entre grupos: Postest.*

Con el propósito de identificar si existían diferencias al término de los programas de prevención sobre los factores de riesgo entre los grupos, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de interés de este estudio (ver tabla 6.1.4.9).

Tabla 6.1.4.9

Prueba de U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición – postest.

<i>Variables</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>W de Wilcoxon</i>	<i>Z</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	42.00	120.00	-1.22	0.22
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	44.00	99.00	-1.07	0.29
Influencia de la publicidad	49.00	104.00	-0.73	0.47
Preocupación por el peso y la comida	56.50	134.50	-0.23	0.82
Dieta crónica y restringida	57.00	112.00	-0.20	0.84
Conducta alimentaria compulsiva	52.00	130.00	-0.53	0.60
Conducta alimentaria normal	60.00	115.00	0.00	1.00

- *Comparación entre grupos experimentales pretest-seguimiento a tres meses.*

Respecto a la evaluación al seguimiento a tres meses, debido al tamaño de las submuestras y a la ausencia de medición de algunas de las participantes en el seguimiento, se empleó el método de máxima probabilidad (Schafer & Graham, 2002) para calcular los datos al seguimiento de aquellas participantes que no completaron esta medición. Para este efecto, se empleó el programa NORM for Windows (versión 2.03).

Como se muestra en la tabla 6.1.4.10, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención (audiencias críticas y psicoeducativo) en ninguna de las variables de interés.

Tabla 6.1.4.10

Prueba U de Mann-Whitney para los factores de riesgo por condición – seguimiento.

<i>Variables</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>W de Wilcoxon</i>	<i>Z</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	38.00	93.00	-1.53	0.12
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	41.50	119.50	-1.29	0.20
Influencia de la publicidad	35.50	90.50	-1.70	0.09
Preocupación por el peso y la comida	44.00	99.00	-1.15	0.25
Dieta crónica y restringida	47.00	102.00	-0.94	0.35
Conducta alimentaria compulsiva	47.50	102.50	0.92	0.35
Conducta alimentaria normal	14.50	35.50	-0.56	0.57

- *Comparación pretest-postest-seguimiento del grupo audiencias críticas.*

Para identificar si existían diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y las mediciones posttest y seguimiento a tres meses, se aplicó la Prueba de Friedman para el grupo audiencias críticas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal. Asimismo, se encontraron tendencias en las variables figura ideal y conducta alimentaria compulsiva (ver tabla 6.1.4.11).

Tabla 6.1.4.11

Prueba de Friedman para la comparación pretest-postest-seguimiento del grupo audiencias críticas.

<i>Variables</i>	<i>Ji-Cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	5.59	2	.06
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	6.54	2	.04
Influencia de la publicidad	0.84	2	.66
Preocupación por el peso y la comida	1.51	2	.47
Dieta crónica y restringida	1.45	2	.48
Conducta alimentaria compulsiva	5.28	2	.07
Conducta alimentaria normal	0.90	2	.64

Como puede observarse en la figura 6.1.4.8, se observa en el grupo audiencias críticas una disminución de la insatisfacción corporal tanto en las mediciones post-intervención como seguimiento en relación con la línea base.

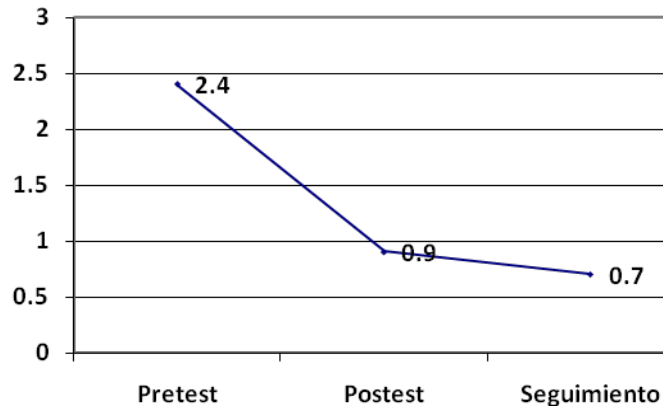


Figura 6.1.4.8 Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal del grupo audiencias críticas.

En la figura 6.1.4.9, las medias de la evaluación posttest indican un aumento por la preferencia por siluetas más gruesas, como figura ideal, con respecto a las elegidas en la línea base. Sin embargo, este efecto disminuye en la evaluación del seguimiento, aunque sin volver a su valor basal.

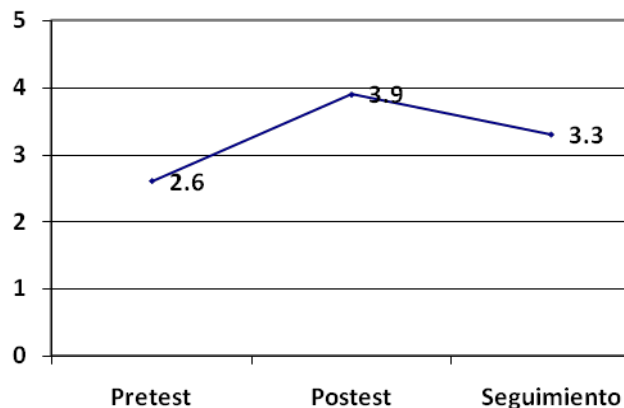


Figura 6.1.4.9 Medias de la variable figura ideal del grupo audiencias críticas.

En relación con el factor conducta alimentaria compulsiva, las medias post-intervención indican un aumento del riesgo en comparación con la evaluación pretest. Esta tendencia desaparece e incluso disminuye el riesgo más allá de los valores de la línea base (ver figura 6.1.4.10). Los valores promedio en este factor de riesgo permanecen en las tres mediciones por debajo de los puntos de corte (3.10; Gómez Pérez-Mitré, Acosta, Unikel & Pineda, 2005).

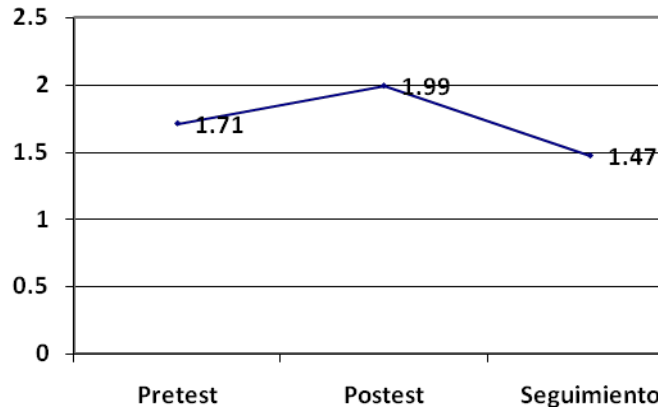


Figura 6.1.4.10 Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva del grupo audiencias críticas.

- *Comparación pretest-postest-seguimiento del grupo psicoeducativo.*

Se empleó la Prueba de Friedman para contrastar los cambios entre la línea base y las mediciones post-intervención y de seguimiento a tres meses en el grupo psicoeducativo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables de interés (ver tabla 6.1.4.10). En la figura 6.1.4.11 se muestra un incremento por la preferencia por siluetas corporales más gruesas como figura ideal. Asimismo, las medias indican una disminución de la insatisfacción corporal que llega a niveles de satisfacción al seguimiento a tres meses (ver figura 6.1.4.12).

Tabla 6.1.4.12

Prueba de Friedman para la comparación pretest-posttest-seguimiento del grupo psicoeducativo.

<i>Variables</i>	<i>Ji-Cuadrada</i>	<i>gl</i>	<i>Significancia</i>
Figura ideal	10.05	2	.007
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	9.95	2	.007
Influencia de la publicidad	0.89	2	.64
Preocupación por el peso y la comida	0.70	2	.71
Dieta crónica y restringida	1.03	2	.60
Conducta alimentaria compulsiva	0.50	2	.78
Conducta alimentaria normal	2.35	2	.31

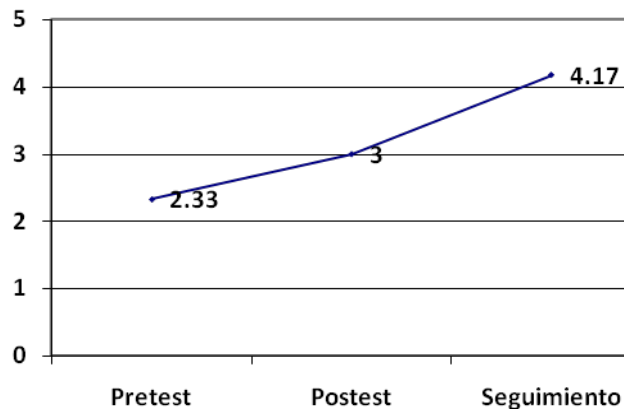


Figura 6.1.4.11 Medias de la variable figura ideal del grupo psicoeducativo.

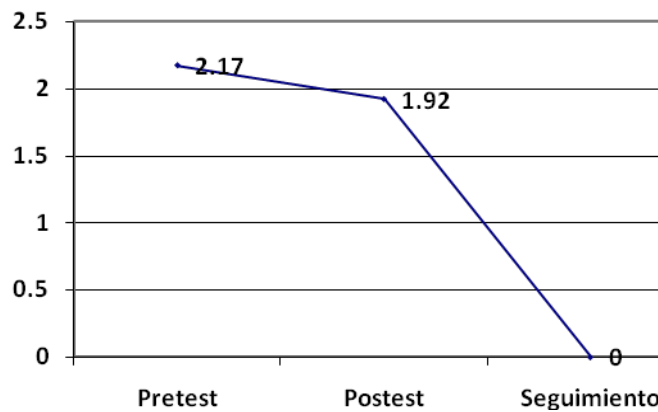


Figura 6.1.4.12 Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal del grupo psicoeducativo.

h) Discusión

El propósito de la presente investigación fue someter por segunda ocasión a estudio piloto dos programas de prevención de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas respecto a sus efectos en algunos factores de riesgo.

En este estudio, la muestra final estuvo formada por N=22 participantes mujeres estudiantes del primer grado de secundaria de una escuela pública del Distrito Federal. Se asignó al azar a las participantes a cada una de las condiciones. Las submuestras quedaron formadas de la siguiente manera: 10 participantes en el grupo audiencias críticas, y 12 participantes en el grupo psicoeducativo.

Se ha estudiado la influencia del modelo de belleza actual que se encuentra en los medios de comunicación, encontrándose efectos en la insatisfacción corporal (Groesz, et al., 2002; Stice et al., 1994; Tiggeman & Slater, 2004) y en la restricción alimentaria (Warren et al., 2005).

Es por eso que se ha sugerido que las mujeres que muestran insatisfacción corporal se afectan de una manera muy importante por la exposición a los medios y que los programas preventivos deben encaminarse a enseñar a las mujeres con insatisfacción corporal a tener una visión más realista de los medios y de las mujeres que se presentan en ellos (Pinhas et al., 1999).

En el presente estudio, no se encontraron diferencias entre las condiciones experimentales (audiencias críticas y psicoeducación) en la evaluación previa a la implementación de los programas de prevención.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las intervenciones al finalizar éstas, ni en las evaluaciones de seguimiento a tres meses. Estos resultados coinciden con lo reportado por Wade et al. (2003) respecto a la comparación de la estrategia audiencias críticas con otras intervenciones.

En el análisis por grupos, respecto a la estrategia audiencias críticas (FAC), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en figura ideal. Estos cambios en las medias indican un aumento por la preferencia por siluetas más gruesas como ideal corporal. Asimismo, se

encontraron tendencias hacia la reducción de riesgo en los factores satisfacción-insatisfacción con imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva. Fue en este último, en el que al posttest se encontró un aumento del riesgo (aunque permaneciendo por debajo del punto de corte de riesgo de trastorno alimentario; Gómez Pérez-Mitré et al., 2005), el cual disminuyó en el tiempo al seguimiento de tres meses, ubicándose por debajo de los valores iniciales.

En relación con el grupo psicoeducativo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables figura ideal y satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, ambas en dirección hacia la reducción del riesgo. Cabe resaltar que en el seguimiento, este grupo presentó un promedio grupal igual a satisfacción. Estos resultados difieren con lo planteado por Austin (2000) quien señala que los formatos psicoeducativos son poco eficaces en la reducción de factores de riesgo.

Dado lo anterior, se concluye que:

- No se encontró evidencia estadística de que alguno de los programas de intervención audiencias críticas y psicoeducativos impactara en mayor medida en comparación con el otro en términos de la reducción del riesgo.
- A lo largo del tiempo se observó una mayor preferencia por siluetas más gruesas en ambos grupos y una reducción de la insatisfacción corporal, aunque esta reducción de riesgo no es posible atribuirla a las intervenciones debido a la ausencia de un grupo control.

Sugerencias y limitaciones.

Debido a la anterior, se planteó para el estudio final contar con un grupo control y mediciones de seguimiento a un mayor plazo (6 meses). Asimismo, se decidió modificar la forma de aplicación de una sesión semanal a dos. Esto con el propósito de observar si periodos menores de tiempo entre sesiones tendría un mayor efecto en la prevención de factores de riesgo.

6.2 SEGUNDA ETAPA

a) Objetivo

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

b) Muestra.

La muestra original (N=430) no probabilística, estuvo formada por mujeres adolescentes, estudiantes del primer y segundo grados de secundaria de una escuela pública. La muestra final quedó constituida por N=233 adolescentes, seleccionadas por presentar insatisfacción positiva con imagen corporal (querer ser más delgada) y/o seguimiento de dieta restringida. Las participantes se asignaron al azar a tres condiciones: n1= 84 grupo audiencias críticas (FAC); n2= 83 grupo psicoeducativo (PE) y n3= 66 grupo en lista de espera (GE). Sin embargo, debido a la muerte experimental se perdieron 115 participantes. La muestra final N=118 se distribuyó como sigue: n1=31 adolescentes en el grupo FAC, n2=26 estudiantes en el grupo PE y n3=61 participantes en el grupo GE. El rango de edad de la muestra final fue de 11 a 15 años (ver tabla 6.2.3).

La media de edad de la muestra total (N=118) fue de 12.55 (DE=0.88). Se comprobó la equivalencia de los grupos a través de un ANOVA (One-way) en las siguientes variables sociodemográficas: edad, nivel socioeconómico (AMAI, 2002), e IMC. Asimismo, también se corroboró que los grupos eran equivalentes en variables relacionadas con el entorno familiar, por ejemplo, persona o personas con quien la chica vive; y con el desarrollo personal, por ejemplo, edad de la menarca (ver tablas 6.2.1 y 6.2.2). Cabe mencionar que se consideraron los mismos criterios de inclusión que en la etapa anterior, así como las consideraciones éticas.

Tabla 6.2.1

ANOVA (One way) para las variables individuales. Comparación entre condiciones.

Variable		Suma de		Media	F	Sig.
		cuadrados	gl	cuadrática		
Edad	Entre grupos	1.22	2	0.61	0.78	.46
	Intra grupos	89.98	115	0.78		
	Total	91.19	117			
Índice de masa corporal	Entre grupos	16.31	2	8.16	1.30	.28
	Intra grupos	606.87	97	6.26		
	Total	623.18	99			
Nivel socioeconómico 6x4	Entre grupos	0.33	2	0.17	0.13	.87
	Intra grupos	126.65	102	1.24		
	Total	126.99	104			

Tabla 6.2.2

Ji-cuadrada para variables individuales. Comparación entre condiciones.

Variable	Ji-cuadrada	gl	Sig.
Con quien la chica vive	2.24	4	.69
Edad de la menarca	1.57	6	.95

Tabla 6.2.3

Media y desviación estándar de la variable edad por condición.

Condición	N	Media	Desviación Estándar
FAC	31	12.68	1.04
PE	26	12.38	0.90
GE	61	12.56	0.79
Total	118	12.55	0.88

Análisis de los datos perdidos por muerte experimental

Se aplicó un ANOVA (One-way) para identificar si existían diferencias entre los grupos que permanecieron y quienes abandonaron el estudio en la línea base. En la tabla 6.2.4 se muestra que se encontró una diferencia marginal en la variable dieta crónica y restringida. La prueba de Bonferroni indica que la diferencia entre el grupo de muerte experimental y el grupo FAC, siendo éste último el que presentó un menor nivel de riesgo en la evaluación pretest. Por lo tanto, se concluye que la muerte experimental se debió al azar.

Tabla 6.2.4

ANOVA (One-way) para la comparación entre los grupos experimentales y control vs. muerte experimental.

Variable	F	gl	Sig.	Grupo			
				Muerte Media (DE)	GE Media (DE)	PE Media (DE)	FAC Media (DE)
IMC	1.12	3	.34	22.48(2.43)	22.05(2.28)	22.63(2.60)	21.51(2.76)
Figura ideal	1.52	3	.21	2.98 (1.30)	2.59 (1.16)	3.04 (1.31)	2.77 (1.25)
Insatisfacción corporal	0.23	3	.87	2.14 (1.68)	2.21 (1.34)	2.11 (1.24)	1.93 (1.22)
Influencia de la publicidad	0.09	3	.96	1.68 (0.48)	1.67 (0.42)	1.63 (0.52)	1.65 (0.47)
Dieta crónica y restringida	2.58	3	.054	1.61 (0.66)	1.46 (0.50)	1.56 (0.72)	1.29 (0.38)
Preocupación por el peso y la comida	1.09	3	.36	1.88 (0.69)	1.86 (0.65)	1.67 (0.52)	1.72 (0.48)
Conducta alimentaria compulsiva	1.22	3	.30	1.63 (0.57)	1.56 (0.50)	1.57 (0.44)	1.43 (0.31)
Conducta alimentaria normal	0.11	3	.95	2.61 (0.83)	2.58 (0.88)	2.60 (0.77)	2.52 (0.67)

Variables sociodemográficas: participantes en el estudio.

NIVEL SOCIOECONÓMICO. De acuerdo con la clasificación de la AMAI (2002), el mayor porcentaje de la muestra total (28%) se ubicó en el nivel medio-alto o A/B/C+. En el grupo FAC el mayor porcentaje (33%) se colocó en el nivel medio-alto; en el grupo PE, un 35% de las participantes

se clasificaron en el nivel medio y por último, en el grupo control (GE) los mayores porcentajes correspondieron a los niveles medio (29%) y medio-bajo (30%; ver tabla 6.2.5).

Tabla 6.2.5

Distribución porcentual de la variable Nivel socioeconómico por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Nivel socioeconómico 6x4</i>				<i>Total</i>
	<i>A/B/C+</i>	<i>C</i>	<i>D+</i>	<i>D/E</i>	
FAC	33.3%	14.8%	22.2%	29.6%	100.0%
PE	26.1%	34.8%	13.0%	26.1%	100.0%
GE	25.5%	29.1%	30.9%	14.5%	100.0%
Total	28.3%	26.4%	24.5%	20.8%	100.0%

Nota: A/BC+ = nivel medio-alto; C = medio; D+= medio-bajo; D/E= nivel bajo.

ACTUALMENTE VIVES CON. La mayor parte de las participantes reportó vivir con la familia nuclear (87%). Fue en el grupo FAC en el que un porcentaje mayor en comparación con los otros grupos (17%) mencionó vivir sólo con el padre o con la madre y en el grupo control un 2% reportó vivir con hermanos (ver tabla 6.2.6).

Tabla 6.2.6

Distribución porcentual de la variable "Actualmente vives con" por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Familia nuclear</i>	<i>Padre o madre</i>	<i>Hermano(s)</i>	<i>Total</i>
FAC	83.3%	16.7%	0%	100.0%
PE	92.3%	7.7%	0%	100.0%
GE	88.5%	9.8%	1.6%	100.0%
Total	88.0%	11.1%	0.9%	100.0%

ÍNDICE DE MASA CORPORAL. Los rangos de categoría de peso corporal al que pertenecían las participantes fueron de bajo peso a sobrepeso, ya que fue criterio de exclusión presentar obesidad. El mayor porcentaje (47%) de la muestra total se ubicó en la categoría de peso normal; sin embargo, en el grupo psicoeducativo la mayor parte de las adolescentes se clasificaron con sobrepeso (58%; ver tabla 6.2.7), aunque a través del análisis de varianza, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (ver también tabla 6.2.1).

Tabla 6.2.7

Distribución porcentual de la variable Índice de masa corporal por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Bajo peso</i>	<i>Peso normal</i>	<i>Sobrepeso</i>	<i>Total</i>
FAC	21.4%	46.4%	32.1%	100.0%
PE	12.5%	29.2%	58.3%	100.0%
GE	8.3%	56.3%	35.4%	100.0%
Total	13.0%	47.0%	40.0%	100.0%

EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN. La mayor parte de las participantes reportó haber presentado su primera menstruación (93%), de entre quienes el 58% reportó haberla presentado de 9 a 11 años. En el grupo psicoeducativo no hubo participantes que mencionaran haber experimentado su menarca a una edad menor a los 9 años aunque un 8% reportó no haberla tenido (ver tabla 6.2.8).

Tabla 6.2.8

Distribución porcentual de la variable “Edad de tu primera menstruación” por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Menos de 9 años</i>	<i>De 9 a 11 años</i>	<i>De 12 a 14 años</i>	<i>No ha tenido</i>	<i>Total</i>
FAC	3.4%	58.6%	34.5%	3.4%	100.0%
PE	0%	60.0%	32.0%	8.0%	100.0%
GE	3.6%	60.7%	32.1%	3.6%	100.0%
Total	2.7%	58.4%	31.9%	7.1%	100.0%

c) Diseño de investigación.

La investigación fue de tipo experimental, de campo y longitudinal, con un diseño de dos muestras experimentales y una control, con mediciones repetidas (pre-test, post-test y seguimiento a los 3 y 6 meses) y mediciones independientes. Los participantes fueron asignados al azar a los tratamientos. Las muestras experimentales participaron en dos programas basados en dos estrategias: formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y psicoeducativa. La muestra control fue tipo grupo de espera.

d) Instrumentos, aparatos y mediciones.

Se emplearon los siguientes instrumentos para evaluar factores de riesgo, además de un instrumento que explora hábitos de consumo televisivo:

1. Cuestionario de Alimentación y Salud versión adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1998).
2. Cuestionario sobre Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC, Toro et. al., 1994).
3. Cuestionario de recepción crítica (ver Estudio 1 correspondiente a la Primera Etapa).

Para la obtención del IMC, se utilizó una báscula electrónica EXCEL con capacidad de 300kg y una precisión de 50gr, y para estatura se emplearon estadiómetros de madera.

Materiales:

Se emplearon los mismos materiales didácticos que se reportaron en la fase previa (ver sección método).

e) Escenario.

Los talleres fueron impartidos dentro de las instalaciones de la escuela, dentro del horario escolar. La intervención se administró a lo largo de 10 sesiones (2 sesiones por semana), con una duración de 50 minutos cada una.

f) Procedimiento.

1. Se solicitó permiso a los directores de las escuelas para la aplicación de los instrumentos a las estudiantes. Se les dijo que el propósito de la investigación era conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral, física y psicológica de la comunidad estudiantil y de esta manera contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la misma.
2. Se aseguró tanto a los directores como a las alumnas el manejo confidencial y con propósitos estadísticos de los datos proporcionados.

3. Se solicitó la autorización por escrito de los padres de familia para la aplicación de instrumentos y participación en los talleres (consentimiento informado).
4. Se requirió la participación voluntaria de las adolescentes y se les dijo que podrían retirarse cuando así lo desearan.
5. Se aplicaron los cuestionarios en el salón de clases para la detección de factores de riesgo y selección de las participantes para el estudio.
6. Se seleccionaron los comerciales transmitidos con mayor frecuencia en los tres programas que fueron nombrados con mayor frecuencia por las participantes: telenovela (Rebelde, Televisa), show (Otro Rollo, Televisa) y dibujos animados (Los Simpson, TV Azteca), y que abordaban una o más de las siguientes temáticas: adolescencia, imagen corporal, control alimentario, cuidado de belleza y comida. Los comerciales seleccionados fueron: Xenical de Roche, Svelty gelatina de yogurt, Vitalínea, Bonafont levité, Slim, Epura, Clearasil, Bubulubu, Danup, Rexona teens, Pops, Lala (10 de mayo), Coca-cola (Mundial de Futbol), Elvive nutriglos y Clearasil.
7. Se asignaron las participantes seleccionadas a los grupos experimentales en forma aleatoria.
8. Se aplicaron los programas de prevención (ver anexo Carta descriptiva).
9. Se aplicaron los instrumentos para evaluar los efectos, al término del programa y en los seguimientos a tres y seis meses.

g) Resultados.

- Estimación de las variables antes de la intervención.

SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON IMAGEN CORPORAL. Uno de los criterios de selección fue presentar insatisfacción con imagen corporal y/o seguimiento de dieta. Antes de la intervención, del total de la muestra alrededor del 95% querían ser más delgadas. Del grupo FAC, el 100% estaba insatisfecha (ver figura 6.2.1).

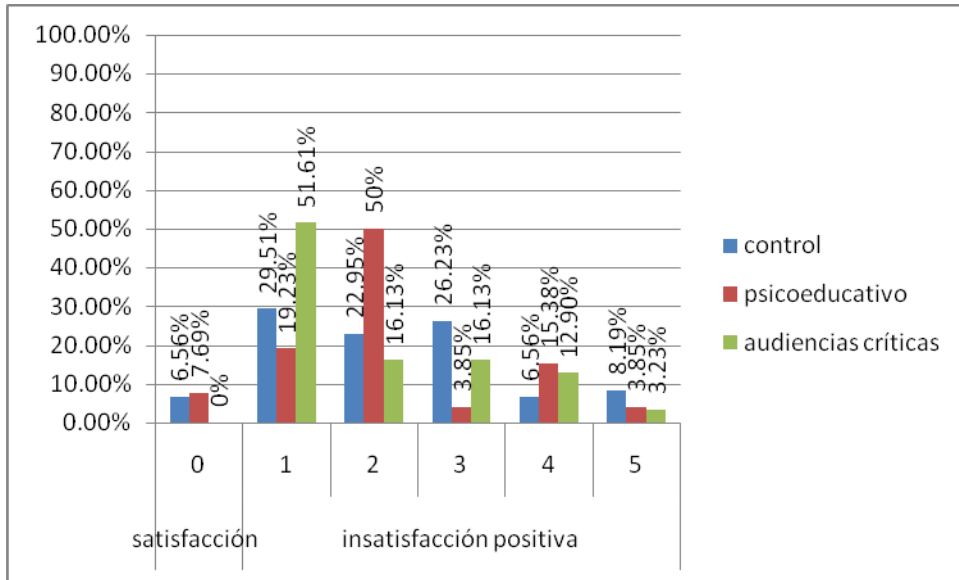


Figura 6.2.1 Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (línea base) por condición.

Nota: FAC= grupo audiencias críticas; PE = grupo psicoeducativo; GE= grupo control en lista de espera.

DIETA RESTRINGIDA. Antes de la intervención, el 30% de la muestra total reportó haber hecho dieta para el control de peso. Los porcentajes fueron muy similares para los tres grupos, siendo el grupo de audiencias críticas el que mostró un nivel un poco mayor (32%; ver figura 6.2.2).

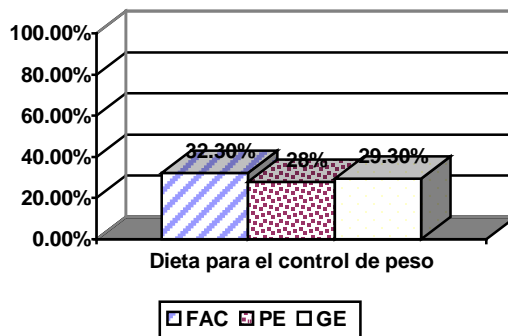


Figura 6.2.2 Distribución porcentual de la variable dieta restringida (línea base) por condición.

Nota: FAC= grupo audiencias críticas; PE = grupo psicoeducativo; GE= grupo control en lista de espera.

PREOCUPACIÓN POR EL PESO. Del total de las participantes, el 49% reportó que le preocupa mucho llegar a estar gorda. En el grupo FAC, la mayoría de las adolescentes (81%) indicó que les preocupa mucho o les preocupa llegar a estar gordas. En el grupo PE cerca del 58% eligió también la opción que corresponde a la mayor preocupación. Por último, el grupo GE también presentó una situación similar a los otros grupos (51%; ver tabla 6.2.9).

Tabla 6.2.9

Distribución porcentual de la variable “Llegar a estar gorda” por grupo.

Grupo	Me preocupa mucho	Me preocupa	Me preocupa de manera regular	Me preocupa poco	No me preocupa	Total
FAC	38.7%	41.9%	16.1%	3.2%	0%	100.0%
PE	57.7%	19.2%	7.7%	7.7%	7.7%	100.0%
GE	50.8%	34.4%	11.5%	.0%	3.3%	100.0%
Total	49.2%	33.1%	11.9%	2.5%	3.4%	100.0%

PROBLEMAS CON LA FORMA DE COMER. Como se puede apreciar en la figura 6.2.3, un porcentaje importante del total de la muestra 44% reportó tener problemas con su forma de comer. En lo referente al grupo FAC, un 28% respondió afirmativamente a esta pregunta (¿Tienes problemas con tu forma de comer?); El grupo PE mostró un mayor porcentaje que el grupo FAC (42%), aunque el mayor porcentaje se presentó en el grupo GE (55%).

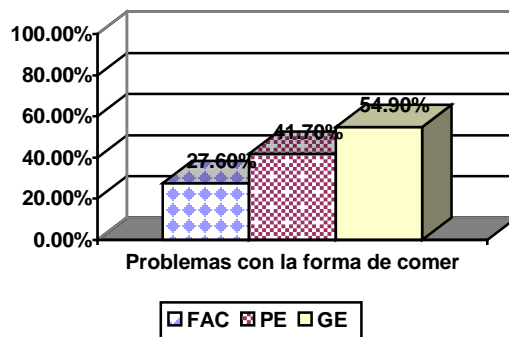


Figura 6.2.3 Distribución porcentual de la variable problemas con la forma de comer (línea base) por condición. Nota: FAC= grupo audiencias críticas; PE = grupo psicoeducativo; GE= grupo control.

En la tabla 6.2.10 se puede observar que el total de las participantes que reportaron tener problemas con su forma de comer, el 43% señaló la opción “comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu edad”. Sin embargo, al analizar las distribuciones porcentuales de cada grupo, en el grupo FAC el porcentaje más alto (44%) se ubicó en la opción “comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil”; los grupos PE (36%) y GE (54%) indicaron comen muy poco, menos que la mayoría de las personas de su edad.

Tabla 6.2.10

Distribución porcentual de la variable “El problema consiste en que:” por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu edad</i>	<i>Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil</i>	<i>Comes tanto que te duele el estómago</i>	<i>Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas</i>
FAC	22.2%	44.4%	33.3%	0%
PE	35.7%	21.4%	42.9%	0%
GE	53.6%	25.0%	14.3%	7.1%
Total	43.1%	27.5%	25.5%	3.9%

CONSUMO TELEVISIVO. Se les preguntó a las participantes el número de horas diarias que veían la televisión. Se obtuvo un promedio diario, el cual se agrupó como se presenta en la tabla 6.2.11. La mayor parte de las participantes del estudio reportó ver entre menos de dos horas y cuatro horas diarias (71%). En el grupo FAC, la mayoría de las adolescentes (58%) reportó ver entre 2 y 4 horas diarias; en el grupo PE, el consumo reportado se ubicó de menos de dos horas a cuatro horas diarias (69%). Por último, en el grupo GE, el consumo televisivo puede identificarse entre las dos y las seis horas diarias (72%).

Tabla 6.2.11

Distribución porcentual de la variable “Consumo televisivo” por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>Menos de 2 hrs diarias</i>	<i>De 2 a 4 hrs diarias</i>	<i>De 4 a 6 hrs diarias</i>	<i>De 6 a 8 hrs diarias</i>	<i>Más de 8 hrs diarias</i>
FAC	22.6%	58.1%	12.9%	6.5%	0%
PE	34.6%	34.6%	26.9%	.0%	3.8%
GE	19.7%	47.5%	24.6%	3.3%	4.9%
Total	23.7%	47.5%	22.0%	3.4%	3.4%

INFLUENCIA DE LOS MODELOS EN LOS MEDIOS. Ante la pregunta “¿te gustaría tener alguna(s) característica(s) de tu personaje o artista favorito?”, el mayor porcentaje del total de la muestra eligió la opción “algunas veces” (43%). Entre los grupos se observó una tendencia similar a la del total de las participantes (ver tabla 6.2.12).

Tabla 6.2.12

Distribución porcentual de la variable “¿te gustaría tener alguna(s) característica(s) de tu personaje o artista favorito?” por grupo.

<i>Grupo</i>	<i>La mayor parte de las veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>
FAC	25.8%	45.2%	29.0%	100.0%
PE	26.9%	42.3%	30.8%	100.0%
GE	16.1%	42.9%	41.1%	100.0%
Total	21.2%	43.4%	35.4%	100.0%

Las respuestas de las participantes se agruparon en siete categorías: forma de bailar, tener fama o éxito, características físicas, carácter o forma de ser, tener talento, estilo de vida y edad. Los mayores porcentajes se ubicaron en la categoría de las características físicas (GE=65%, PE= 60% y FAC= 73%; ver figura 6.2.4).

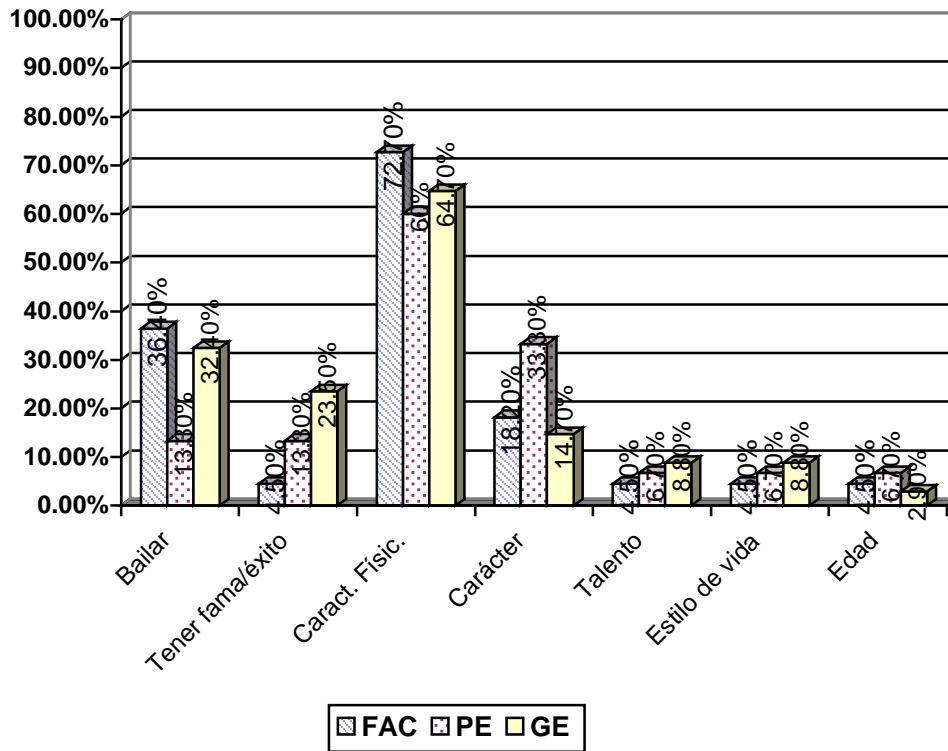


Figura 6.2.4 Distribución porcentual de la variable “qué características te gustaría tener de tu artista/personaje favorito” (línea base) por condición. Nota: FAC= grupo audiencias críticas; PE = grupo psicoeducativo; GE= grupo control en lista de espera; Caract.Físic.= características físicas, por ejemplo: cabello lacio o claro, cuerpo o figura, ser delgada, cutis, ojos claros, forma de vestir, ser bonita, labios.

- *Comparación entre grupos.*

LÍNEA BASE (PRETEST). Se sometieron a la prueba ANOVA (One-way) los factores de riesgo considerados para este estudio por tipo de condición mediante el programa SPSS (Versión 15). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones experimentales y control (ver tabla 6.2.13).

Tabla 6.2.13

ANOVA (One-way) para los factores de riesgo por condición – línea base.

<i>Variables</i>		<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media Cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Figura ideal	Entre grupos	7.32	2	3.66	2.32	.10
	Intra grupos	358.96	228	1.574		
	Total	366.29	230			
Satisfacción- insatisfacción con imagen corporal	Entre grupos	1.77	2	0.88	0.39	.67
	Intra grupos	508.32	227	2.24		
	Total	510.09	229			
Influencia de la publicidad	Entre grupos	0.28	2	0.14	0.65	.52
	Intra grupos	48.90	224	0.22		
	Total	49.18	226			
Dieta crónica y restringida	Entre grupos	0.62	2	0.31	0.84	.43
	Intra grupos	83.09	226	0.37		
	Total	83.71	228			
Preocupación por el peso y la comida	Entre grupos	0.25	2	0.13	0.31	.73
	Intra grupos	90.65	220	0.41		
	Total	90.91	222			
Conducta alimentaria compulsiva	Entre grupos	1.07	2	0.53	2.10	.12
	Intra grupos	54.99	216	0.25		
	Total	56.06	218			
Conducta alimentaria normal	Entre grupos	0.19	2	0.10	0.14	.86
	Intra grupos	147.62	223	0.66		
	Total	147.81	225			

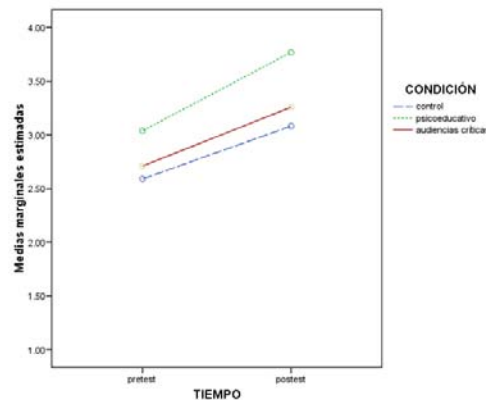
COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS PRETEST-POSTEST. Con el propósito de comparar los efectos de los programas de prevención sobre los factores de riesgo vs. la condición control (en lista de espera), se aplicó un ANOVA mediciones repetidas para las evaluaciones pretest y posttest. Para conocer los tamaños del efecto se empleó la siguiente fórmula:

$$f^2 = \text{eta}^2 \text{ parcial} / 1 - \text{eta}^2 \text{ parcial}$$

De acuerdo con Cohen (1988), los tamaños del efecto se interpretaron de la siguiente manera:

<i>Tamaño del efecto</i>	<i>Interpretación</i>
.02	Pequeño
.15	Mediano
.35	Grande

En relación con la variable figura ideal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el efecto tiempo $F(1,115)=19.65$, $p<.000$; también se encontró una diferencia marginal en el efecto condición $F(2,115)=2.72$, $p=.07$, $f^2=0.04$; se puede observar que el tamaño del efecto es pequeño. De acuerdo con las medias, se puede decir que hubo un incremento en todos los grupos. No se encontró que la interacción tiempo X condición fuera estadísticamente significativa $F(2,115)=0.28$, $p=0.76$, $f^2=0.005$. En la figura 6.2.5 se puede apreciar que en todos los grupos se produjo un aumento por la preferencia de siluetas corporales más gruesas en comparación con la línea base.

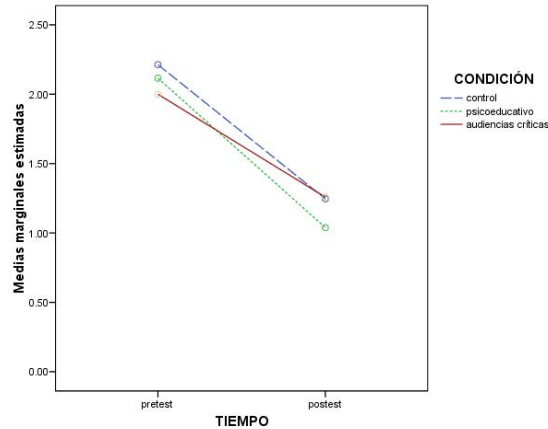


<i>Grupo</i>	<i>Media (DE) Pretest</i>	<i>Media (DE) Posttest</i>
Control	2.59 (1.16)	3.08 (1.17)
Psicoeducativo	3.04 (1.31)	3.77 (1.27)
Audiencias críticas	2.71 (1.27)	3.26 (1.44)

Figura 6.2.5 Medias de la variable figura ideal por tiempo (pretest/posttest) y condición.

Respecto la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el efecto tiempo $F(1,115)=41.86$, $p<.000$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=0.19$, $p=.82$, $f^2=0.003$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.35$, $p=0.70$, $f^2=0.006$. Ambos

tamaños del efecto se consideran pequeños, por lo que se considera que el tamaño de la muestra no ejerció influencia en los resultados observados.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Posttest
Control	2.21 (1.34)	1.25 (1.39)
Psicoeducativo	2.11 (1.24)	1.04 (1.54)
Audiencias críticas	2.00 (1.24)	1.26 (1.48)

Figura 6.2.6 Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por tiempo (pretest/posttest) y condición.

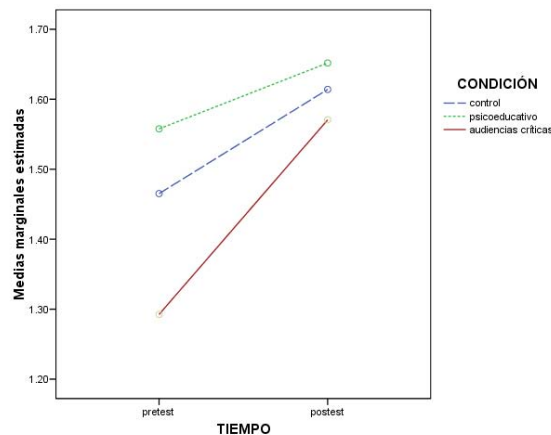
Por otra parte, en referencia a la variable influencia de la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=1.67$, $p=0.20$, $f^2=0.37$ ni por condición $F(2,115)=0.27$, $p=0.77$, $f^2=0.005$ ni interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.16$, $p=0.85$, $f^2=0.003$. El tamaño del efecto por tiempo se puede interpretar como grande, mientras que los correspondientes a condición e interacción se consideran pequeños. Es decir, si aumentara el tamaño de la muestra sería probable encontrar reducciones significativas de riesgo.

Al observar los efectos de las intervenciones en el factor preocupación por el peso y la comida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.45$, $p=0.50$, $f^2=0.004$ ni condición $F(2,115)=0.36$, $p=0.70$, $f^2=0.006$ ni interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.31$, $p=0.27$, $f^2=0.02$. Cuando se analizan los tamaños del efecto observados se clasifican como pequeños.

Respecto al factor conducta alimentaria compulsiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.03$, $p=0.87$, $f^2=0.00$ ni condición $F(2,115)=0.75$, $p=0.48$, $f^2=0.01$ ni interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.91$, $p=0.40$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto observados se pueden interpretar como pequeños. Es decir, el tamaño de la muestra no influyó en los resultados observados.

Al evaluar el factor conducta alimentaria normal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.32$, $p=0.57$, $f^2=0.003$ ni condición $F(2,115)=0.11$, $p=0.89$, $f^2=0.002$ ni interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.38$, $p=0.68$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto observados se consideran pequeños.

Respecto al factor dieta crónica y restringida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=12.14$, $p=0.001$; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=1.14$, $p=0.32$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.95$, $p=0.39$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto observados para condición e interacción se consideran pequeños. En la figura 6.2.7 se aprecia un aumento del riesgo para todos los grupos, incluyendo el grupo control; el menor incremento lo mostró el grupo psicoeducativo.

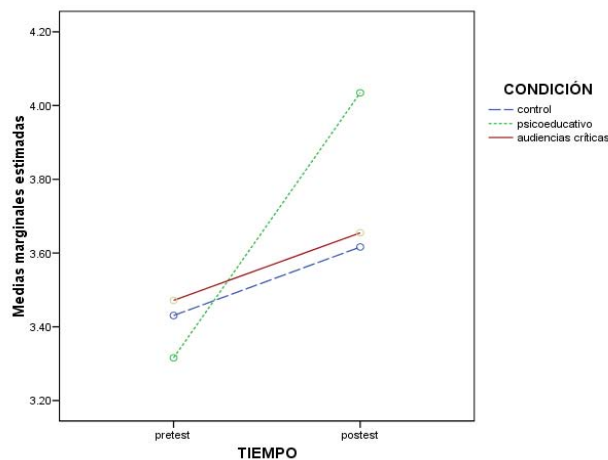


Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Posttest
Control	1.46 (0.50)	1.61 (0.53)
Psicoeducativo	1.56 (0.72)	1.65 (0.49)
Audiencias críticas	1.29 (0.37)	1.57 (0.46)

Figura 6.2.7 Medias del factor dieta crónica y restringida por tiempo (pretest/posttest) y condición.

Respecto al factor gusto por la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.99$, $p=0.32$, $f^2=0.009$, ni condición $F(2,115)=0.02$, $p=0.98$, $f^2=0.000$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.44$, $p=0.65$, $f^2=0.08$. Los tamaños del efecto observados para condición e interacción se consideran pequeños.

Referente a las dimensiones evaluadas mediante el instrumento de recepción crítica, se analizaron los efectos del factor confianza en la publicidad. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=13.58$, $p>000$, pero no así por condición $F(2,115)=0.75$, $p=0.47$, $f^2=0.01$. El tamaño del efecto observado para condición se puede interpretar como pequeño. Asimismo, se encontró significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=3.63$, $p=0.03$. En la figura 6.2.8 se puede observar que el grupo psicoeducativo muestra un mayor nivel de recepción crítica en comparación con los grupos audiencias críticas y control.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Posttest
Control	3.43 (0.60)	3.62 (0.62)
Psicoeducativo	3.32 (0.83)	4.03 (0.76)
Audiencias críticas	3.47 (0.64)	3.65 (0.84)

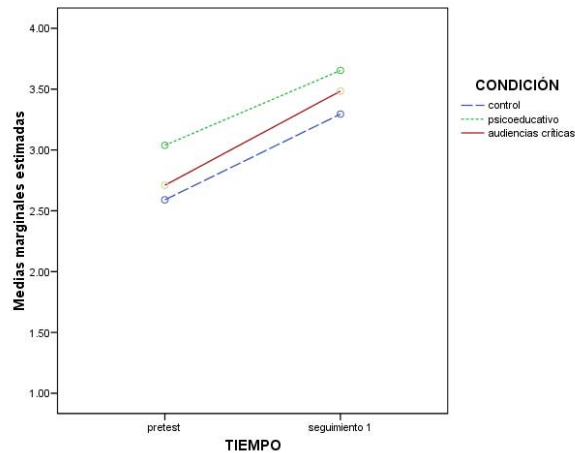
Figura 6.2.8 Medias del factor confianza en la publicidad por tiempo (pretest/posttest) y condición. Nota: Las medias se interpretan a mayor valor, mayor nivel de recepción crítica.

Por otra parte, respecto al factor interés por la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.13$, $p=0.72$, $f^2=0.001$, ni condición $F(2,115)=0.66$, $p=0.52$, $f^2=0.01$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.51$, $p=0.60$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto observados para tiempo, condición e interacción se consideran pequeños.

Finalmente, en relación con el factor lectura de mensajes en la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.02$, $p=0.89$, $f^2=0.000$, ni condición $F(2,115)=0.21$, $p=0.81$, $f^2=0.004$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.40$, $p=0.67$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto observados para tiempo, condición e interacción se pueden interpretar como pequeños.

COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS PRETEST-SEGUIMIENTO A TRES MESES. Debido a que algunas participantes no completaron la evaluación de seguimiento (audiencias críticas=5; psicoeducativo =2; y control = 9), se empleó el método de máxima verosimilitud para calcular los datos perdidos (Schafer & Graham, 2002). Para ello, se utilizó el programa NORM for Windows (versión 2.03).

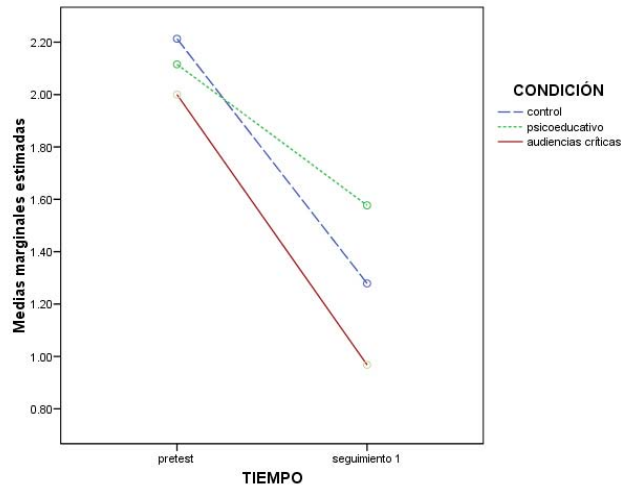
Al realizar el análisis de la variable figura ideal al seguimiento a tres meses, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=31.63$, $p>000$; aunque no se encontraron diferencias por condición $F(2,115)=1.10$, $p=0.39$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.10$, $p=0.91$, $f^2=0.002$. Los tamaños del efecto observados se pueden clasificar como pequeños. En la figura 6.2.9 se puede apreciar que todos los grupos mostraron un aumento por la preferencia de siluetas más gruesas como ideal corporal. Tanto en el grupo audiencias críticas como en el control, se mantiene la tendencia desde el postest de incremento por la preferencia de figuras más gruesas.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	2.59 (1.16)	3.29 (1.53)
Psicoeducativo	3.04 (1.31)	3.65 (1.13)
Audiencias críticas	2.71 (1.27)	3.48 (1.59)

Figura 6.2.9 Medias de la variable figura ideal por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.

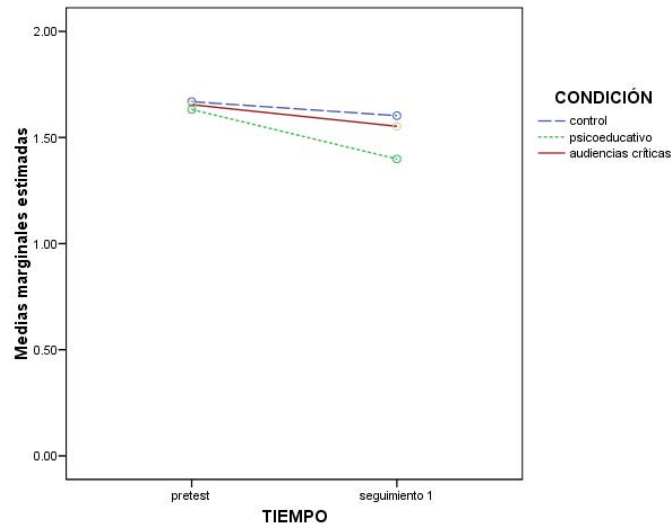
Respecto a la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=32.19$, $p>000$. En la figura 7.5.10 se puede apreciar que todos los grupos mostraron reducción en la insatisfacción corporal, aunque únicamente el grupo audiencias críticas mantiene la tendencia a la reducción del riesgo encontrada desde el postest. Asimismo, cabe mencionar que no se encontraron diferencias por condición $F(2,115)=1.10$, $p=0.39$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.68$, $p=0.51$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto obtenidos para condición y la interacción se pueden interpretar como pequeños.



<i>Grupo</i>	<i>Media (DE) Pretest</i>	<i>Media (DE) Seguimiento 1</i>
Control	2.21 (1.34)	1.28 (1.71)
Psicoeducativo	2.11 (1.24)	1.58 (1.55)
Audiencias críticas	2.00 (1.24)	0.97 (1.74)

Figura 6.2.10 Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.

En relación con la variable influencia de la publicidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=8.63$, $p=.004$; aunque en la figura 6.2.11 se puede apreciar que todos los grupos mostraron reducción de riesgo en esta variable, sin embargo, fue más marcada en el grupo psicoeducativo; sin embargo, no se encontraron diferencias por condición $F(2,115)=0.91$, $p=0.40$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.49$, $p=0.23$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto obtenidos para condición y la interacción se consideran pequeños.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	1.67 (0.42)	1.60 (0.43)
Psicoeducativo	1.63 (0.52)	1.40 (0.42)
Audiencias críticas	1.65 (0.44)	1.55 (0.39)

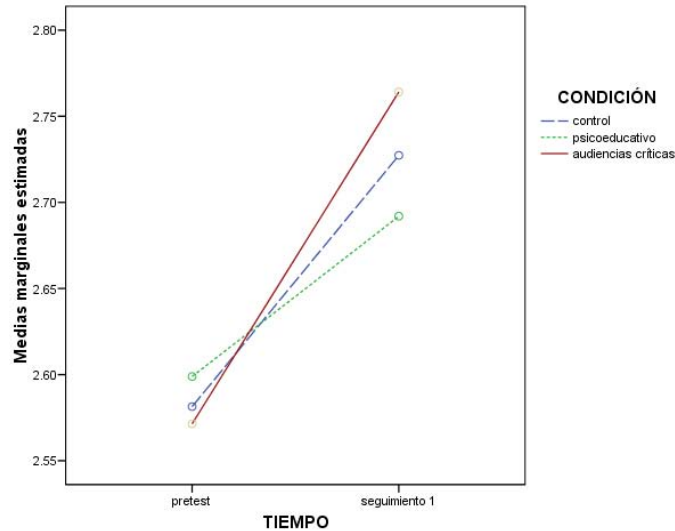
Figura 6.2.11 Medias de la variable influencia de la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.

Por otra parte, en referencia al factor preocupación por el peso y la comida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.01$, $p=.90$, $f^2=.000$; asimismo, tampoco se encontraron diferencias por condición $F(2,115)=1.99$, $p=0.14$, $f^2=0.03$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.69$, $p=0.19$, $f^2=0.03$. Los tamaños del efecto obtenidos para tiempo, condición y la interacción se clasifican como pequeños.

Respecto al factor conducta alimentaria compulsiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.01$, $p=0.91$, $f^2=0.00$, ni condición $F(2,115)=0.64$, $p=0.53$, $f^2=0.01$ ni interacción tiempo X condición $F(2,115)=2.15$, $p=0.12$, $f^2=0.04$. Los tamaños del efecto observados se pueden interpretar como pequeños.

Al evaluar el factor conducta alimentaria normal, se observaron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=4.42$, $p=0.04$; en contraste, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=0.01$, $p=0.99$, $f^2=0.000$, sin embargo, nuevamente se observa que aumenta en el seguimiento la práctica de conductas alimentarias

adecuadas en todos los grupos y que este incremento es más marcado en el grupo audiencias críticas (ver figura 6.2.13). No fue significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.12$, $p=0.88$, $f^2=0.002$. Los tamaños del efecto observados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que los resultados no variarían al incrementar el tamaño de la muestra.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	2.58 (0.86)	2.73 (0.83)
Psicoeducativo	2.60 (0.77)	2.69 (0.94)
Audiencias críticas	2.57 (0.72)	2.76 (0.71)

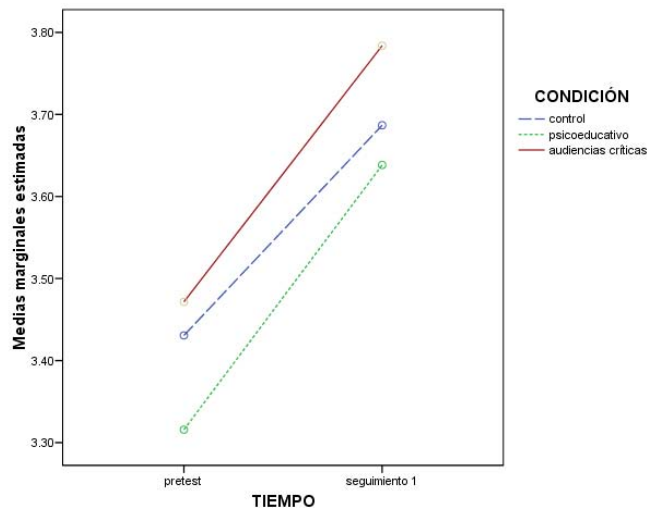
Figura 6.2.13 Medias del factor conducta alimentaria normal por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición.

Respecto al factor dieta crónica y restringida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=0.24$, $p=0.62$, $f^2=0.002$; tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=1.62$, $p=0.20$, $f^2=0.03$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.46$, $p=0.24$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto observados para tiempo, condición e interacción se consideran pequeños.

Relativo a las dimensiones evaluadas mediante el instrumento de recepción crítica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor gusto por la publicidad por tiempo $F(1,115)=0.95$, $p=.33$, $f^2=0.01$, ni por condición $F(2,115)=0.29$, $p=0.75$, $f^2=0.005$. Asimismo, tampoco se encontró significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.49$,

$p=0.23$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto calculados para esta variable pueden interpretarse como pequeños.

Al analizar el factor confianza en la publicidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=13.58$, $p=.001$, pero no así por condición $F(2,115)=0.41$, $p=0.66$, $f^2=0.01$. Tampoco se encontró significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.06$, $p=.94$, $f^2=.001$. Los tamaños del efecto para condición y la interacción se consideran pequeños. En la figura 6.2.14 se muestra que aumenta esta habilidad hacia la dirección de una mayor recepción crítica.

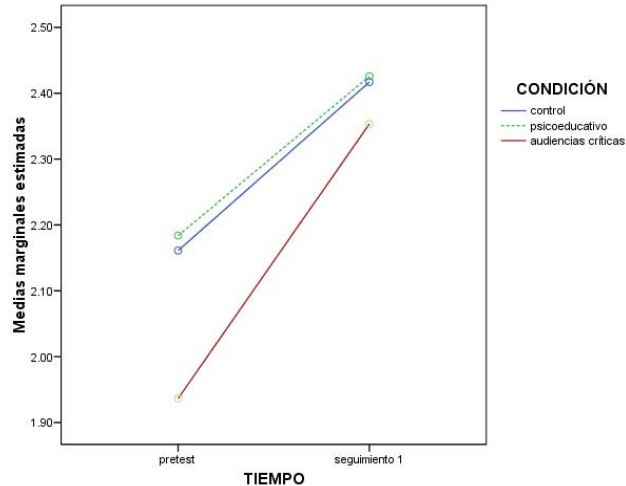


Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	3.43 (0.60)	3.69 (0.91)
Psicoeducativo	3.32 (0.83)	3.64 (0.97)
Audiencias críticas	3.47 (0.64)	3.78 (0.75)

Figura 6.2.14 Medias del factor confianza en la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición. Nota: Las medias se interpretan a mayor valor, mayor nivel de recepción crítica.

También se exploró el comportamiento del factor interés por la publicidad al seguimiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=7.96$, $p=.006$, pero no fue así por condición $F(2,115)=0.57$, $p=0.56$, $f^2=0.06$. Tampoco se encontró significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.24$, $p=.78$, $f^2=0.004$. Los tamaños del efecto para

condición y la interacción se pueden considerar como pequeños. En la figura 6.2.15 se muestra que aumenta esta habilidad que se puede interpretar una mayor recepción crítica.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	2.16 (0.67)	2.42 (1.03)
Psicoeducativo	2.18 (0.77)	2.42 (1.18)
Audiencias críticas	1.93 (0.64)	2.35 (0.88)

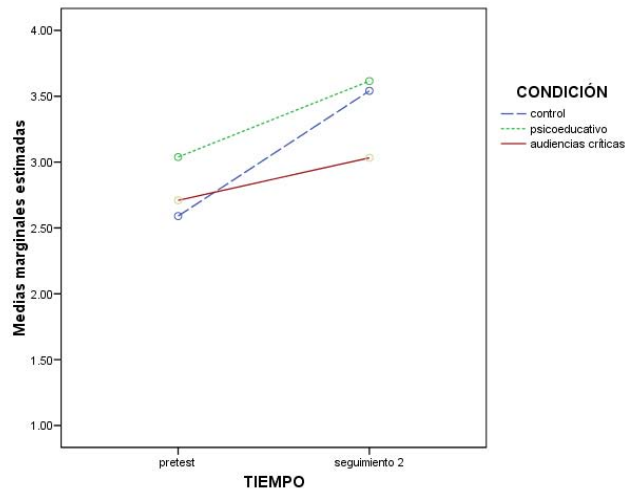
Figura 6.2.15 Medias del factor interés por la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a tres meses) y condición. Nota: Las medias se interpretan a mayor valor, mayor nivel de recepción crítica.

Por último, respecto al factor lectura de mensajes en la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=2.40$, $p=.12$, $f^2=0.02$, ni por condición $F(2,115)=0.46$, $p=0.63$, $f^2=0.01$. Tampoco se encontró significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.77$, $p=.17$, $f^2=0.03$. Los tamaños del efecto para tiempo, condición y la interacción se interpretan como pequeños.

COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS PRETEST-SEGUIMIENTO A SEIS MESES. Se llevó a cabo un seguimiento a seis meses para evaluar los efectos de las intervenciones y si éstos diferían con el grupo control (en lista de espera). Nuevamente, se empleó el método de máxima verosimilitud para calcular los datos de aquellas participantes que no completaron esta

evaluación (audiencias críticas =9; psicoeducativo = 6; y control = 7; Schafer & Graham, 2002), empleándose el programa NORM for Windows (versión 2.03).

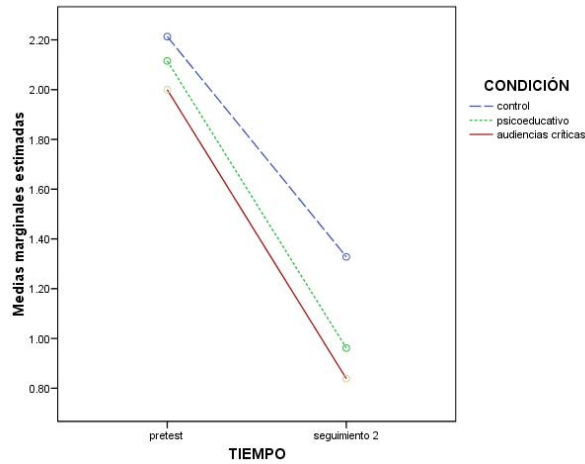
En relación con la variable figura ideal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=36.10$, $p>.000$; sin embargo, no fue así por condición $F(2,115)=1.26$, $p=0.29$, $f^2=0.02$ y respecto a la interacción tiempo X condición $F(2,115)=2.67$, $p=.07$, $f^2=0.04$ se encontró una tendencia. Los tamaños del efecto para condición y la interacción se interpretan como pequeños. En la figura 6.2.16 se puede apreciar que todos los grupos en el estudio mostraron un aumento en la elección de siluetas corporales más gruesas en comparación con la línea base.



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	2.59 (1.16)	3.54 (1.44)
Psicoeducativo	3.04 (1.31)	3.61 (1.06)
Audiencias críticas	2.71 (1.27)	3.03 (1.11)

Figura 6.2.16 Medias de la variable figura ideal por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.

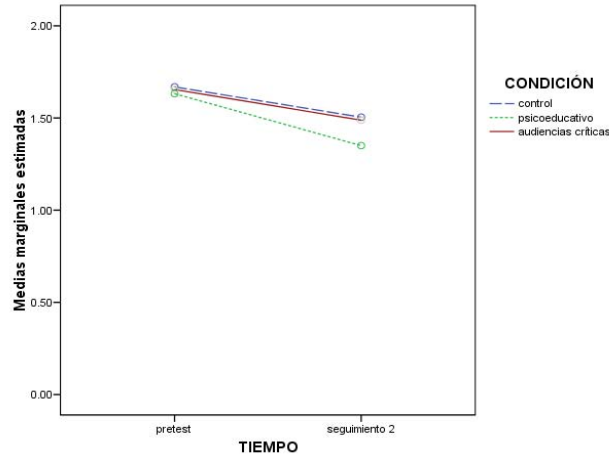
Respecto a la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=44.73$, $p>.000$; en contraste, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=1.31$, $p=0.27$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.40$, $p=.67$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto para condición y la interacción se interpretan como pequeños. Las medias grupales indican una disminución de la insatisfacción corporal en todas las condiciones (ver figura 6.2.17).



<i>Grupo</i>	<i>Media (DE) Pretest</i>	<i>Media (DE) Seguimiento 2</i>
Control	2.21 (1.34)	1.33 (1.50)
Psicoeducativo	2.11 (1.24)	0.96 (1.34)
Audiencias críticas	2.00 (1.24)	0.84 (0.97)

Figura 6.2.17 Medias de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.

Por otra parte, relativo a la variable influencia de la publicidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tiempo $F(1,115)=18.77$, $p>.000$; aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=0.62$, $p=0.54$, $f^2=0.01$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.60$, $p=.55$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto para condición y la interacción se interpretan como pequeños. Las medias grupales obtenidas al seguimiento indican una disminución del riesgo en todas las condiciones que se nota más marcada en el grupo psicoeducativo (ver figura 6.2.18).



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	1.67 (0.42)	1.50 (0.45)
Psicoeducativo	1.63 (0.52)	1.35 (0.39)
Audiencias críticas	1.66 (0.44)	1.49 (0.42)

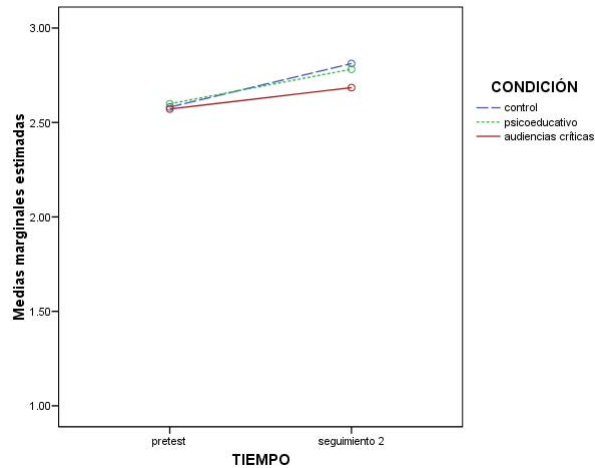
Figura 6.2.18 Medias de la variable influencia de la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.

Al analizar el factor preocupación por el peso y la comida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.01$, $p=.90$, $f^2=.000$; tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(1,115)=1.99$, $p=0.14$, $f^2=0.03$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.69$, $p=.19$, $f^2=0.03$. Los tamaños del efecto se interpretan como pequeños.

En relación al factor conducta alimentaria compulsiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=3.06$, $p=.08$, $f^2=0.03$, ni por condición $F(2,115)=1.41$, $p=0.25$, $f^2=0.02$, ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.80$, $p=.45$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto observados para tiempo, condición y la interacción se consideran pequeños.

En cuanto a la conducta alimentaria normal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=18.77$, $p=.02$; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=0.10$, $p=0.90$, $f^2=0.002$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.20$, $p=.82$, $f^2=0.003$. Los tamaños del efecto para

condición y la interacción se pueden clasificar como pequeños. Las medias grupales obtenidas al seguimiento indican un aumento en las prácticas alimentarias adecuadas en todos los grupos (ver figura 6.2.19).



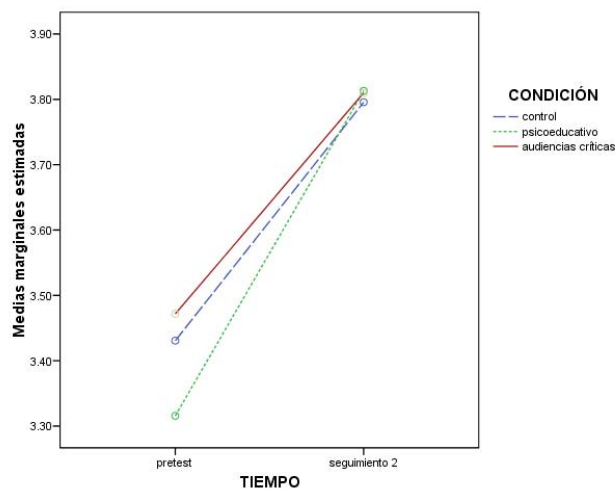
Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	2.58 (0.86)	2.81 (0.84)
Psicoeducativo	2.60 (0.77)	2.78 (0.96)
Audiencias críticas	2.57 (0.72)	2.68 (0.70)

Figura 6.2.19 Medias del factor conducta alimentaria normal por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición.

Respecto al factor dieta crónica y restringida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.43$, $p=.51$, $f^2=0.004$, ni por condición $F(2,115)=2.11$, $p=0.13$, $f^2=0.03$, ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.32$, $p=.72$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto calculados para tiempo, condición y la interacción se consideran pequeños.

Al analizar las variables relacionadas con recepción crítica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable gusto por la publicidad, en el efecto tiempo $F(1,115)=2.26$, $p=.13$, $f^2=0.02$, ni por condición $F(2,115)=0.27$, $p=0.76$, $f^2=0.005$, ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.27$, $p=.28$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto obtenidos para tiempo, condición y la interacción se pueden interpretar como pequeños.

En segundo lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable confianza en la publicidad en el efecto tiempo $F(1,115)=21.39$, $p>.000$; en contraste, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por condición $F(2,115)=0.13$, $p=0.88$, $f^2=0.002$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.25$, $p=.78$, $f^2=0.004$. Los tamaños del efecto para condición y la interacción se interpretan como pequeños. Las medias grupales obtenidas al seguimiento indican aumento en la habilidad de recepción crítica que se interpreta como un decremento en la confianza en la publicidad en todos los grupos, siendo más evidente este cambio en el grupo psicoeducativo (ver figura 6.2.20).



Grupo	Media (DE) Pretest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	3.43 (0.60)	3.80 (0.73)
Psicoeducativo	3.32 (0.83)	3.81 (1.02)
Audiencias críticas	3.47 (0.64)	3.81 (0.66)

Figura 6.2.20 Medias del factor confianza en la publicidad por tiempo (pretest/seguimiento a seis meses) y condición. Nota: Las medias se interpretan a mayor valor, mayor nivel de recepción crítica.

En relación con el factor interés en la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.81$, $p=.18$, $f^2=0.02$, ni por condición $F(2,115)=0.55$, $p=0.58$, $f^2=0.01$, ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.73$, $p=.48$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto obtenidos para tiempo, condición y la interacción se pueden interpretar como pequeños.

Finalmente, al evaluar el factor lectura de mensajes en la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.01$, $p=.32$, $f^2=0.01$, tampoco por condición $F(1,115)=0.43$, $p=0.65$, $f^2=0.01$, ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=2.31$, $p=.10$, $f^2=0.04$. Los tamaños del efecto calculados para tiempo, condición y la interacción se clasifican como pequeños.

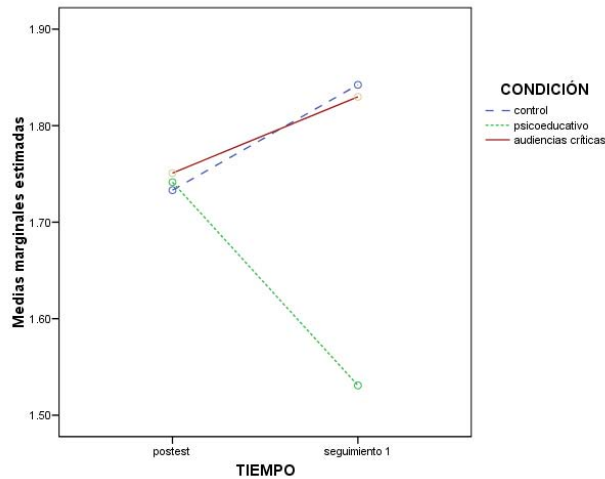
COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS POSTEST-SEGUIMIENTO A TRES MESES. En relación con la variable figura ideal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.01$, $p=0.32$, $f^2=0.01$, ni en el efecto condición $F(1,115)=1.95$, $p=0.15$, $f^2=0.03$. Tampoco fue significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.46$, $p=0.63$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados obtenidos.

Respecto a la satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.13$, $p=0.72$, $f^2=0.001$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.19$, $p=0.83$, $f^2=0.003$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.57$, $p=0.21$, $f^2=0.03$ tampoco fue significativa. Los tamaños del efecto obtenidos se pueden clasificar como pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los efectos observados.

Al observar el comportamiento de la variable influencia de la publicidad contrastando la medición posttest vs. seguimiento a tres meses, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.36$, $p=0.25$, $f^2=0.01$, ni en el efecto condición $F(1,115)=1.43$, $p=0.24$, $f^2=0.02$, ni fue significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.72$, $p=0.49$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se interpretan como pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no tuvo un impacto importante en los resultados observados.

Al comparar los valores observados en las mediciones posttest y seguimiento a tres meses, en relación con el factor preocupación por el peso y la comida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.42$, $p=0.52$, $f^2=0.004$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.83$, $p=0.44$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los

resultados observados. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=3.72$, $p=0.03$ fue estadísticamente significativa. Es decir, es necesario considerar el tipo de intervención y la medición para poder explicar las diferencias entre los grupos. En la figura 6.2.21 se puede observar que el grupo psicoeducativo muestra una reducción de riesgo en contraste con los grupos audiencias críticas y control.



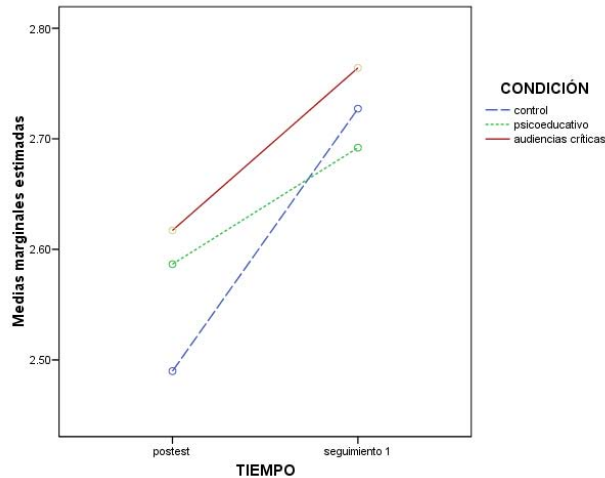
Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	1.73 (0.53)	1.84 (0.67)
Psicoeducativo	1.74 (0.61)	1.53 (0.45)
Audiencias críticas	1.75 (0.56)	1.83 (0.60)

Figura 6.2.21 Medias del factor preocupación por el peso y la comida (postest/seguimiento a tres meses) y condición.

Relativo al factor conducta alimentaria compulsiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.07$, $p=0.80$, $f^2=0.001$, ni en el efecto condición $F(1,115)=1.01$, $p=0.37$, $f^2=0.02$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.68$, $p=0.51$, $f^2=0.01$ observada tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados observados.

En relación con la variable conducta alimentaria normal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=0.17$, $p=0.84$, $f^2=0.003$ ni la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.29$, $p=0.76$, $f^2=0.005$ fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede

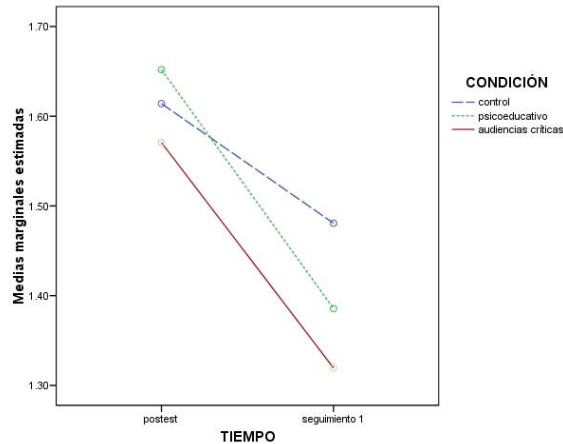
decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados. El efecto tiempo fue estadísticamente significativo $F(1,115)=6.10$, $p=0.01$. Se puede notar en la figura 6.2.22 que el grupo audiencias críticas muestra tanto en el postest como en el seguimiento a tres meses el mayor nivel de prácticas alimentarias adecuadas.



Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	2.49 (0.60)	2.72 (0.83)
Psicoeducativo	2.58 (0.77)	2.69 (0.94)
Audiencias críticas	2.62 (0.78)	2.76 (0.71)

Figura 6.2.22 Medias del factor conducta alimentaria normal (postest/seguimiento a tres meses) y condición.

Con respecto al factor de riesgo dieta crónica y restringida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=0.59$, $p=0.56$, $f^2=0.01$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.93$, $p=0.40$, $f^2=0.02$. Los tamaños del efecto encontrados se pueden clasificar como pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados. El efecto tiempo fue estadísticamente significativo $F(1,115)=17.80$, $p\geq 0.000$. Se puede notar en la figura 6.2.23 que el grupo audiencias críticas muestra tanto en el postest como en el seguimiento a tres meses el nivel de riesgo más bajo de los tres grupos. Asimismo, el grupo psicoeducativo muestra la tendencia a reducción de riesgo más marcada en comparación con los otros grupos.

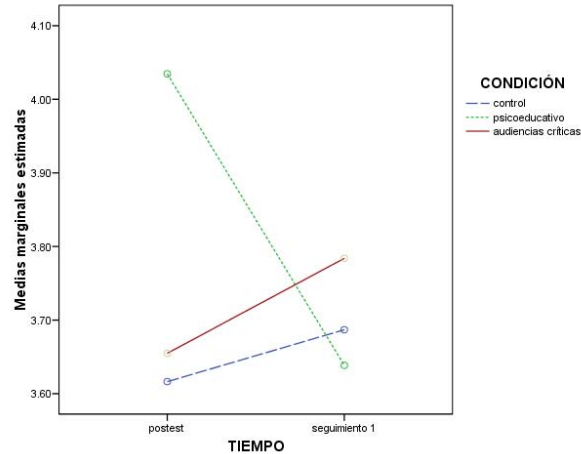


Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	1.61 (0.53)	1.48 (0.60)
Psicoeducativo	1.65 (0.50)	1.38 (0.30)
Audiencias críticas	1.57 (0.46)	1.32 (0.31)

Figura 6.2.23 Medias del factor dieta crónica y restringida (postest/seguimiento a tres meses) y condición.

Respecto a las variables relacionadas con recepción crítica, en la variable gusto por la publicidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.01$, $p=0.94$, $f^2=0.000$, ni en el efecto condición $F(1,115)=1.11$, $p=0.33$, $f^2=0.02$. Tampoco fue significativa la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.29$, $p=0.75$, $f^2=0.005$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados observados.

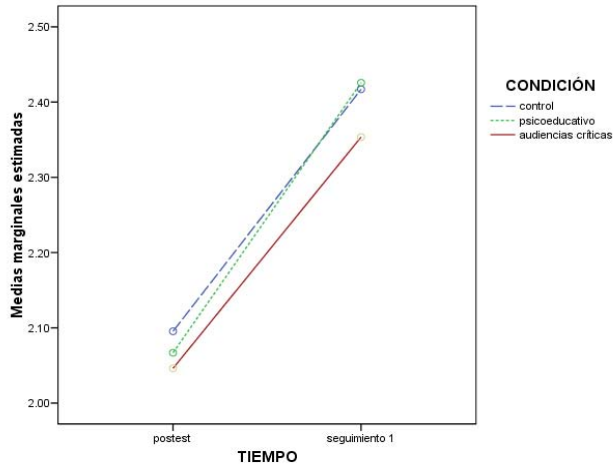
Por otra parte, en relación con la variable confianza en la publicidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.05$, $p=0.83$, $f^2=0.000$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.68$, $p=0.51$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños. No obstante, la interacción tiempo X condición $F(2,115)=3.31$, $p=.04$, fue estadísticamente significativa. Se observa que el grupo psicoeducativo muestra una reducción del nivel de recepción crítica en esta dimensión del postest al seguimiento, a diferencia del grupo audiencias críticas y control, grupos en los que se eleva el nivel observado en el postest. El grupo audiencias críticas muestra el nivel más alto de los tres grupos al seguimiento y un mayor incremento del postest al seguimiento a tres meses (ver figura 6.2.24).



Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	3.61 (0.62)	3.67 (0.91)
Psicoeducativo	4.03 (0.76)	3.64 (0.97)
Audiencias críticas	3.65 (0.84)	3.78 (0.75)

Figura 6.2.24 Medias del factor confianza en la publicidad (postest/seguimiento a tres meses) y condición.

Referente a la variable interés en la publicidad, cabe mencionar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=0.06$, $p=0.94$, $f^2=0.001$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.02$, $p=0.98$, $f^2=0.000$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados. El efecto tiempo fue estadísticamente significativo $F(1,115)=10.14$, $p=.002$. Se puede notar en la figura 6.2.25 que los tres grupos aumentan el nivel de recepción crítica de esta dimensión del postest al seguimiento a tres meses.

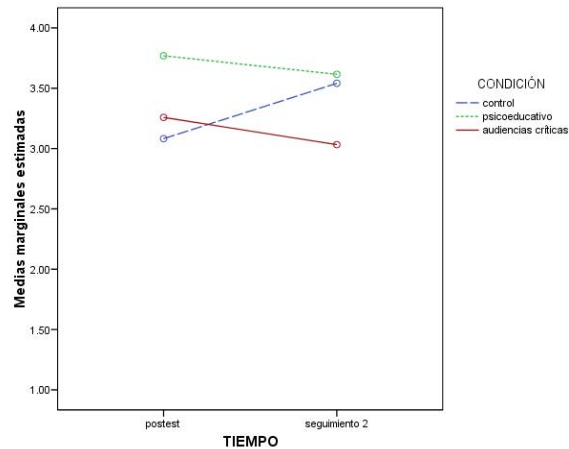


Grupo	Media (DE) Posttest	Media (DE) Seguimiento 1
Control	2.09 (0.69)	2.42 (1.03)
Psicoeducativo	2.07 (0.92)	2.42 (1.17)
Audiencias críticas	2.05 (0.79)	2.35 (0.88)

Figura 6.2.25 Medias del factor interés en la publicidad (posttest/seguimiento a tres meses) y condición.

Finalmente, respecto a la variable lectura de mensajes en los medios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=2.50$, $p=0.12$, $f^2=0.02$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.85$, $p=0.43$, $f^2=0.01$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.56$, $p=0.57$, $f^2=0.01$ tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que el tamaño de la muestra no parece haber incidido sobre los resultados encontrados.

COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS POSTEST-SEGUIMIENTO A SEIS MESES. En relación con la variable figura ideal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.30$, $p=0.26$, $f^2=0.01$, ni en el efecto condición $F(1,115)=1.91$, $p=0.15$, $f^2=0.03$ cuando se compararon los valores obtenidos en el posttest vs. seguimiento a seis meses. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se considera que el tamaño de la muestra no influyó sobre este resultado. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=3.35$, $p=0.04$, fue estadísticamente significativa. Las medias indican que el grupo psicoeducativo mantiene el nivel más elevado de figura ideal en el seguimiento a seis meses. El grupo control muestra un aumento marcado de la preferencia por siluetas más gruesas (ver figura 6.2.26).



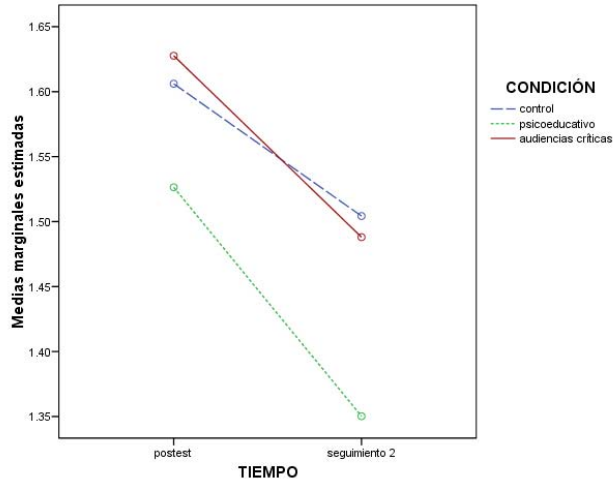
Grupo	Media (DE) Posttest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	3.08 (1.17)	3.54 (1.44)
Psicoeducativo	3.77 (1.27)	3.61 (1.06)
Audiencias críticas	3.26 (1.29)	3.03 (1.11)

Figura 6.2.26 Medias la variable figura ideal (posttest/seguimiento a seis meses) y condición.

Respecto a la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.36$, $p=0.55$, $f^2=0.003$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.74$, $p=0.48$, $f^2=0.01$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.10$, $p=0.34$, $f^2=0.02$ tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que el tamaño de la muestra no parece haber incidido sobre los resultados encontrados.

Respecto a la variable influencia de la publicidad, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=1.13$, $p=0.33$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.19$, $p=0.83$, $f^2=0.003$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados. El efecto tiempo fue estadísticamente significativo $F(1,115)=6.83$, $p=0.01$. Se puede notar en la figura 6.2.27 que los tres grupos aumentan el nivel de recepción crítica de esta dimensión del posttest al seguimiento a seis meses. Los grupos audiencias críticas y psicoeducativo se encontraron en el seguimiento a seis meses por debajo del valor

promedio del grupo control, y fue el grupo psicoeducativo el que mostró la mayor reducción de riesgo.



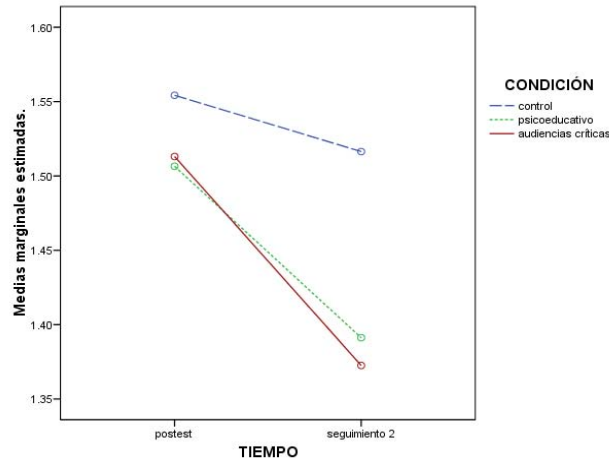
Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	1.61 (0.41)	1.50 (0.45)
Psicoeducativo	1.53 (0.53)	1.35 (0.39)
Audiencias críticas	1.63 (0.47)	1.49 (0.42)

Figura 6.2.27 Medias la variable influencia de la publicidad (postest/seguimiento a seis meses) y condición.

Al analizar las mediciones postest y seguimiento a seis meses del factor preocupación por el peso y la comida, no se reportan diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.01$, $p=0.75$, $f^2=0.001$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.28$, $p=0.75$, $f^2=0.005$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.55$, $p=0.22$, $f^2=0.03$, tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que el tamaño de la muestra no parece haber incidido sobre los resultados encontrados.

En relación con el factor de riesgo conducta alimentaria compulsiva, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=1.23$, $p=0.30$, $f^2=0.02$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.52$, $p=0.60$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se interpretan como pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados. El efecto tiempo fue marginalmente significativo $F(1,115)=3.23$, $p=0.07$. Se puede notar en la figura 6.2.28 que los tres grupos disminuyen el

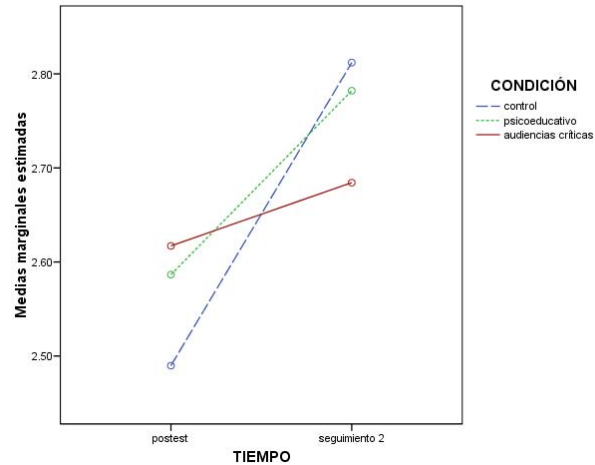
nivel de riesgo de la medición posttest al seguimiento a seis meses. Estas reducciones de riesgo son más marcadas en los grupos experimentales, mostrando el grupo audiencias críticas el nivel más bajo de los tres grupos en la medición a seis meses.



Grupo	Media (DE) Posttest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	1.55 (0.31)	1.52 (0.55)
Psicoeducativo	1.51 (0.37)	1.39 (0.22)
Audiencias críticas	1.51 (0.36)	1.37 (0.35)

Figura 6.2.28 Medias la variable conducta alimentaria compulsiva (posttest/seguimiento a seis meses) y condición.

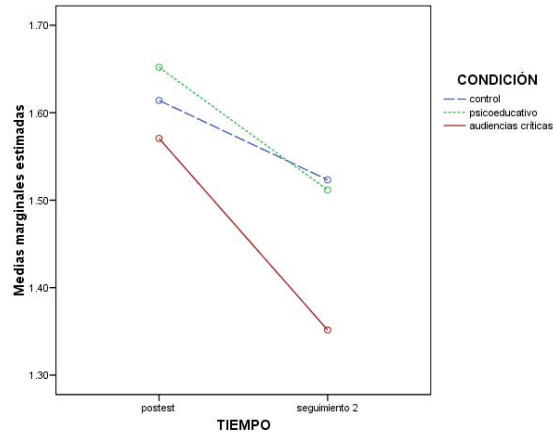
Referente a la variable conducta alimentaria normal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=0.03$, $p=0.97$, $f^2=0.001$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.88$, $p=0.42$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no parece haber incidido en los resultados encontrados. El efecto tiempo fue estadísticamente significativo $F(1,115)=7.83$, $p=0.006$. Se puede notar en la figura 6.2.29 que los tres grupos aumentan el nivel de prácticas alimentarias saludables del posttest al seguimiento a seis meses.



Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	2.49 (0.60)	2.81 (0.84)
Psicoeducativo	2.59 (0.77)	2.78 (0.95)
Audiencias críticas	2.62 (0.78)	2.68 (0.70)

Figura 6.2.29 Medias la variable conducta alimentaria normal (postest/seguimiento a seis meses) y condición.

Respecto al factor dieta crónica y restringida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto condición $F(1,115)=0.75$, $p=0.48$, $f^2=0.01$ ni en la interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.61$, $p=0.54$, $f^2=0.01$. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que se puede decir que el tamaño de la muestra no influyó en los resultados. El efecto tiempo fue estadísticamente significativo $F(1,115)=7.78$, $p=0.006$. Se puede notar en la figura 6.2.30 que los tres grupos disminuyen el riesgo en este factor del postest al seguimiento 2 (a seis meses). El grupo audiencias críticas muestra el nivel de riesgo más bajo en ambas mediciones y la mayor reducción del postest al seguimiento 2.



Grupo	Media (DE) Postest	Media (DE) Seguimiento 2
Control	1.61 (0.53)	1.52 (0.60)
Psicoeducativo	1.65 (0.50)	1.51 (0.54)
Audiencias críticas	1.57 (0.46)	1.35 (0.25)

Figura 6.2.30 Medias la variable dieta crónica y restringida (postest/seguimiento a seis meses) y condición.

En relación con las variables asociadas con recepción crítica, en el gusto por la publicidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=0.21$, $p=0.65$, $f^2=0.002$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.76$, $p=0.47$, $f^2=0.01$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.45$, $p=0.64$, $f^2=0.01$, tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se pueden interpretar como pequeños, por lo que el tamaño de la muestra no parece haber sido un factor que incidiera sobre los resultados.

Respecto a la confianza en la publicidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.09$, $p=0.30$, $f^2=0.01$, ni en el efecto condición $F(1,115)=1.21$, $p=0.30$, $f^2=0.02$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=2.03$, $p=0.14$, $f^2=0.03$, tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se consideran pequeños, por lo que el tamaño de la muestra no parece haber incidido sobre los resultados encontrados.

Por otra parte, al analizar la variable interés en la publicidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=2.81$, $p=0.09$, $f^2=0.02$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.17$, $p=0.85$, $f^2=0.003$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=0.12$, $p=0.88$, $f^2=0.002$, tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del

efecto encontrados se pueden clasificar como pequeños, es decir, el tamaño de la muestra no parece haber incidido sobre los efectos observados.

Finalmente, referente a la lectura de mensajes en la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo $F(1,115)=1.22$, $p=0.27$, $f^2=0.01$, ni en el efecto condición $F(1,115)=0.40$, $p=0.67$, $f^2=0.01$. La interacción tiempo X condición $F(2,115)=1.96$, $p=0.14$, $f^2=0.03$, tampoco fue estadísticamente significativa. Los tamaños del efecto encontrados se interpretan como pequeños, por lo que el tamaño de la muestra no parece haber sido un factor determinante sobre los resultados encontrados.

- Significancia clínica.

La significancia clínica se refiere a la habilidad de encontrar estándares de eficacia propuestos por consumidores, clínicos e investigadores (Jacobson & Truax, 1991). Jacobson, Follette y Revenstorf (1984) señalan que el cambio clínicamente significativo está relacionado con el regreso al funcionamiento normal. De acuerdo con estos autores, existen tres formas de operacionalizar este proceso:

- a) El nivel subsecuente a la intervención deberá caer fuera del rango de la población disfuncional, donde el rango está definido más allá de dos desviaciones estándar (en dirección de la funcionalidad) de la media para esa población.
- b) El nivel de funcionamiento subsecuente a la intervención deberá caer en el rango de la población normal o funcional, donde el rango está definido como dentro de dos desviaciones estándar de la media poblacional.
- c) El nivel de funcionamiento subsecuente a la intervención ubica al cliente más cercano a la media de la población funcional que a la media de la población no funcional.

Con el propósito de identificar la significancia clínica de los resultados debidos a los programas de prevención, se obtuvieron los puntos de corte para determinar si las participantes modificaron su estatus de riesgo inicial. Se considera en este estudio el término riesgo y no nivel funcional o disfuncional debido a que las intervenciones fueron preventivas y no se trabajó con población clínica, sino general o comunitaria.

Se trabajó con el criterio C antes mencionado. En la tabla 6.2.14 se muestran los puntos de corte obtenidos para cada una de los factores de riesgo para trastorno alimentario, principales variables de interés de este estudio.

Tabla 6.2.14

Puntos de corte de acuerdo con el criterio C (Jacobson et al., 1984) para los factores de riesgo para TCA.

<i>Factor de riesgo</i>	<i>Punto de corte</i>
Figura ideal	3.17*
Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal	0.47
Influencia de la publicidad	1.51
Dieta crónica y restringida	1.32
Preocupación por el peso y la comida	1.52
Conducta alimentaria compulsiva	1.44
Conducta alimentaria normal	2.54*

$$C = \frac{s_0 M_1 + s_1 M_0}{s_0 + s_1}$$

Donde:

M_1 = Media pretest de los grupos experimental y control.

M_2 = Media del grupo experimental al postest.

s_1, s_0 = desviación estándar del grupo control, población normal y grupo experimental en el pretest.

s_2 = desviación estándar del grupo experimental al postest.

FIGURA IDEAL. En la figura 6.2.31 se puede apreciar que las participantes del grupo control presentaron el porcentaje de riesgo más alto en la evaluación pretest (77%). El grupo psicoeducativo mostró en todas las mediciones los porcentajes más bajos (46%, 50% y 57%, respectivamente) en comparación con los grupos control y audiencias críticas. El grupo audiencias críticas también mostró reducción del porcentaje de participantes en riesgo al término (61%) y al seguimiento a tres meses (58%), aunque no en el seguimiento a seis meses (81%).

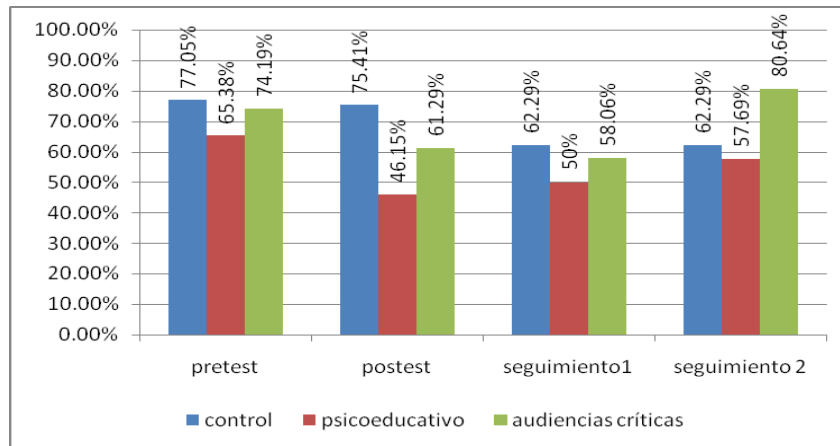


Figura 6.2.31 Distribución porcentual del riesgo de la variable figura ideal de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

Al analizar las medias grupales, se puede observar en la figura 6.2.31a que en la medición de línea base, los tres grupos se encontraban en la categoría de riesgo al caer por debajo del punto de corte ($c=3.17$). En la medición posttest, los grupos experimentales se ubicaron fuera de riesgo, en contraste con el grupo control. En el primer seguimiento, se observa que los tres grupos se encuentran fuera de riesgo. En el seguimiento a seis meses, los grupos psicoeducativo y control se mantienen fuera de riesgo.

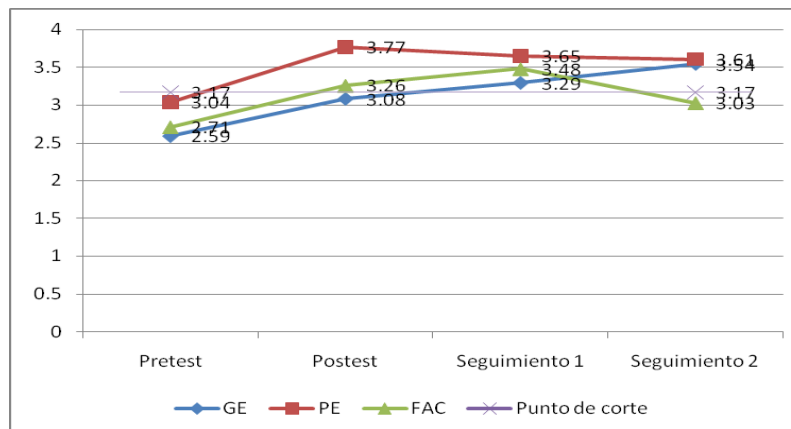


Figura 6.2.31a Medias de la variable figura ideal (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. puntos de corte de significancia clínica por grupo.

SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON IMAGEN CORPORAL. Como puede observarse en la figura 6.2.32, el 100% de las participantes del grupo audiencias críticas se encontraban en riesgo de acuerdo con el punto de corte. En este grupo, se presentó una reducción de riesgo consistente a lo largo de las mediciones realizadas al postest y los seguimientos (tres y seis meses). El grupo psicoeducativo mostró el porcentaje más bajo (58%) en el postest, aunque aumentó ligeramente en los seguimientos, se mantuvo por debajo del porcentaje basal.

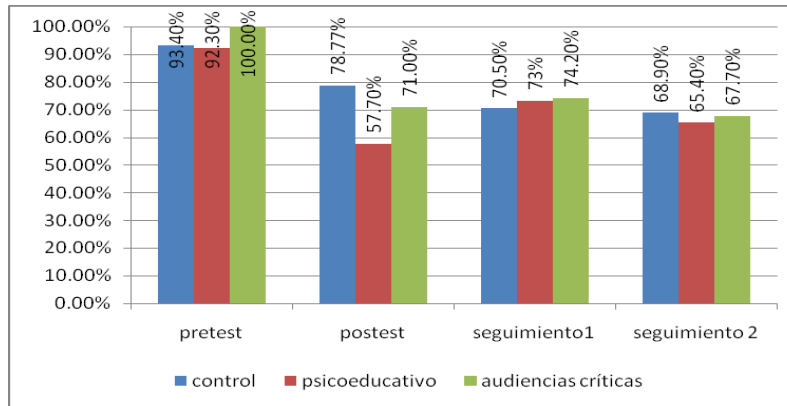


Figura 6.2.32 Distribución porcentual del riesgo de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

Como puede apreciarse en la figura 6.2.32a, todos los grupos se ubicaron en la línea base por arriba del punto de corte de significancia clínica ($c=0.47$), es decir, los tres grupos se encontraban en riesgo. No se observan cambios en la categoría de riesgo en las subsecuentes mediciones para ninguno de los grupos. Sin embargo, en el seguimiento a seis meses, el grupo audiencias críticas presenta el menor nivel de riesgo al acercarse más al punto de corte en comparación con los otros grupos.

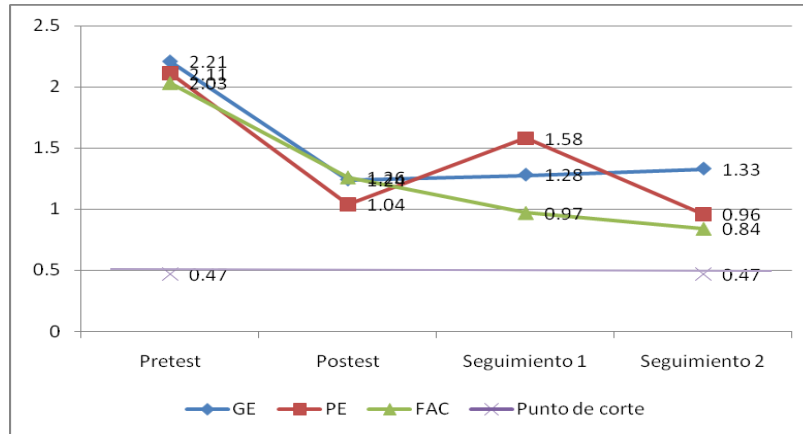


Figura 6.2.32a Medias variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD. En la figura 6.2.33 se puede notar que los porcentajes iniciales de riesgo en los tres grupos fueron similares (grupo control=60%; psicoeducativo 58%=psicoeducativo; y 55%=audiencias críticas). Asimismo, se presentó una reducción del porcentaje de participantes en riesgo en el grupo psicoeducativo a lo largo de las mediciones subsecuentes, siendo el grupo que mostró los porcentajes más bajos en comparación con los otros grupos. Llama la atención la reducción de riesgo mostrada en el seguimiento a seis meses en los tres grupos.

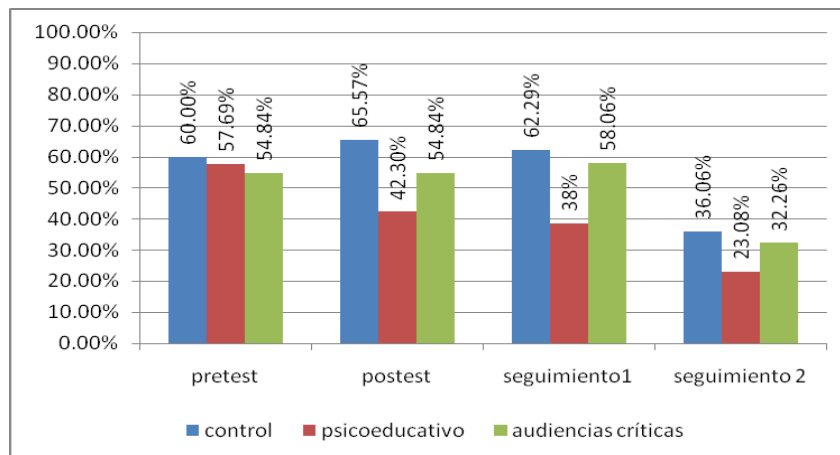


Figura 6.2.33 Distribución porcentual del riesgo de la variable influencia de la publicidad de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

Respecto al análisis grupal considerando el punto de corte de significancia clínica ($c=1.51$), se nota en la figura 6.2.33a que los tres grupos se ubicaron en riesgo en la medición de línea base. No se observaron cambios en los grupos audiencias críticas y control en las mediciones subsecuentes. Sin embargo, se observa un cambio en dirección a la categoría “sin riesgo” en el grupo psicoeducativo en el seguimiento de tres meses, cuya tendencia de reducción de riesgo se mantiene en el segundo seguimiento.

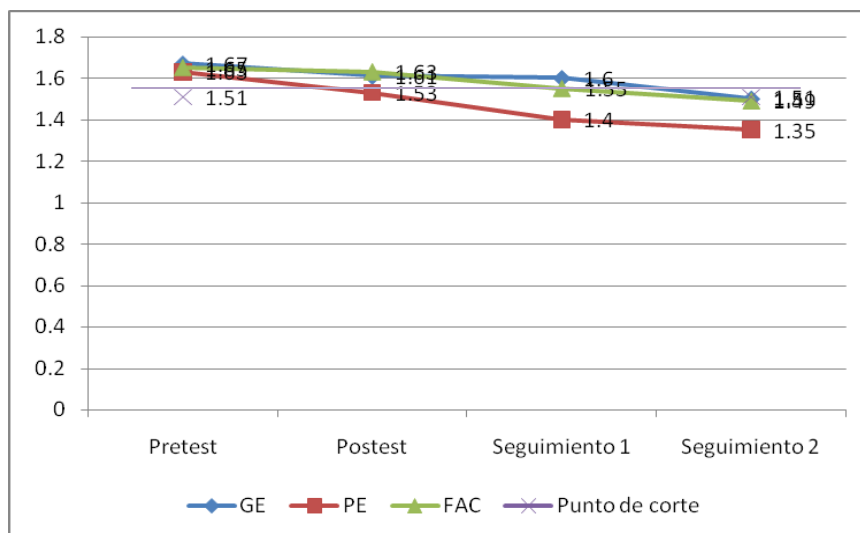


Figura 6.2.33a Medias de la variable influencia de la publicidad (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

DIETA CRÓNICA Y RESTRINGIDA. En relación con este factor de riesgo, el grupo audiencias críticas mostró el porcentaje más bajo de riesgo en la evaluación pretest (27%) y el grupo psicoeducativo el más alto (65%). En el grupo psicoeducativo se observan reducciones de los porcentajes de riesgo en las mediciones de seguimiento (54% y 61%, respectivamente). El grupo audiencias críticas mostró aumentos en los porcentajes de riesgo en el posttest (58%), seguimiento a tres meses (52%) y seis meses (55%; ver figura 6.2.34).

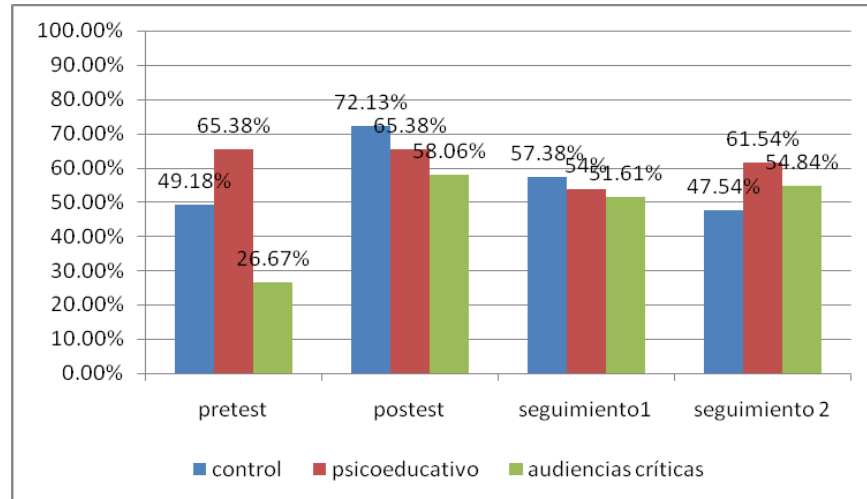


Figura 6.2.34 Distribución porcentual del riesgo del factor dieta crónica y restringida de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

En la figura 6.2.34a se puede apreciar que los grupos psicoeducativo y control se ubicaron en riesgo en la medición de línea base ($c=1.32$). En la medición posttest se observa un incremento de riesgo para todos los grupos del estudio. Sin embargo, se reduce el riesgo en el seguimiento a tres meses en todos los grupos, ubicándose el grupo audiencias críticas en el punto de corte.

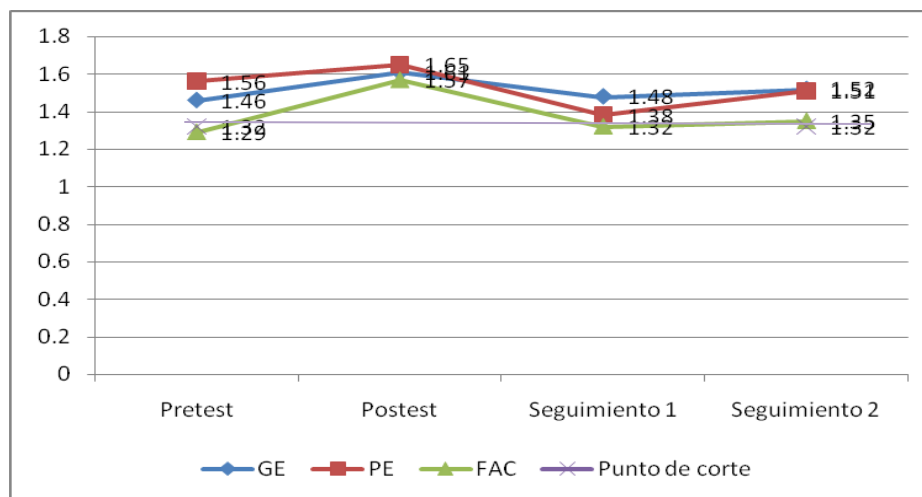


Figura 6.2.34a Medias del factor dieta crónica y restringida (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA. Como se puede observar en la figura 6.2.35, el grupo control (en lista de espera) mostró el porcentaje inicial más alto en este factor. El grupo psicoeducativo mostró una reducción importante del porcentaje de participantes en riesgo en la medición de seguimiento a tres meses (46%) que no se mantuvo en la evaluación a seis meses (54%). En el grupo audiencias críticas se encontró una disminución del porcentaje de riesgo en la medición post-intervención (58%), que no se mantiene en los seguimientos (68% y 61%, respectivamente).

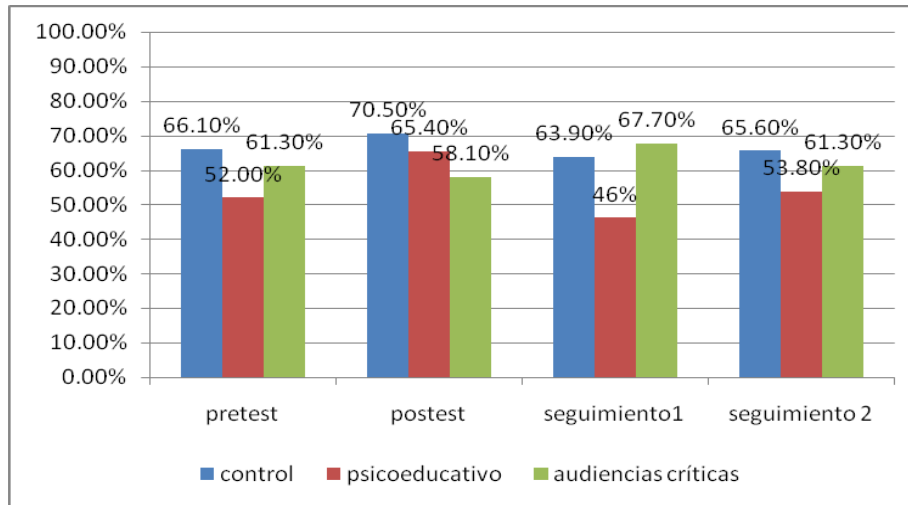


Figura 6.2.35 Distribución porcentual del riesgo del factor preocupación por el peso y la comida de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

Al contrastar el punto de corte de significancia clínica ($c=1.52$) con las medias grupales, se observa que todos los grupos se encontraban en riesgo en la medición pretest. En el seguimiento a tres meses, se observa una reducción de riesgo importante en el grupo psicoeducativo, ubicándose muy cerca del punto de corte. En el seguimiento a seis meses, se observa que los grupos experimentales se encuentran con menor nivel de riesgo en comparación con el grupo control.

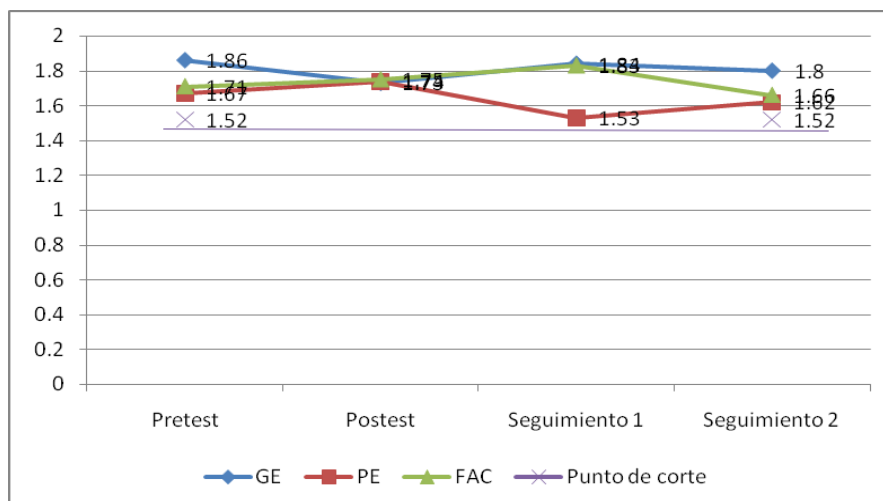


Figura 6.2.35a Medias del factor preocupación por el peso y la comida (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA. Se puede apreciar en la figura 6.2.36 que se presenta un patrón similar de aumento en los porcentajes de riesgo de los tres grupos: un aumento importante en la medición posttest, reducción del porcentaje de participantes en riesgo en el seguimiento a tres meses, que se mantiene por encima de los valores basales y nuevamente una reducción del porcentaje de riesgo en el seguimiento a seis meses.

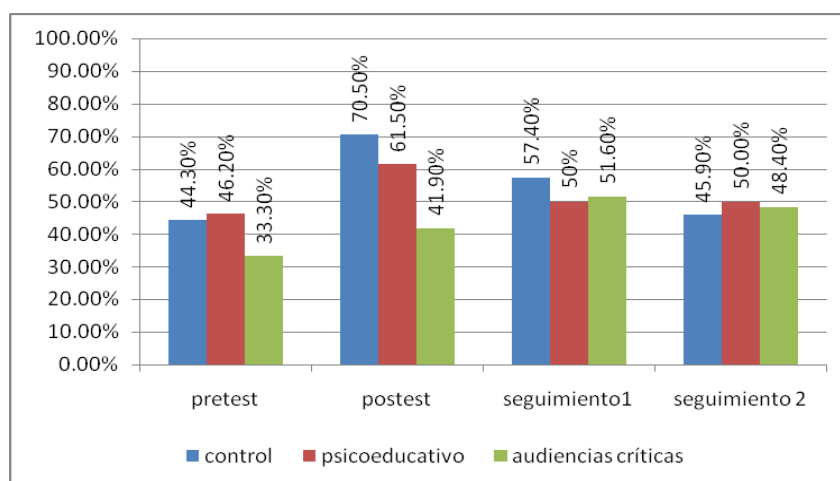


Figura 6.2.36 Distribución porcentual del riesgo del factor conducta alimentaria compulsiva de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

Como puede apreciarse en la figura 6.2.36a, los grupos psicoeducativo y control se encontraban en riesgo en la medición pretest, de acuerdo con el punto de corte ($c=1.44$). En la evaluación postest, todos los grupos se ubicaron en la categoría de riesgo. Sin embargo, en el seguimiento a tres meses, el grupo psicoeducativo se encontró por debajo del punto de corte, es decir, sin riesgo y se mantuvo así en el seguimiento a seis meses. Asimismo, el grupo audiencias críticas se mostró nuevamente sin riesgo en el seguimiento a seis meses. Cabe resaltar que en el segundo seguimiento únicamente los grupos experimentales se ubicaron sin riesgo.

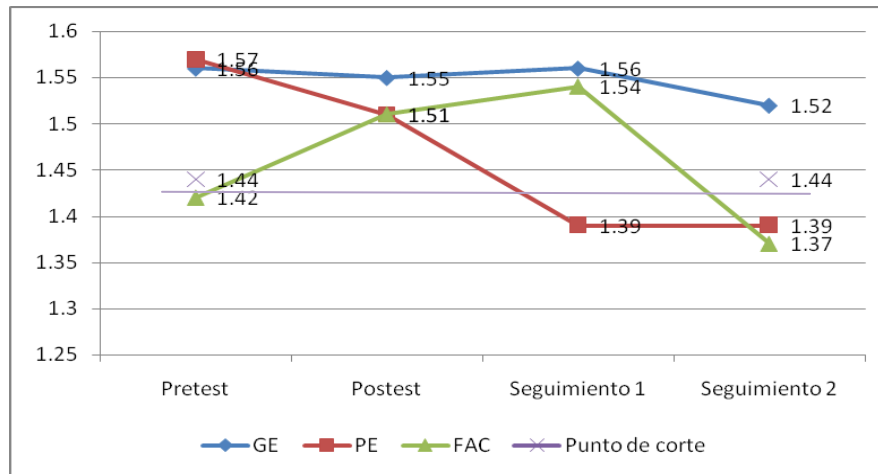


Figura 6.2.36a Medias del factor conducta alimentaria compulsiva (pretest, postest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL. En la figura 6.2.37 se puede notar que el grupo audiencias críticas mostró el porcentaje más alto de participantes en riesgo (87%). En este grupo se muestran reducciones de riesgo en las evaluaciones postest (81%) y seguimiento a tres meses (77%). Aunque se presenta un aumento en el seguimiento a seis meses (84%), este porcentaje se encuentra por debajo del inicial. En el grupo psicoeducativo, se observó una disminución del porcentaje de riesgo en el seguimiento a seis meses (73%).

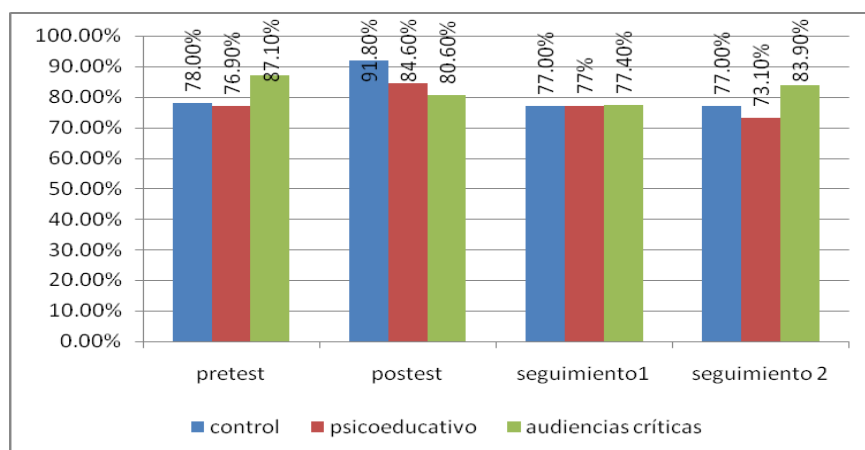


Figura 6.2.37 Distribución porcentual del riesgo del factor conducta alimentaria normal de acuerdo con los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

Como puede apreciarse en la figura 6.2.37a, los tres grupos se ubicaron por encima del punto de corte ($c=2.54$) en la línea base, es decir, se encontraban sin riesgo. En el posttest, únicamente los grupos experimentales se encontraban sin riesgo. En los seguimientos a tres y seis meses, nuevamente los tres grupos se mostraron sin riesgo.

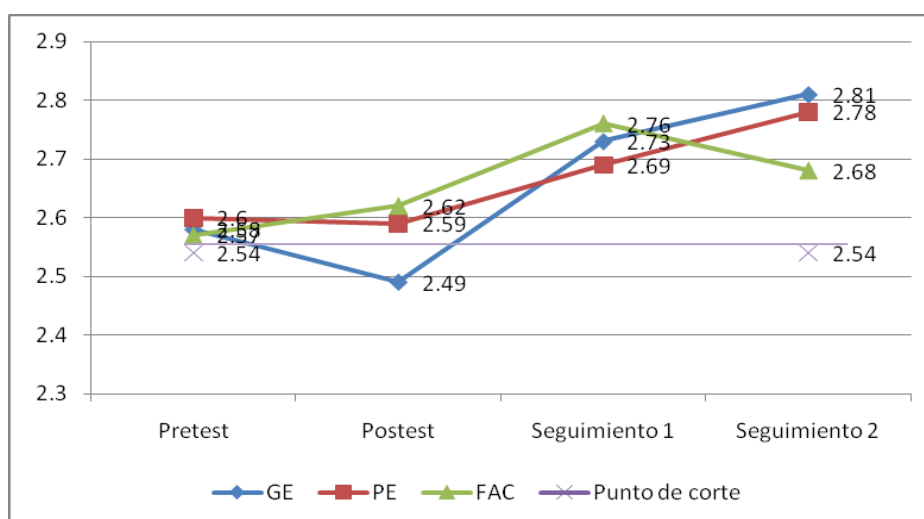


Figura 6.2.37a Medias del factor conducta alimentaria normal (pretest, posttest, seguimiento 1 y 2) vs. los puntos de corte de significancia clínica por grupo.

h) Discusión.

El propósito de la presente investigación fue evaluar los efectos de dos programas de prevención de trastornos alimentarios en adolescentes mexicanas respecto a sus efectos en algunos de los principales factores de riesgo. En este estudio, la muestra final estuvo formada por N=118 participantes mujeres estudiantes del primer y segundo grados de secundaria de una escuela pública del Distrito Federal. Se asignó al azar a las participantes a cada una de las condiciones de investigación. Las submuestras quedaron formadas de la siguiente manera: 31 participantes en el grupo audiencias críticas, 26 participantes en el grupo psicoeducativo y 61 adolescentes en el grupo control (en lista de espera).

Se ha reportado que las mujeres que muestran insatisfacción corporal se ven afectadas de una manera muy importante por su exposición a los medios y que los programas preventivos deben encaminarse a enseñar a las mujeres con insatisfacción corporal a tener una visión más realista de los medios y de las mujeres que se presentan en ellos (Pinhas et al., 1999).

Es importante resaltar que respecto al factor de riesgo conocido como interiorización de la figura ideal, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo, es decir, todos los grupos mostraron al término de las intervenciones y en los dos seguimientos (tres y seis meses) mostraron un incremento en la elección de figuras corporales más gruesas como ideal corporal. Sin embargo, no se encontraron diferencias por condición ni interacción tiempo X condición. Se encontró una tendencia por condición en la evaluación posttest, pero no se mantuvo en el tiempo. Cuando se analizó la significancia clínica en esta variable, se encontró que el grupo psicoeducativo mostró el porcentaje de riesgo más bajo de los tres grupos en las evaluaciones posttest y seguimientos a tres y seis meses, siempre por debajo del porcentaje observado en el pretest. Estos resultados, inesperados, difieren con lo planteado por Austin (2000) y Stice y colaboradores (2007) respecto a que los formatos didácticos tienen menor impacto en la reducción de riesgo en comparación con estrategias interactivas.

Se observó un efecto similar en la variable satisfacción insatisfacción con imagen corporal. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el efecto tiempo, es decir, todos los grupos mostraron al término de las intervenciones una reducción en la insatisfacción corporal que se mantuvo en los dos seguimientos. Sin embargo, no se encontraron diferencias por condición ni interacción tiempo X condición. Estos resultados son

congruentes con lo reportado por McVey y Davis (2002), quienes encontraron únicamente tendencias hacia el aumento en la satisfacción corporal. Cabe mencionar que el grupo audiencias críticas mostró el menor nivel de insatisfacción en la última evaluación (seguimiento a seis meses). Respecto a la significancia clínica, el grupo psicoeducativo mostró los porcentajes de riesgo más bajos en el posttest y fue ligeramente menor en el seguimiento a seis meses. En el grupo audiencias críticas, se mostraron reducciones de los porcentajes de las participantes en riesgo en el posttest y ambos seguimientos, mostrándose el valor más bajo en el seguimiento a seis meses dentro de ese grupo.

En relación con la variable influencia de la publicidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al término de los programas de prevención en los efectos tiempo y condición ni en la interacción tiempo X condición. Sin embargo, se presentaron cambios estadísticamente significativos en los seguimientos respecto al efecto tiempo. Las reducciones más marcadas se presentaron en el grupo psicoeducativo, lo cual coincide con el análisis de la significancia clínica. Este resultado difiere con lo planteado por Austin (2000) y por Stice et al. (2007) quienes señalan que los formatos psicoeducativos son poco eficaces en la reducción de factores de riesgo.

En el análisis del factor preocupación por el peso y la comida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al término de los programas de prevención en los efectos tiempo y condición ni en la interacción tiempo X condición. Estos resultados coinciden con lo encontrados en la literatura internacional (Kussel, 1999; McVey & Davis, 2002; Wade et al., 2003). Sin embargo, se observó una interacción tiempo X condición estadísticamente significativa en la comparación posttest-seguimiento a tres meses, que indicó que el grupo psicoeducativo difirió de las demás condiciones experimentales al mostrar una reducción marcada de riesgo. Con respecto al análisis de significancia clínica para el grupo audiencias críticas mostró una reducción del porcentaje de participantes en riesgo que no se mantuvo en los seguimientos. En el grupo psicoeducativo, se presentó una reducción del porcentaje de adolescentes en riesgo en el seguimiento a tres meses, que no se mantuvo al seguimiento a seis meses.

Respecto al factor conducta alimentaria compulsiva, se encontraron diferencias marginales en el efecto tiempo para la comparación posttest-seguimiento a seis meses que indicaron reducciones de riesgo en los grupos psicoeducativo y audiencias críticas, siendo estas

disminuciones de riesgo más marcadas en el grupo audiencias críticas. Asimismo, el análisis de significancia clínica no indicó cambios en dirección hacia la reducción de riesgo en ninguno de los grupos. Estos resultados son objeto de discusión de acuerdo con lo planteado por Stice et al. (2007) respecto a que los estudios que contienen estrategias de cambio de actitud, como la disonancia cognoscitiva (Stice et al., 2000; Stice, Chase, et al., 2001) son más eficaces. En el presente estudio, el programa audiencias críticas contemplaba una actividad que estaba vinculada con la producción de disonancia cognoscitiva, es decir, realizar comerciales que promovían la imagen corporal positiva, la alimentación saludable y la diversidad corporal. Aunque la elección de una de estas temáticas fue libre por parte de las participantes.

Por otra parte, en relación con el factor conducta alimentaria normal, se observaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en el efecto tiempo en las mediciones de seguimiento a tres y seis meses. Las reducciones de riesgo estuvieron presentes en todas las condiciones. Para el grupo FAC, la reducción más evidentemente mayor respecto al resto de los grupos fue en el seguimiento a tres meses. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo en la comparación posttest-seguimientos a tres y seis meses. Se encontraron reducciones de riesgo clínicamente significativas en el grupo psicoeducativo en el seguimiento a seis meses, y en el grupo audiencias críticas en las evaluaciones post-intervención, seguimientos a tres y a seis meses. Cabe mencionar que no se han reportado estudios en los que se considere esta variable como indicador de los efectos producidos de un programa de prevención, lo que implica una aportación importante de esta investigación.

Al hacer referencia a la variable dieta crónica y restringida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo en las comparaciones pretest-posttest, posttest-seguimiento a tres meses y posttest-seguimiento a seis meses. En la primera comparación, se observó un aumento de riesgo en los tres grupos, sin embargo, fue el grupo audiencias críticas el que mostró el nivel de riesgo más bajo. En las comparaciones a partir del posttest, todos los grupos redujeron sus niveles de riesgo, siendo más marcada la reducción en el grupo audiencias críticas.

En cuanto a las dimensiones relacionadas con la recepción crítica, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable gusto por la publicidad ni lectura de mensajes en la publicidad. Algunos autores plantean que es necesario incluir dentro de la

currícula escolar materias relacionadas con la alfabetización en medios, ya que estas habilidades deben desarrollarse desde la etapa escolar.

En cambio, respecto a la variable confianza en la publicidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo y en la interacción tiempo X condición al posttest. En este caso, la mayor adquisición de la habilidad en recepción crítica fue mostrada por el grupo psicoeducativo. Los cambios significativos en el efecto tiempo se mantuvieron presentes en ambos seguimientos, aunque no sucedió así para la interacción. Sin embargo, se encontró una interacción estadísticamente significativa en la comparación posttest-seguimiento a tres meses. En este caso, se mostró una disminución de recepción crítica en el grupo psicoeducativo, en contraste con los aumentos en los grupos audiencias críticas y control. El grupo audiencias críticas mostró el nivel más alto en este momento.

Finalmente, respecto a la variable interés en la publicidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto tiempo al seguimiento a tres meses, en las comparaciones pretest-seguimiento 1 y posttest-seguimiento1. Sin embargo, a pesar de que el incremento en la habilidad en recepción crítica se presentó en todos los grupos, el grupo audiencias críticas fue el que mostró un mayor nivel en ambos seguimientos (tres y seis meses).

Es importante mencionar que la información referente a las habilidades de recepción crítica es una de las principales aportaciones, ya que no se había considerado realizar mediciones de este concepto en la evaluación de programas de prevención basados en la formación de audiencias críticas (o *media literacy*).

Dado lo anterior, se concluye que:

- No se encontró evidencia estadística de mayor eficacia de alguna de las intervenciones en la reducción de factores de riesgo.
- El grupo psicoeducativo mostró una mayor reducción de riesgo en la variable influencia de la publicidad y una mayor habilidad en recepción crítica en el factor confianza en la publicidad, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.
- El grupo audiencias críticas mostró un mayor incremento en la conducta alimentaria normal al primer seguimiento.

Es importante destacar que el grupo control presentó reducciones de riesgo inesperadas. Al no recibir ninguna de las intervenciones, se esperaba que los índices para cada factor de riesgo permanecieran constantes. Este hecho resalta la consideración de factores ambientales que no pudieron ser controlados en este estudio. A la par que las intervenciones fueron administradas, se dio a nivel mediático una mayor información sobre la etiología y síntomas de los trastornos alimentarios, al darse la noticia del fallecimiento de varias modelos brasileñas a causa de estos desórdenes. Asimismo, en las telenovelas reportadas como vistas con mayor frecuencia por parte de las participantes (*Rebelde* y *Amor en Custodia*) se trataba también el tema, aunque la información no fue exhaustiva. Dichas telenovelas tuvieron un gran éxito a nivel nacional, el cual pudo reflejarse en la duración de su transmisión al aire. Es necesario mencionar que en el caso particular de la telenovela “*Rebelde*”, dirigida a público juvenil se promovían estereotipos de belleza asociados a la delgadez, principalmente en una de sus protagonistas. Sin embargo, también uno de los roles protagónicos de “*Amor en custodia*” presentaba una imagen corporal delgada.

Otra posible explicación a las reducciones de riesgo en el grupo control puede darse a partir del concepto de “efecto de contaminación” (Neumark-Sztainer, Butler & Palti, 1995; Levine & Smolak, 2000; Raich, et al., 2007), debido a que las participantes de las distintas condiciones experimentales pertenecían a la misma escuela y posiblemente las chicas de los grupos experimentales transmitieron la información que adquirieron en las intervenciones a las adolescentes del grupo control. Las participantes de las intervenciones reportaron que los programas fueron muy llamativos y las adolescentes tenían amigas, dentro de este grupo, que no se encontraban seleccionadas para asistir a ellos, por lo que se considera muy probable esta explicación.

Además, es importante señalar que es posible explicar la ausencia de efectos más grandes producidos por las intervenciones a partir de lo planteado por Stice et al. (2007) respecto a la edad de las participantes. En un meta-análisis realizado por los autores antes mencionados, se encontró que las participantes menores a 15 años, tendían a mostrar menores reducciones de riesgo en comparación con chicas mayores, denominando este fenómeno como “efecto de suelo” (Raich et al., 2007), es decir, las adolescentes más jóvenes pueden tener niveles de riesgo más bajos por lo que esto puede presentar una dificultad en los efectos de las intervenciones.

Asimismo, a partir de las conclusiones derivadas de este estudio, se considera necesario analizar la utilidad de cada uno de los componentes de las intervenciones a fin de realizar mayores aportaciones en el campo de la prevención.

6.1 TERCERA ETAPA

a) Objetivo.

Elaborar un modelo teórico de prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria a partir de los resultados y conclusiones derivados de las etapas previas de la presente investigación.

b) Justificación.

Haciendo referencia específica a los resultados del proceso de investigación que aquí se han discutido puede decirse que tanto en los estudios piloto como en el estudio final, se encontraron cambios favorables en las variables figura ideal y satisfacción-insatisfacción con imagen corporal. A pesar de que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre condiciones, se considera que la reducción del riesgo en ambas variables es importante debido a que éstas se encuentran en la etapa temprana de la cadena causal de los trastornos alimentarios (Stice, 2001; Stice et al., 1996; Levine & Smolak, 2000).

Asimismo, se encontraron elementos interesantes para las variables preocupación por el peso y la comida y conducta alimentaria normal. Nuevamente, se considera que las modificaciones derivadas de la participación en las intervenciones es un indicador potencial de un cambio dirigido a la prevención.

Considerando que estos resultados se produjeron en una condición de un nivel bajo de riesgo como fue el caso de las participantes de este estudio, nos permite sugerir la idea de probar las ventajas de promover estilos de vida saludables en lugar de establecer un mayor nivel de alerta sobre los comportamientos de riesgo.

c) Propuesta del Modelo de Prevención de TCA.

Derivado del análisis de los resultados descritos previamente y de los hallazgos reportados en la literatura nacional e internacional, se propone un modelo preventivo dirigido a mujeres adolescentes tempranas.

Para ello, es importante describir las etapas que se deben considerar a fin de probar su eficacia: detección de la población en riesgo, instrumentación de la intervención, evaluación del programa de prevención, reforzamiento de los efectos positivos producidos.

- *Detección de la población en riesgo.*

Respecto a la detección de la población en riesgo, en distintas investigaciones se ha encontrado que el riesgo de padecer un trastorno alimentario se incrementa a partir de los 15 años (Stice et al., 2007). En México, los estudios realizados hasta el momento indican una menor frecuencia en la aparición de trastornos alimentarios en comparación con países como Estados Unidos y Canadá, entre otros (Gómez Peresmitré, 2001). Sin embargo, se han detectado factores de riesgo desde edades muy tempranas: por ejemplo, la prevalencia de insatisfacción corporal, preocupación por el peso corporal y dieta restringida en niñas de 6 a 9 años se distribuye dentro de un rango del 42% al 64%. Asimismo, se ha confirmado, como varios investigadores han reportado (Gómez-peresmitré & Ávila, 1998; Hill, Rogers & Blundell, 1989) que la edad pico de la aparición de los factores de riesgo es a los 11 años (Gómez-Peresmitré, Alvarado et al., 2001). Estas condiciones de nuestra realidad de riesgo en trastornos alimentarios señalan que los esfuerzos preventivos deberán dirigirse a la adolescencia temprana, a fin de evitar el establecimiento (*onset*) de los TCA (15 años) junto con la probabilidad de aparición de la cronicidad de los mismos. Se recomienda intervenir principalmente en mujeres, ya que son el grupo que muestra un mayor nivel de riesgo (Gómez Peresmitré, 2001; Stice et al., 2007). Asimismo, se propone que como criterios de selección se consideren, preocupación por el peso corporal, elección de figuras corporales muy delgadas como ideal corporal, insatisfacción positiva de la imagen corporal (querer ser más delgadas) y seguimiento de dieta restringida.

Por otra parte, la evaluación de línea base deberá explorar los siguientes aspectos: factores de riesgo asociados con imagen corporal, factores de riesgo asociados con conducta alimentaria, hábitos de alimentación, indicadores de estado de ánimo (depresión, estrés y ansiedad) y factores socioculturales (familia, pares y medios de comunicación).

Cabe mencionar que de acuerdo con el meta-análisis realizado por Stice et al. (2007) hay varios elementos que se recomienda conservar de los estudios previamente descritos en esta investigación.

En primer lugar, es importante mencionar que la estrategia de este nuevo programa de prevención será de tipo activo y vivencial, es decir, las participantes realizarán role-playing, ejercicios, etc., a fin de asegurar un alto grado de participación de las mismas.

En segundo lugar, las facilitadoras serán psicólogas y nutriólogas entrenadas especialmente para la aplicación del programa de prevención. Se ha demostrado que se obtienen mejores resultados en comparación con otro tipo de facilitadores (por ejemplo, profesores).

Finalmente, cabe recordar que es necesaria la réplica de los estudios de evaluación de intervenciones a fin de poder generalizar los resultados observados en ellos y aportar mayor información en este campo.

- *Instrumentación del programa de prevención.*

MODELO DE PREVENCIÓN: COMPONENTES Y ESTRATEGIAS. El modelo de prevención se encuentra constituido por los siguientes componentes y estrategias:

- 1) *Imagen y promoción de la diversidad corporal.* Debido a los resultados limitados de la estrategia de activismo encontrados en la presente investigación, se hace la propuesta de incluir un componente basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva, de esta forma, se buscará reducir los problemas de la imagen corporal, por ejemplo, la interiorización del ideal corporal delgado (Pineda & Gómez Peresmitré, 2006; Stice et al., 2000; Stice, Chase, et al., 2001; Stice et al., 2006). Asimismo, se realizarán ejercicios de activismo para promover la diversidad corporal.
- 2) *Desarrollo de habilidades sociales: Resistencia a las presiones socioculturales.* Es

importante que las adolescentes adquieran habilidades que les permitan hacer frente a las presiones provenientes de la familia, los pares y los medios masivos de comunicación (Levine & Smolak, 2000). Este componente se subdividirá en:

- a. Estrategias de afrontamiento a la crítica: entrenamiento en habilidades sociales.
 - b. Exploración de la promoción del ideal corporal en los medios de comunicación: telenovelas, series, videos musicales y publicidad.
 - c. Distinción entre el ideal corporal delgado vs. ideal corporal saludable.
- 3) *Afecto negativo y afrontamiento*. Afrontamiento adecuando al estrés, ansiedad y depresión. El propósito de incluir este componente en la intervención es dotar de herramientas útiles para las adolescentes a fin de que manejen de una manera adaptativa el afecto negativo, el cual se ha encontrado que se relaciona con la presencia de sintomatología bulímica (Stice, 1994; Stice et al., 1996). Este componente se conformará de los siguientes elementos:
- a. Técnicas de relajación: respiración diafragmática e imaginación.
 - b. Ejercicios de autoestima.
- 4) *Alimentación y peso saludables*. Con este componente se busca que las adolescentes cuenten con la información nutricional básica para llevar una alimentación balanceada de acuerdo con sus necesidades actuales. Se ha encontrado que contar con prácticas adecuadas para el manejo del peso puede ser incluso un factor protector (Stice et al., 2006; Stice & Presnell, 2007). Para ello se requieren:
- a. Ejercicios y prácticas para la elaboración del plato saludable.
 - b. Estrategias de automonitoreo de los hábitos de alimentación. Se aplicarán los principios de la modificación de conducta para lograr hábitos alimentarios más adecuados.

- *Evaluación del programa de prevención.*

Para evaluar los efectos producidos por el programa de prevención, se deberá contemplar la aplicación de los instrumentos (mismos que en la línea base) al término del mismo, así como llevar a cabo estudios de seguimiento para observar el mantenimiento o cambio de los efectos a lo largo del tiempo. Los estudios de seguimiento pueden plantearse a mediano y largo plazo a fin de proporcionar mayor información acerca del impacto de la intervención preventiva. Es importante considerar dos tipos de grupos de comparación para obtener información acerca de

la eficacia de la intervención: grupo control de medición únicamente y grupo control con intervención placebo. Esto permitirá controlar de mejor manera la varianza externa.

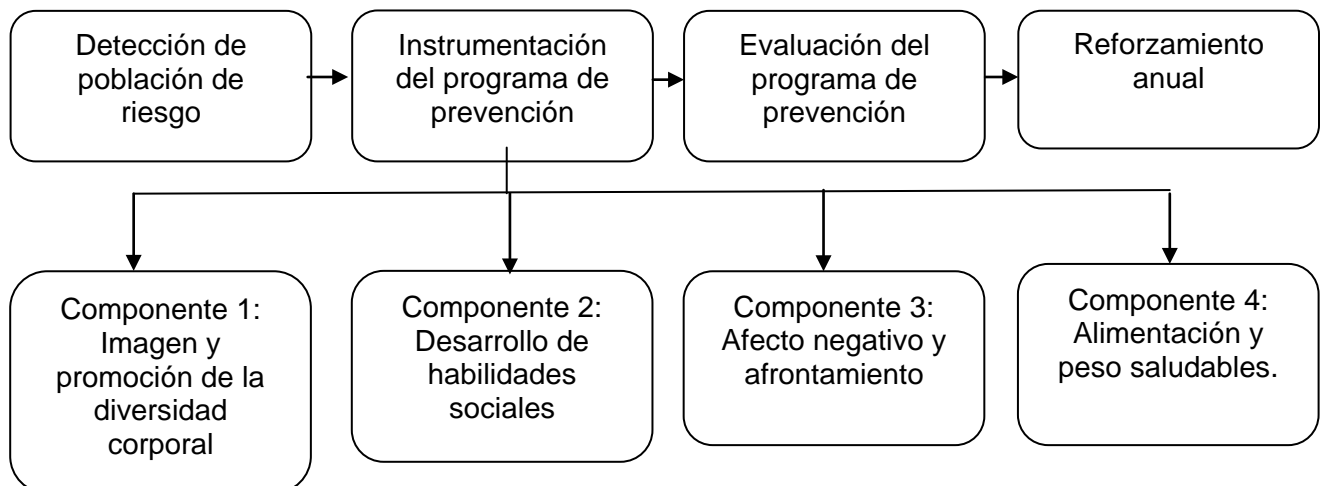
Además de la evaluación a través de instrumentos, es importante considerar la evaluación por parte de las participantes y de los padres de familia acerca de la utilidad y cambios que ellos perciben a partir de la intervención.

- *Reforzamiento anual.*

El propósito de los programas de prevención es evitar la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, o en su caso, reducir la presencia de los factores de riesgo que puedan conducir a ellos. Sin embargo, no es posible negar que la presencia de ciertos factores que no se modifican a través de las intervenciones (por ejemplo, las imágenes de mujeres delgadas que se difunden en los medios de comunicación, la crítica y burla de familiares y pares, etc.) pueden lograr que no se mantengan los efectos positivos de los intentos preventivos.

Por ello, se considera que es importante llevar a cabo sesiones de reforzamiento. Es decir, volver a intervenir fortaleciendo las habilidades adquiridas y las actitudes modificadas para una mejor calidad de vida. Así, una vez al año, después de la aplicación del programa de prevención se puede administrar sesiones breves que sirvan de recordatorio de lo aprendido.

Figura 6.3 Propuesta de modelo de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes tempranas.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

En México, contamos con pocas investigaciones que proporcionen información acerca de la presencia de los trastornos de la alimentación en población adolescente y joven. En un estudio realizado por Unikel y colaboradores (2002) se observó presencia de indicadores clínicos de trastornos alimentarios en adolescentes entre 13 y 18 años. Las mujeres mostraron un mayor promedio de indicadores al compararlas con los varones. Los indicadores aumentaban en función de la edad y del índice de masa corporal. Así, se observó que el 1.5% de los varones y el 2.2% de las mujeres se encontraban en riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación.

Aunque en nuestro país no se reportan índices de estas enfermedades en los niveles en los que se presentan en países como Estados Unidos y Canadá, entre otros, la relevancia de realizar estudios en los que se evalúe la eficacia y utilidad de los programas de prevención de estos trastornos radica, principalmente, en que se caracterizan por el establecimiento de cronicidad y la alta probabilidad de recaídas (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Lewinsohn, Striegel-Moore & Seeley, 2000).

El propósito de la presente investigación fue evaluar la eficacia de dos programas de prevención de trastornos alimentarios (formación de audiencias críticas y psicoeducativo) respecto a la reducción o eliminación de factores de riesgo en mujeres adolescentes. Para ello, fue necesario llevar a cabo estudios previos, por ejemplo, para la obtención de las propiedades psicométricas de los instrumentos de evaluación, así como los estudios piloto de las estrategias que conformarían las versiones finales de los programas de prevención.

En el primer estudio, se construyó y evaluaron las propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar la recepción crítica hacia la publicidad televisiva. Bustos (2001a) menciona que de acuerdo con el concepto de recepción crítica, los individuos juegan un papel activo al ser capaces de analizar y transformar la información que reciben de los medios masivos de comunicación, y por consiguiente, actúan de acuerdo con este proceso. Charles y Orozco (1990) señalan que se busca que los receptores se relacionen de una manera más reflexiva con los medios.

Se obtuvo un instrumento de 18 ítems con un adecuado nivel de consistencia interna y cuatro factores: gusto por la publicidad, confianza en la publicidad, interés en la publicidad y, por último, lectura de mensajes en la publicidad. Sin embargo, se considera que este constructo es difícil de evaluar debido a que los estímulos en los medios son cambiantes, y al mismo tiempo, gozan de constancia en cuanto a su propagación. Las formas en las que los mensajes llegan a las personas son variadas, además de que la forma de apropiación e interpretación de los mismos puede variar de un individuo a otro dependiendo de su historia personal, de su contexto, etc.

Cabe mencionar que no se observaron efectos significativos de la dimensión teórica activismo. Es decir, aquellas manifestaciones conductuales que indican la expresión de opiniones acerca de los mensajes en los medios como resultado de un análisis crítico de los mismos (Bustos, 1998; Levine, 2003). Este hecho indicó un área de oportunidad, es decir, se consideró que era necesario contar con espacios para fomentar el activismo dentro los programas de prevención, tomando en cuenta que distintos autores han señalado que es un elemento importante dentro de la estructura de las intervenciones preventivas (Levine & Smolak, 2000; Stice & Presnell, 2007).

En el estudio dos, el objetivo fue validar el CIMEC “Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal” (Toro et al., 1994) en población mexicana en etapa de la adolescencia temprana. Este instrumento, de origen español evalúa la influencia de agentes y situaciones sociales que propician el modelo estético corporal actual.

Los resultados mostraron una adecuada consistencia interna y una estructura factorial similar, a la versión original del cuestionario con los siguientes factores: malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de los mensajes verbales, influencia de las situaciones sociales e influencia de los modelos sociales.

Llama la atención el hecho de que en una validación previa del instrumento realizada también en población mexicana pero en la etapa de adolescencia media y tardía (Vázquez et al. 2000), el factor influencia de la publicidad explicara el mayor porcentaje de la varianza, situación que no coincide con el estudio original de Toro et al. (1994), ni con el realizado en este estudio.

Esto hace suponer que el interés por actividades y productos adelgazantes en mujeres mexicanas incrementa con la edad.

En relación con el tercer estudio, el objetivo fue desarrollar y someter a estudio piloto dos programas de prevención primaria de trastornos alimentarios, uno de ellos basado en la formación de audiencias críticas hacia la publicidad televisiva y el otro en una estrategia psicoeducativa. Se trabajó con 33 mujeres adolescentes, estudiantes de primero de secundaria de una escuela pública. Se evaluaron los efectos de las intervenciones (10 sesiones de una hora semanal) al término de las mismas y se llevó a cabo un estudio de seguimiento.

En primer lugar, no se encontraron diferencias entre los grupos en la línea base, lo cual indicó que la asignación aleatoria produjo equivalencia entre los mismos. En segundo lugar, la evaluación de los efectos al postest indicó un aumento significativo por la preferencia de siluetas más gruesas en los grupos experimentales. Asimismo, se encontraron diferencias en el factor conducta alimentaria normal. Al observar las medias, se muestra en el grupo de audiencias críticas un aumento en las prácticas alimentarias saludables.

En el seguimiento llevado a cabo a los tres meses, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales, en ninguno de los factores evaluados en este estudio.

Al realizarse el análisis por cada una de las condiciones, se observó en el grupo audiencias críticas una reducción del nivel de riesgo en la variable preocupación por el peso y la comida, así como en el factor conducta alimentaria compulsiva. La reducción en el factor preocupación por el peso y la comida es congruente con lo reportado por Wade et al. (2003). En cambio, en el grupo psicoeducativo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables. Esto es congruente con lo encontrado en un meta-análisis de programas de prevención por Stice et al. (2007) respecto a que los programas con formato interactivo suelen tener mayor impacto cuando se les compara con los que tienen una estructura de enseñanza tradicional.

Por otra parte, se realizó un segundo estudio piloto de las estrategias preventivas. Se decidió realizar modificaciones en las actividades que buscaban incidir en la imagen corporal debido a la ausencia de efectos observados en el primer estudio piloto respecto a las variables figura

ideal y satisfacción-insatisfacción con imagen corporal. Se trabajó con 22 mujeres adolescentes estudiantes de primero de secundaria de una escuela pública. No se encontraron diferencias entre los grupos en la línea base. Se compararon los efectos de las intervenciones en el posttest y en un seguimiento a tres meses. No se encontró evidencia estadísticamente significativa de un mayor impacto en alguna de las intervenciones preventivas.

En el análisis por grupo, se observó que el grupo audiencias críticas mostró un aumento por la preferencia por siluetas más gruesas como ideal corporal del pretest al posttest y del pretest al seguimiento. También se encontró una reducción de la insatisfacción corporal, es decir, del deseo de querer ser más delgadas en la evaluación pretest-posttest y pretest - seguimiento. Finalmente, en la variable conducta alimentaria compulsiva también se presentó una reducción de riesgo en la comparación pretest – seguimiento. Respecto al grupo psicoeducativo, se encontraron también reducciones de riesgo pretest-posttest y seguimiento en la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, así como un aumento por la preferencia de figuras corporales más gruesas. Estos resultados indicaron que las modificaciones realizadas a los programas de prevención hicieron efectivamente más énfasis en el área de imagen corporal. Estos resultados coinciden parcialmente con los hallazgos reportados por McVey y Davis (2002), quienes reportaron tendencias hacia el aumento en la satisfacción corporal como resultado de una intervención preventiva.

Finalmente, se llevó a cabo la investigación propiamente dicha. Se sometieron a evaluación los dos programas de prevención, comparándolos con un grupo control (en lista de espera), respecto a su eficacia en la reducción de factores de riesgo, y por consiguiente, en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria. En este estudio se trabajó con 118 mujeres adolescentes, estudiantes de primero y segundo de secundaria de una escuela pública. No se reportaron diferencias estadísticamente significativas en la medición de línea base entre los grupos.

El tamaño de la muestra permitió realizar en esta ocasión un análisis paramétrico, por lo cual se empleó un ANOVA de mediciones repetidas (posttest, seguimientos a tres y seis meses). Debe hacerse notar que este análisis ofrece la ventaja de realizar comparaciones más precisas entre los grupos ya que toma en cuenta la posible variabilidad de los datos entre las distintas condiciones.

En la comparación pretest-postest, se observó un incremento en la preferencia de siluetas corporales más gruesas en todos los grupos, aumento que se mostró más marcado en el grupo psicoeducativo, sin que por esto se produjeran diferencias significativas. También se encontró una reducción de la insatisfacción corporal positiva (querer ser más delgadas) en todos los grupos, y al igual que en la variable figura ideal, fue el grupo psicoeducativo el que mostró un menor nivel de insatisfacción. Se considera importante señalar que las disminuciones de riesgo en las variables asociadas con imagen corporal son consistentes con los resultados reportados en el segundo estudio piloto.

Llama la atención la interacción estadísticamente significativa tiempo X condición en la variable confianza en la publicidad. El grupo psicoeducativo mostró un incremento en la habilidad de recepción crítica en mayor medida que lo que los grupos de audiencias críticas y control. Esta es una aportación importante debido a que, no se han publicado estudios en los que se reporten mediciones sobre recepción crítica en la prevención de trastornos alimentarios.

Al evaluar los efectos en los seguimientos a tres y seis meses, de manera similar a los resultados mostrados en el postest, se mostró un incremento en la figura ideal en todos los grupos, más marcada en el grupo psicoeducativo en ambas mediciones. En relación con la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, se encontró una reducción de riesgo en todos los grupos, ubicándose el nivel más bajo de insatisfacción en el grupo de audiencias críticas también en los dos momentos de medición. Nuevamente, los efectos sobre las variables asociadas con imagen corporal son congruentes con lo reportado en el segundo estudio piloto.

Respecto al factor influencia de la publicidad, los tres grupos mostraron reducciones de riesgo, y el grupo psicoeducativo mostró el nivel más bajo tanto en el seguimiento a tres meses como en el realizado a los seis meses. Este hecho es interesante dado que algunos teóricos de la recepción crítica (Charles & Orozco, 1990; Corona, 1990) señalan que se adquirirá una actitud más reflexiva hacia los medios cuando se tiene contacto con éstos y se les puede manejar para producir mensajes. Cabe señalar que el grupo psicoeducativo recibió la información sobre cómo se realizan imágenes en televisión, cómo se producen comerciales y se construyen los mensajes difundidos a través de la publicidad, sin tener el contacto con el medio y la oportunidad de experimentarlo, en contraste con el grupo audiencias críticas, donde las participantes si contaron con esa oportunidad.

También se evaluó el factor conducta alimentaria normal. En este caso, tanto los grupos experimentales como el grupo control mostraron aumento en las prácticas alimentarias saludables, aunque fue el grupo audiencias críticas el que reportó un mayor nivel en esta variable en el seguimiento a tres meses. Este hallazgo es de especial relevancia porque es posible evaluar prácticas saludables y aportar así evidencia de la utilidad de este tipo de intervenciones como herramientas de prevención.

En el análisis de las variables relacionadas con el concepto de recepción crítica, todos los grupos mostraron un incremento en la habilidad crítica en las dimensiones confianza en la publicidad e interés en la publicidad. Para ambos casos, el grupo audiencias críticas mostró el mayor nivel o el mayor aumento en el seguimiento a tres meses. Sin embargo, en el seguimiento a seis meses, el grupo psicoeducativo mostró el nivel más alto de recepción crítica en la variable confianza en la publicidad. Estos datos aportan información útil respecto al nivel de la recepción crítica que las participantes, debido a su edad y desarrollo cognoscitivo, pueden alcanzar.

Sin embargo, llama la atención el hecho de que el grupo control (en lista de espera), al que se evaluó pero no recibió tratamiento mostrara también reducciones de riesgo. Como se mencionó en el estudio final, esto pudo deberse a distintos factores. En primer lugar, una posible explicación es que al mismo tiempo que se administraron las intervenciones se dio a nivel mediático una mayor difusión de la naturaleza y consecuencias de los trastornos alimentarios, desencadenada por el fallecimiento de modelos Latinoamericanas. Por otra parte, en las telenovelas que las participantes reportaron ver con mayor frecuencia (Amor en custodia y Rebelde), que contaron con muy altos niveles de audiencia a nivel nacional, se trató también el tema. Asimismo, se presentó la campaña publicitaria “Dove: Por la belleza real” en la que se promovía el cuestionamiento de estándares y estereotipos de belleza promovidos en la publicidad, así como nuevos conceptos de belleza.

Otra posible explicación puede atribuirse al efecto de contaminación (Neumark-Sztainer et al., 1995; Levine & Smolak, 2000; Raich et al., 2007), que pudo haber ocurrido debido a que las participantes de los distintos grupos asistían a la misma escuela. Es decir, que las participantes intercambiaran información, no obstante que se les pidiera que no lo hicieran. Lo anterior se considera comprensible dada la etapa del desarrollo en la que se encuentran por el aumento en

la importancia en las relaciones con pares. Debido a esto, se sugiere realizar estudios en los que se conserven características sociodemográficas similares entre las participantes, pero asistan a distintas instituciones educativas y así evitar el efecto de contaminación.

Asimismo, se realizó un análisis de la significancia clínica con el propósito de determinar si los grupos habían reducido el nivel de riesgo inicial. En la variable figura ideal se redujo en riesgo en los grupos psicoeducativo y control en las mediciones posttest y en ambos seguimientos (ubicándose fuera de riesgo); en el grupo audiencias críticas hubo también reducción de riesgo en el posttest y en el seguimiento a tres meses, sin embargo, no se mantuvo este efecto al seguimiento a seis meses. Respecto a la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal se mostró reducción de riesgo en todos los grupos, aunque esta disminución no permitió ubicarlos en el rango sin riesgo. En el factor influencia de la publicidad, el grupo psicoeducativo y audiencias críticas se encontraron fuera de riesgo en el último seguimiento, en contraste con el grupo control, el cual permaneció en el límite de riesgo. En relación con el factor dieta crónica y restringida, el grupo psicoeducativo mostró decremento del riesgo en contraste con los grupos audiencias críticas y control. En cuanto a la variable preocupación por el peso y la comida, los grupos experimentales disminuyeron el riesgo en mayor medida en comparación con el grupo control. En el factor conducta alimentaria compulsiva, los grupos audiencias críticas y psicoeducativo se ubicaron fuera de riesgo en el seguimiento a seis meses, en oposición con el grupo control, el cual permaneció en riesgo. Finalmente, en la variable conducta alimentaria normal los tres grupos se mantuvieron en la categoría sin riesgo.

Los resultados observados a partir del análisis de significancia clínica permiten considerar que el nivel de riesgo de las participantes era bajo. De esta forma, las mejoras que los grupos experimentales podrían mostrar en comparación con el grupo control no podían identificarse de manera amplia y clara en el análisis estadístico. Esta explicación es congruente con lo mencionado por Stice et al. (2007) respecto a que las intervenciones con participantes que cuentan con bajos niveles de riesgo pueden presentar un efecto de suelo, es decir, el rango de mejora que pueden llegar a presentar es pequeño y, por lo tanto, puede ser difícil de observar.

Por otra parte, Stice et al. (2007) indican que la edad más propicia la intervención preventiva para producir efectos más claros es a partir de los 15 años. Sin embargo, los resultados encontrados en la presente investigación alientan hacia el estudio del impacto de programas de prevención en edades más jóvenes debido a que se considera necesario evitar la aparición

misma de factores de riesgo y con esto eliminar la aparición de trastornos alimentarios y con esto el establecimiento de la cronicidad de los mismos tal y como se presentan en otros países.

Como resultado de los estudios realizados en esta investigación, se planteó la propuesta de un modelo de prevención de trastornos alimentarios. Se identifican componentes útiles en las estrategias aquí exploradas, aunque también se retoman aquellas que se ha reportado que han sido exitosas a nivel internacional. Sin embargo, no debe dejarse de lado la importancia de los cambios a nivel macrosocial. La generación de cambios en los programas curriculares de educación básica en cuanto a los contenidos relacionados con la alimentación, adolescencia e imagen corporales son necesarios. Asimismo, es importante que la educación alimentaria no sólo se estudie, sino que se viva en el ambiente escolar, por lo que las cooperativas deberán hacer modificaciones en sus ofertas de alimentos por otros de mayor calidad nutricional. Por otra parte, es imprescindible crear mecanismos de regulación o vigilancia hacia los mensajes en los medios que promueven el ideal corporal delgado y la alimentación anómala. Una forma de hacer esto es crear canales de comunicación entre los emisores (agencias de publicidad y medios) y los receptores, de manera que exista una retroalimentación que de cómo resultado un mejor beneficio para la salud mental.

Por último, debe subrayarse que la relevancia teórico práctica de este trabajo se incrementa cuando se toma en cuenta que inaugura un campo de acción preventiva en nuestro contexto sociocultural, proporcionando con esto elementos básicos y nuevos planteamientos en relación no solamente con la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria, sino también con la evaluación de modelos etiológicos.

REFERENCIAS

- Acosta, G.V. & Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta: Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 9-21.
- Acosta, V., Llopis, J., Gómez Peresmitré, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo: Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Aged, Community and Mental Health Division. (1998). *A stronger primary health and community support system: policy directions*. Melbourne: Victorian Department of Human Services.
- Agras, S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371-379.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*.
- Alvarez de Armas, M. (1996). Despertar el sentido crítico ante los medios de comunicación. Recopilado el 22 de mayo de 2004 de www.ull.es/departamentos/didinv/cogn-jor/comunic/c1.htm.
- Alvarez, R. (1991). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México: Manual Moderno.
- Archer, R. (1992). *MMPI-A: Assessing adolescent psychopathology*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arnett, J. (1995). Adolescents' uses of media for self-socialization. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(5), 519-533.
- Arriaga, C. G. (2006). Una primera aproximación. Realidad virtual y entrenamiento de las habilidades sociales como estrategias de prevención en trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública. (2002). *Avances del Comité de Niveles Socioeconómicos*. Documento no publicado. México: AMAI.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Austin, E. & Johnson, K. (1997). Immediate and delayed effect of media literacy training on third grader's decision making for alcohol. *Health Communications*, 9, 324-349.

- Austin, J. & Smith, E. (2008). Thin ideal internalization in Mexican girls: A test of the Sociocultural Model of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 448-457.
- Austin, S. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1249-1262.
- Bearden, W., Netemeyer, R. & Teel, J. (1989). Measurement of consumer susceptibility to interpersonal influence. *Journal of Consumer Research*, 15, 473-481.
- Becker, A., Burwell, R., Gilman, S. E., Herzog, D. B. & Hamburg, P. (2002). Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.
- Beltrami, R. (1982). Advertising perceived believability scale. En D. Corrigan, F. Kraft & R. Ross (Eds.). *Proceedings of the Southwestern Marketing Association*. Wichita, KS: Southwestern Marketing Association.
- Benesch, H. & Schmandt, W. (1982). *Manual de autodefensa comunicativa*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Berger, P. & Berger, B. (1991). Becoming a member of society-socialization. In F. Chaput (Ed.), *Studying the social worlds of children: Sociological readings*. Massachussets: Routledge.
- Bergsma, L. (2003). Media literacy and prevention: Going beyond "Just say no". Center for Media Literacy. Recuperado el 10 de noviembre de 2003 de www.medialit.org/reading_room/article549.html.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Pearson.
- Brown, R. & Odgen, J. (2004). Children's eating attitudes and behavior: A study of the modeling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, 19, 261-271.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. In D. Garner & P. Garfinkel. (Eds.), *Handbook of Psychotherpay for Anorexia Nervosa and Bulimia*, pp.7-18. New York: Guilford.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bulik, C., Reba, L., Siega-Riz, A. & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia Nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Bustos, O. (1998). Los acuerdos de Pekín sobre las mujeres en los medios de comunicación y la importancia de la recepción crítica. En M. Vereá y G. Hierro (Eds.). *Las mujeres en América del Norte a fin de milenio* (p.p. 299-313). México: UNAM.

- Bustos, O. (2001a). Género y socialización: familia, escuela y medios. En M.A. González & J. Mendoza (Comps.). *Significados colectivos: procesos y reflexiones teóricas*. México: ITESM.
- Bustos, O. (2001b). Género, publicidad e imagen corporal: Prevención de trastornos alimentarios a través de la formación de audiencias críticas. Proyecto de investigación. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Bustos, O. (2003). Imagen corporal, mujeres y medios de comunicación. *Equidad*, 3, 4-8.
- Callejo, J. (2003). Audiencias activas o audiencias cautivas. En J.J. Igartúa & A. Badillo (Eds.). *Audiencias y medios de comunicación*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Calogero, R. & Davis, W. (2003). Self-Objectification, body shame, media influence, and eating disorders. *Perspective*, 9-11.
- Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En E. Echeburúa (Comp.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Carrillo, M. V. (2002). *Publicidad y Anorexia: Influencia de la publicidad y otros factores en los trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ediciones Ciencias Sociales.
- Carter, J., Stewart, A., Dunn, V. & Fairburn, C. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Catalano, R. & Dooley, D. (1980). Economic change in primary prevention. In R.H. Price, R.F. Ketterer, B.C. Bader & J. Monahan, (Eds.), *Prevention in community mental health: Research, policy and practice*. Beverly Hills: Sage.
- Celio, A., Winzelberg, A., Wilfley, D., Eppstein-Herald, D., Springer, E., Dev, P., et al. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 650-657.
- Center for Media Literacy. (2003). Teacher's/leader's orientation guide: MediaLit Kit. Recuperado el 6 de marzo de 2004 de <http://www.medialit.org>.
- Charles, M. & Orozco, G. (1990). *Educación para la recepción: Hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. Edition). Hillsdale N.J.: Earlbaum.
- Corominas, A. (1999). *Modelos y medios de comunicación de masas: Propuestas educativas en educación de valores*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Corona, S. (1990). Para jugar con la televisión. En M. Charles & G. Orozco. (Comps.), *Educación para la recepción: Hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Coughlin, J., & Kalodner, C. (2006). Media literacy as a prevention intervention for college women at low- or high-risk for eating disorders. *Body Image*, 3(1), 35-43.
- Crisp, A. (1998). Some possible approaches to prevention of eating and body weight/shape disorders, with particular reference to anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 1-17.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Cunningham, O. D., Carroll, A., Fattah, S., Coffey, I. & Stone, E. C. (2001). A randomized trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 103, 362-369.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
- Devlin, M. & Zhu, A. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medical Association*, 286(17), 2159.
- El país semanal (2004). Forofas y adictas. El país semanal, 1427. Publicado el domingo 1 de febrero de 2004.
- Escoto, P. M. (2008). Evaluación de las estrategias de intervención para la prevención de los trastornos alimentarios. Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ezquerro, M. (2001). Estrategias psicológicas para la promoción de hábitos alimentarios saludables. En J. Buceta, A. Bueno & B. Mas. (Comps). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H., Norman, P. & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Ferguson, R. (1998). El interculturalismo global y los dilemas del universalismo: Educando en medios después del 2000. Recopilado el 21 de mayo de 2004 de www.felafacs.org/diálogos/pdf52/ferguson.pdf.
- Fernández-Aranda, F., Krug, I., Granero, R., Ramón, J., Badia, A., Giménez, L. et al. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*, 49(2), 476-485.

- Fichter, M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2008). Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders* (Early view). Recuperado el 14 de mayo de 2008 de <http://www3.interscience.wiley.com/journal/111089244/issue>.
- Field, A., Camargo, C., Taylor, C., Berkey, C. & Colditz, G. (1999). Relation of peers and media influences to the development of purging behaviors among preadolescent and adolescent girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 1184–1189.
- Field, A., Camargo, C., Taylor, C., Berkey, C., Roberts, S. & Colditz, G. (2001). Preadolescent and adolescent girls and boys peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Field, A., Wolf, A., Herzog, D., Cheung, L. & Colditz, G. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. *Journal American Academic, Child and Adolescent Psychiatric*, 32 (2), 1246-1252.
- Flynn, K. & Fitzgibbon, M. (1996). Body image ideals of low-income african american mothers and their preadolescent daughters. *Journal of Youth and Adolescence*, 25 (5), 615-630.
- Flynn, L., Goldsmith, R. & Eastman, J. (1994). The king and summers opinion leadership scale: Revision and refinement. *Journal of Business Research*, 31, 55-64.
- Fornari, C.G., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F.S. & Katz, J.L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 434-441.
- Franko, D. (1998). Secondary prevention of eating disorders in college women at risk. *Eating Disorders*, 6, 29-40.
- Franko, D., Thompson, D., Bauserman, R., Affenito, S.G. & Striegel-Moore, R. (2008). What's love got to do it? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 360-367.
- Friedman, S. (1999). Discussion groups for girls: decoding the language of fat. En N. Piran, Levine, M. & Steiner-Adair, C. (Eds.). *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*. Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Fuenzalida, V. (1996). La influencia cultural de la televisión. Recopilado el 27 de abril de 2004 de www.felafacs.org/diálogos/pdf17/fuenzalida.pdf.
- Garcés, J. (2004). Forofas y adictas. El país semanal, 1427. Publicado el domingo 1 de febrero de 2004.

- García-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052-58.
- Garner, D., Vitousek, K. & Pike, K. (1997). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp.94-144). New York: Guilford Press.
- Ghiglione, R. (1997). La recepción de los mensajes. En D. Dayan. (Comp.). *En busca del público. Recepción, televisión, medios*. Barcelona: Gedisa.
- Glasser, I. (1988). Television and the construction of reality. En S. Oskamp (Ed.), *Television as a social issue*. Newbury Park: Sage.
- Glick, I.D., Burti, L., Okonogi, K. & Sacks, M. (1994). Effectiveness in psychiatric care: III. Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. *British Journal of Psychiatry*, 164, 104-106.
- Goldsmith, R., Freiden, J. & Kilsheimer, J. (1993). Social values and female fashion leadership: A cross-cultural study. *Psychology & Marketing*, 10, 399-412.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 27-33.
- 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), 153-165.
- Gómez Peresmitré, G. (2001). Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe Proyecto IN305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACYT).
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, G.V. (2002). Valoración de la delgadez: Un estudio transcultural (México/España). *Psicothema*, 14(2), 221-226.
- Gómez Peresmitré, G. & Avila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana*, 6(2), 37-46.
- Gómez Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324.
- Gómez Peresmitré, G., García, V., Pineda, P., Llopis, J., García, J. & Archilla, I. (2002). Percepción de la relación materna y auto-atribución como factor de riesgo. Trastornos

- alimentarios, un estudio transcultural. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 4, 232-237.
- Gómez Peresmitré, G., García, C., Acosta, M. V., Pineda, G., Llopis, J., García, J. et al. (2002). Percepción de la relación materna y autoatribución como factor de riesgo. Trastornos alimentarios: un estudio transcultural México/España. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 232-237.
- Gómez Peresmitré, G., Saucedo, T. & Unikel, S. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En G. Gómez Peresmitré & N. Calleja (Comps.). *La Psicología Social en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Peresmitré, G., Pineda, G., L'Esperance, P., Hernández, .A., Platas, S., & León, R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 125-132.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 3(1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 185-197.
- 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 Pérez-Mitré, G. (1998). Cuestionario de Alimentación y Salud. Estudios de validez: alteraciones de la alimentación. CONACYT 300898, México.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios. IN-3005599 (PAPIIT) UNAM 34507-H. (CONACYT). México.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Acosta, V., Unikel, C. & Pineda, G. (2005). Puntos de corte para determinar riesgo en trastornos de la alimentación. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 43-51.
- Gómez Pérez-Mitré, G., González de Cossío, M., Sois, C., Cuevas, R.C., Unikel, S.C., Saucedo, M.T., et al. (2006). Obesidad en población universitaria: Prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 135-147.
- González, M., Lizano, M. & Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.

- González-Núñez, J.J. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual Moderno.
- Gould, S. (1988). Consumer attitudes toward health and health care: A differential perspective. *Journal of Consumer Affairs*, 22, 96-118.
- Gravener, J., Haedt, A., Heatherton, T., & Keel, P. (2008). Gender and age differences in associations between peer dieting and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 57-63.
- Gowers, S. (2005). Treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. *Psychiatry*, 4, 14-17.
- Grave, R., De Luca, L. & Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for Eating Disorders: A controlled Study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 9, 327-337.
- Greenberg, B. (1974). Gratifications of television viewing and their correlates for British children. En J. G. Blumer y E. Katz (Comps.). *The uses of mass communications. Current perspectives on gratification research*. California: Sage.
- Gresko, R. & Rosenvinge, J. (2000). El modelo preventivo escolar noruego: desarrollo y evaluación. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.
- Griffin, R. & Ebert, R. (2005). *Negocios*. México: Pearson Educación.
- Grinder, R. (1997). *Adolescencia*. México: Limusa-Noriega.
- Groesz, L., Levine, M. & Turnen, S. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images in body dissatisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Guadarrama, A. E. (2008). El impacto de la prevención selectiva en el "Taller de la salud alimentaria y de la promoción de la diversidad corporal" en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria. Estudio preliminar. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J. & Medina-Mora, M. (2001). El consumo de drogas en una muestra de estudiantes que presentan conductas alimentarias de riesgo. *Salud Mental*, 24(6), 55-61.
- Gutwill, S. & Hollander, N. (2002). Zero tolerance or media literacy: A critical psychoanalytic perspective on combating violence among children. *Journal for the psychoanalysis of Culture & Society*, 7(2), 263-273.
- Harris, R. (1994). *A cognitive psychology of mass communication*. (2nd. Edition). New Jersey: Erlbaum.

- Head, S.B. & Williamson, D.A. (1990). Association of family environment and personality disturbances in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 667-674.
- Hernández, F. (2007). Historia de la televisión en México. Cátedra de investigador nacional. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Guadalajara. Recuperado el 18 de marzo de 2008 de <http://www.cucsh.udg.mx/catedrasnacionales2006/Temario/2007/FHLLomeli07.pdf>
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Herzog, D.B, Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Richards, A., et al., (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: 7.5 year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 829-837.
- Hill, A., Rogers, P., & Blundell, J. (1989). Dietary restraint in young adolescent girls: a functional analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 165-176.
- Hoffman, P. & Fruzzetti, A. (2005). Psychoeducation. In J. Oldham, E. Skodol, D. Bender. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. VA: American Psychiatric Publishing.
- Huertas, A. (2003). La recepción juvenil: Estudio cualitativo sobre el consumo de la serie Compañeros. En J.J. Igartúa & A. Badillo (Eds.). *Audiencias y medios de comunicación*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Huon, G., Braganza, C., Brown, L., Ritchie, J. & Roncolato, W. (1998). Reflections on prevention in dieting-induced disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 455-458.
- Huston, A. & Wright, J. (1989). The forms of television and the child viewer. En G. Comstock (Ed.). *Public Communication and Behavior*. Vol. 2. New York: Academic Press.
- Igartúa, J.J, Muñiz, C., Elena, N. & Elena, A. (2003). El consumo televisivo desde la perspectiva de los usos y gratificaciones. En J.J. Igartúa & A. Badillo (Eds.). *Audiencias y medios de comunicación*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2002). *Encuesta nacional sobre el uso del tiempo: Tabuladores básicos definitivos*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2008). Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de las Tecnologías de la Información en los Hogares. Recuperado el de 12 de mayo de 2008 de <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=tin196&c=9201>

- Irving, L., & Berel, S. (2001). Comparison of media-literacy programs to strengthen college women's resistance to media images. *Psychology of Women Quarterly, 25*(2), 103-111.
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A., et al. (2007). Maintenance of internet-based prevention: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 40*(2), 114-119.
- Jacobson, N., Follete, W. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Jarvis, B. & Petty, R. (1996). The need to evaluate. *Journal of Personality and Social Psychology, 70* (1), 172-194.
- Jauset, J. (2003). La investigación de mercados, audiencias y estadística. En J.J. Igartúa & A. Badillo (Eds.). *Audiencias y medios de comunicación*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Jessor, R., Turbin, M., & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(3), 788-800.
- Jewler, J. (1992). *Creative strategy in advertising*. Belmont, California: Wadsworth Publishing.
- Kaplan, D. & Love-Osborne, K. (2003). Adolescence. In W. Hay, A. Hayward, M. Levin & J. Sondheimer. *Current pediatric diagnosis and treatment*. New York: McGraw-Hill.
- Katzman, D. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 552-559.
- Killen, J., Hayward, I., Litt, I., Hammer, L., Wilson, D., Miner, B., Taylor, C., Varady, A. & Shisslak, C. (1992). Is puberty a risk factor for eating disorders?. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 146*(3), 323-325.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, G. W. & Zárata, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Prentice Hall.
- Kominars, K., & Dorheim, L. (2004). Group approaches in substance abuse treatment. In J. DeLucia-Waak, D. Gerrity, C. Kalodner, & M. Riva. *Handbook of Counseling & Psychotherapy*. California: Sage.
- Kussel, A. B. (1999). Primary prevention of eating disorders through media literacy training of girls. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering, 60*(4-B), 1859.
- Lemberg, R. & Cohn, L. (1999). *Eating disorders. A reference sourcebook*. EU:ORYX.

- Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales*. (pp. 25-54). Madrid: Pirámide.
- Lennox, R. & Wolfe, R. (1984). Revision of the self-monitoring scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1349-1364.
- León, R., Gómez Pérez-Mitré, G., González, M., Rodríguez, R. y Pineda, G. (2005, Octubre). Estudio piloto para evaluar los efectos de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria basado en el entrenamiento en habilidades sociales. Sesión de cartel presentada en el 2do. Congreso Hispano-Latinoamericano de Trastornos de la Conducta Alimentaria del SIG Hispano Latinoamericano de la Academy for Eating Disorders, Monterrey, NL, México.
- León, R., Gómez Pérez-Mitré, G., Platas, A.S., Rodríguez, M.L., Pineda, G.G. y Rodríguez, R. (2006, Junio). The training in social skills (TSS) as an eating disorders prevention strategy: A pilot study. Sesión de cartel presentada en la Internacional Conference on Eating Disorders de la Academy for Eating Disorders, Barcelona, España.
- Levin, M., Johnson, A., Chan, R., Valdez, J. & Ragland, D. (2004). Images of desire: food craving activation during fMRI. *NeuroImage*, 23(4), 1486-1493.
- Levine, M. (2003). Reducing risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 384-387.
- Levine, M., Piran, N. & Stoddard, C. (1999). Misión more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. En N. Piran, Levine, M. & Steiner-Adair, C. (1999). *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*. Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Levine, M. & Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. In L. Smolak, M. Levine & R. Striegel-Moore. *The developmental psychopathology of eating disorders* (p.p. 235-257). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Levine, M. & Smolak, L. (2000). Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: Consecuencias en la prevención primaria. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.), *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.
- Levine, M., Smolak, L., Moodey, M. & Hessen, L. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11-20.

- Lewinsohn, P., Striegel-Moore, R. & Seeley, J. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 102, 133-144.
- Livingstone, S. & Lunt, P. (1997). Un público activo, un telespectador crítico. En D. Dayan. (Comp.). *En busca del público. Recepción, televisión, medios*. Barcelona: Gedisa.
- Luce, K., Osborne, M., Winzelberg, A., Das, S., Abascal, L., Celio, A., et al. (2005). Application of an algorithm-driven protocol to simultaneously provide universal and targeted prevention programs. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 220-226.
- Macklin, M. & Macheleit, K. (1990). Measuring preschool children's attitude. *Marketing Letters*, 1(3), 253-265.
- Mancilla, J., Franco, K., Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. & Téllez, M. (2007). A two stage epidemiologic study on a prevalence of Eating Disorders in female University students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15, 463-470.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A. & Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than one? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.
- Marcus, M. (1997). Adapting treatment for patients with binge-eating disorder. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp.484-493). New York: Guilford Press.
- Martin, M. & Kennedy, P. (1993). Advertising and social comparison: Consequences for female preadolescents and adolescents. *Psychology and Marketing*, 10, 513-530.
- Martin, M. & Kennedy, P. (1994). Social comparison and the beauty of advertising models: The role of motives for comparison. *Advances in Consumer Research*, 21, 365-371.
- Matus, F. & Monroy, P. (2003). Estudio piloto de una intervención basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- May, A., Kim, J., McHale, S. & Crouter, A. (2006). Parent-adolescent relationships and the development of overweight concerns from early to late adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 729-740.
- McVey, G. & Davis, R. (2002). A program to promote positive body image: A 1-year follow-up evaluation. *Journal of Early Adolescence*, 22(1), 96-108.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

- Monro, F. & Huon, G. (2005). Media-Portrayed Idealized Images, Body Shame, and Appearance Anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 85–90.
- Moore, L. & MacKinnon, D. (2001). Preadolescent girls and the presentation of self: A dramaturgical perspective. *Alberta Journal of Educational Research*, 47(4), 309-324.
- Morley, D. (1997). La recepción de los trabajos sobre la recepción. En D. Dayan. (Comp.). *En busca del público. Recepción, televisión, medios*. Barcelona: Gedisa.
- National Institute for Drug Abuse. (1997). Drug abuse prevention: What works. In: *Drug Abuse Prevention Package*. NCADI #PREVPK. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.
- Muthe, B. & Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-nominal Likert variables: A note on the size of the models. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 45, 19-30.
- Neumark-Stainer, D. (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *International Journal of Eating Disorders*, 38, 220-227.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R. & Palti, H. (1995). Eating disturbances among adolescent girls: evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutritional Education*, 27, 109-124.
- Nichols, S. & Good, T. (2004). *America's teenagers: myths and realities*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- O'Dea, J. (1995). *Everybody's different: A self esteem program for young adolescents*. Sydney: University of Sydney.
- O'Dea, J. & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of Young Male and Female adolescents: a new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43-57.
- Odgen, J. & Munday, K. (1996). The effect of media on body satisfaction: the role of gender and size. *European Eating Disorders Review*, 4(3), 171-182.
- Okon, D., Greene, A. & Smith, E. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Olvera, A.J. & Mercado, G.L. (2007). Programa de realidad virtual y entrenamiento en habilidades sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Organización Mundial de la Salud. (1984). *Glossary of Terms used in Health for All series (Nº9)*. Gónova: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Recuperado el 20 de octubre de 2003 de <http://www.who.org> WHO/HPR/HEP/95.1
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud: Glosario*. Recuperado el 20 de octubre de 2003 de www.who.org.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Quinta Conferencia Mundial Quinta de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. Ciudad de México: OMS.
- Orozco, G. (1991). *Recepción televisiva: Tres aproximaciones y una razón para su estudio*. Proicom. México: Universidad Iberoamericana.
- Orozco, G. (1996a). La TV a fin de milenio: un medio poderoso, cuyo límite es la audiencia. En M. Bisbal, Charles, M., Jacks, N., Kaplún, M., Landi, O., Orozco, G. et al. (Comps.). *Miradas latinoamericanas a la televisión*. México: Universidad Iberoamericana.
- Orozco, G. (1996b). *Televisión y audiencias. Un enfoque cualitativo*. Madrid: Universidad Iberoamericana.
- Orozco, G. (1996c). *Televisión y educación: lo enseñado, lo aprendido y lo otro*. En M. Bisbal, M. Charles, N. Jacks, M. Kaplún, O. Landi, G. Orozco et al. (Comps.), *Miradas latinoamericanas a la televisión*. México: Universidad Iberoamericana.
- Ortiz, F.A. (2007). *Estrategia de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, habilidades sociales y realidad virtual*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Owen, B. (1999). *The internet challenge to television*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press.
- Palafox, I. (2003). *Influencia de los anuncios publicitarios que proyectan estereotipos de género en la satisfacción corporal de niños y niñas de quinto y sexto grado de primaria*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano* (8va. Ed.), Colombia: McGraw-Hill.
- Park, C. & Lessig, P. (1977). Students and housewives: Differences in susceptibility of reference group influence. *Journal of Consumer Research*, 4, 102-110.
- Patrick, H. & Nicklas, T.A. (2001). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of de American College of Nutrition*, 24, 83-92.

- Paxton, S., Schutz, H., Wertheim, E. & Muir, S. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 255–266.
- Pearson, J., Goldklang, D. & Striegel-Moore, R. (2002). Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders, 31*(3), 233-239.
- Peniche, V.R. (2007). Actitud hacia la publicidad televisiva en adolescentes: Construcción de un instrumento que evalúa la recepción crítica hacia la publicidad en televisión. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pérez, G. (1996). Ética y televisión. Cuestionamientos, reflexiones y propuestas. En M. Bisbal, Charles, M., Jacks, N., Kaplún, M., Landi, O., Orozco, G. et al. (Comps.). *Miradas latinoamericanas a la televisión*. México: Universidad Iberoamericana.
- Pérez, L.L. (2006). Programa de promoción de hábitos alimentarios saludables en población adulta de la Universidad. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Phares, V., Steinberg, A. & Thompson, J. (2004). Gender differences in peer and parental influences: Body image disturbance, self-worth, and psychological functioning in preadolescent children. *Journal of Youth and Adolescence, 33*(5), 421-429.
- Phelps, L., Sapia, J., Nathanson, D., & Nelson, L. (2000). An empirically supported eating disorder prevention program. *Psychology in schools, 37*(5), 443-452.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Pick, S., Aguilar, J., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M., Pier, D. et al. (1995). *Planeando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a adolescentes*. México: Planeta.
- Pineda, G. (2006). Estrategias preventivas de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Tesis doctoral no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pineda, G. & Gómez-Péresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología, 23*(1), 87-95.
- Pineda, G., Platas, S. & Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. *La Psicología Social en México, 8*, 660-667.
- Pinet, L. (2007). Estudio preliminar de un programa de prevención universal de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de una secundaria pública del Distrito Federal. Tesis de licenciatura no publicada. Escuela de Dietética y Nutrición, ISSSTE, México.

- Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, P. & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.
- Platas, S., Gómez Peresmitré, G., Pineda, G., Rodríguez, R. & León, R. (2006). Percepción de la relación materna, afrontamiento al estrés, conducta alimentaria e imagen corporal en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 9, 282-288.
- Polivy, J. & Herman, P. (1983). *Breaking the diet habit: the natural weight alternative*. New York: Basic Books.
- Polivy, J. & Herman, P. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193-201.
- Polivy, J. & Herman, P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. Fairburn (Ed.), *Binge eating*. London: Guilford Press, pp. 173-205.
- Polivy, J. & Herman, P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Poloniato, A. (1993). Recepción televisiva y cultura: aspectos críticos. *Revista Tecnología y comunicación televisivas*, 21, 51.
- Pomeroy, E., Kiam, R., & Green, D. (2000). Reducing depression, anxiety, and trauma of male inmates: an HIV/AIDS psychoeducational group intervention. *Social Work Research*, 24 (3), 156-167.
- Porubská, K., Veit, R., Preissl, H., Fritsche, A. & Birbaumer, N. (2006). Subjective feeling of appetite modulates brain activity An fMRI study. *NeuroImage*, 32(3), 1273-1280.
- Potthast, M. (1993). Confirmatory factor and analysis of ordered categorical variables with large models. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 46, 273-286.
- Quiroz, T. (1989). ¿Es posible hablar de una recepción crítica de televisión? Logros y dificultades e la experiencia de recepción crítica con escolares y maestros peruanos. Recuperado el 21 de mayo de 2004 de www.felafacs.org/diálogos/pdf24/quiroz.pdf.
- Radzik, M., Sherer, S., & Neinstein, L. (2007). Psychosocial development in normal adolescents. In L. Neinstein, C. Gordon, D. Katzman, D. Rosen, & E. Woods. *Adolescent health care: A practical guide*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raich, R., Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerá, G., Portell, M. & Fauquet, J. (2007). Prevención de trastornos del comportamiento alimentario con un programa multimedia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 81, 47-71.
- Reynolds, F. & Darden, W. (1971). Mutually adaptative effects of interpersonal communication. *Journal of Marketing Research*, 8, 449-454.

- Richins, M. (1997). Measuring emotions in the consumption experience. *Journal of Consumer Research*, 24, 127-146.
- Ritchie, L.D., Welk, G., Styne, D., Gerstein, D.E., & Crawford, P.B. (2005). Family environment and pediatric overweight: What is a parent to do? *Journal of American Dietitian Association*, 105(5, Suppl 1), 70-90.
- Rocco, P., Ciano, R. & Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 351-358.
- Rodríguez, B. A. (2003). Nuevas propuestas metodológicas en torno a la recepción. En J.J. Igartúa & A. Badillo (Eds.). *Audiencias y medios de comunicación*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Rodríguez, C., Fernández de Corres, B., Lalaguna, B., González, R. & González-Pinto, A. (2001). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Salud Mental*, 4, 1-7.
- Roehring, M., Thompson, J.K., Brannick, M. & van den Berg, P. (2006). Dissonance-based eating disorder prevention program: A preliminary dismantling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 1-10.
- Rossiter, J. (1977). Reliability of a short test measuring children's attitude toward TV Commercials. *Journal of Consumer Research*, 3, 179-184.
- Rubin, A. (1996). Usos y efectos de los media: una perspectiva uso-gratificación. En J. Bryant y D. Zillmann (Comps.). *Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías*. Barcelona: Paidós.
- Ruiz-Lázaro, P. & Comet, P. (2002). La prevención de trastornos alimentarios es posible: experiencia del programa escolar controlado del grupo Zarima Prevención. Interpsiquis. Recuperado el 2 de septiembre de 2003 de <http://www.psiquiatría.com>.
- Sánchez, R., Contreras, C., & Saldívar, A. (2006). Cambio de actitud hacia las dietas en adolescentes de bachillerato: Un experimento considerando las bases duales de las actitudes. *La Psicología Social en México*, 11(1), 255-262.
- Sarafino, E. (1998). *Health psychology. Biopsicosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Sartori, G. (2001). *Homo videns: La sociedad teledirigida* (2ª Ed.). México: Taurus.
- Saucedo, T. & Gómez Peresmitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 69-74.
- Schafer, J. & Graham, J. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods*, 7(2), 147-177.

- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa/PUEG-UNAM.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescent's Health*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shaw, J. (1995). Effects on fashion magazines on body dissatisfaction and eating psychopathology in adolescent and adult females. *European Eating Disorders Review*, 3, 15-23.
- Shisslak, C., Crago, M., Estes, L. & Gray, N. (1996). Content and method of developmentally appropriate preventing programs. In L. Smolak, M. Levine & R. Striegel-Moore. (Comps.). *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention and treatment* (pp. 341-363). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Shisslak, C., Crago, M., Gray, N., Estes, L., McKnight, K., Parnaby, O., et al. (2000). El estudio prospectivo de los factores de riesgo en el desarrollo de los factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios de la Fundación McKnight. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.
- Shroff, H. & Thompson, J. (2006). The tripartite influence model on body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image*, 3(1), 17-23.
- Sieving, R., Perry, C., & Williams, C. (2000). Do friendships change behaviors, or do behaviors change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 26, 27-35.
- Silver, B. (2000). A media skills intervention for adolescents on gender attitudes, beliefs and behaviors. *Dissertation Abstracts Internationa: Section B: the Sciences & Engineering*, 60 (9-B), 4968.
- Silverstone, R. (1994). *Televisión y vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Slade, P. (1995). Prospects for prevention. En G. Szmukler, C. Dare, J. Treasure (Eds.). *Handbook of eating disorders*. London: Wiley.
- Smolak, L. (1999). Elementary school curricula for the primary prevention of eating problems. En N. Piran, Levine, M. & Steiner-Adair, C. (Eds.). *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*. Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Smolak, L. & Levine, M. (1996). *Developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention and treatment*. Hillsdale, N.J. England: Lawrence Earlbaum Associates.

- Smolak, L., Levine, M. & Schermer, F. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, *44*, 339-353.
- Sprafkin, J., Watkins, L.T, & Gadow, K. (1990). Efficacy of a television literacy curriculum for emotionally disturbed and learning disabled children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *11* (2), 225-244.
- Steiner-Adair, C. & Purcell, A. (1999). Resisting weightism: media literacy for elementary-school children. En N. Piran, Levine, M. & Steiner-Adair, C. (Eds.). *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges*. Filadelfia: Brunner/Mazel.
- Stewart, A. (2000). Experiencias recogidas en un programa escolar de prevención de los trastornos alimentarios. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.
- Stice, E. (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, *14*(7), 633-661.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128* (5), 825-848.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. & Appel, A. (2001). A randomized trial of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program. *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 247-262.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. & Agras, S. (2000). Dissonance Prevention Program Decreases Thin-Ideal Internalization, Body dissatisfaction, Dieting, Negative Affect, and Bulimic Symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, *27*, 206-217.
- Stice, E., Nemeroff, C. & Shaw, H. (1996). A test of the dual pathway model of bulimia nervosa: evidence for restrained-eating and affect-regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *15*, 340-363.
- Stice, E. & Presnell, K. (2007). *The body project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders*. New York: Oxford.
- Stice, E., Pressnell, K. & Bearman, K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, *37*(5), 608-619.

- Stice, E. & Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159-171.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E. & Stein, R. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 836-840.
- Stice, E. & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 263-275.
- Stice, E., Shaw, H. & Marti, N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207-231.
- Stice, E., Shaw, H., & Nemeroff, C. (1998). Dual pathway model of bulimia nervosa: Longitudinal support for dietary restraint and affect-regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(2), 129-149.
- Stice, E., Trost, A. & Chase, A. (2003). Healthy weight control and Dissonance-Based Eating Disorder Programs: Results from a controlled Trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-21.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Striegel-Moore, R. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Striegel-Moore, R. & Smolak, L. (1996). The role of race in the development of eating disorders. In L. Smolak, M. Levine & R. Striegel-Moore. *The developmental psychopathology of Eating Disorders*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Striegel-Moore, R. & Steiner-Adair, C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: Nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W. Vandereycken & G. Noordenbos (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios. Un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Granica.
- Strober, M., Freeman, R. & Morrell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors

- over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Sypeck, M. F., Gray, J. J., & Ahrens, A. H. (2004). No longer just a pretty face: fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 342-347.
- Taylor, C., Bryson, S., Luce, C., Cunning, D., Doyle, A., Abascal, L. et al. (2006). Prevention of eating disorders in at risk-college-age women. *Archives of General Psychiatry*, 63 (8), 881-888.
- Thomas, S. (1995). Myths in and about television: entertainers and economics. En S. Thomas. *Questioning the media*. Thousand Oaks: Sage.
- Thompson, G. (1997). *Rhetoric through media*. Boston: Allyn & Bacon.
- Thompson, J.K., Heinberg, M.A., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tigert, D., Ring, L. & King, C. (1976). Fashion involvement and buying behavior: A methodological study. In B. Anderson (Ed.). *Advances in consumer research*. Provo, UT: Association for Consumer Research.
- Tiggemann, M. & Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 48-58.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nerviosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Torres, E., Conde, E. & Ruiz, C. (2002). *Desarrollo humano en la sociedad audiovisual*. Madrid: Alianza Editorial.
- Turón, V. (2000). *Anorexia y bulimia nerviosas: atención y prevención interdisciplinar*. Las Palmas: Consulting Dovall.
- Unikel, C., Aguilar, J. & Gómez-Peresmitré, G. (2005). Predictors of eating behaviors in a sample of mexican women. *Eating and Weight Disorders*, 10, 33-39.
- Unikel, C. & Bojórquez, I. (2007). A review of eating disorders research in Mexico. *International Journal of Psychology*, 42(1), 59-68.
- Unikel, C., Borjórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C., & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.

- Unikel, C. & Gómez Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7, 417-429.
- Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J. y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Alcantar, E. N. & Hernández, S. A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Ussher, J. (1991). *La psicología del cuerpo femenino* (1ª. Edición en español). Madrid: Arias Montano Editores.
- Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K. & Covert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance. A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1007-1020.
- Vargas, L. A. (1993). ¿Por qué comemos lo que comemos?. *Revista de difusión del Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. Nueva Época*, 7, 24-31.
- Vázquez, R., Álvarez, R. G. & Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de influencia de los modelos estéticos corporales (CIMEC) en población mexicana. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
- Vázquez, R., Álvarez, R. G., Mancilla, J. M. & Raich, R. M. (1998). Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario. En Asociación Mexicana de Psicología Social (Ed.), *La Psicología Social en México Vol. VII.* (pp. 357-362). México: AMEPSO.
- Vázquez, R., Fuentes, T.E., Báez, M., Álvarez, R. G. & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12 (1), 73-82.
- Vázquez, R. & Raich, R. M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. *Revista Psicología y Ciencia Social*, 2 (1), 59-69.
- Vincent, M. A. & McCabe, M. (2000). Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth & Adolescence*, 29, 205-221.

- Vygotski, L. (1934). *Pensamiento y lenguaje*. México: Quinto Sol.
- Wade, T., Davidson, S. & O'Dea, J. (2003). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 371-383.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1996). Anorexia nervosa and anorectic like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- Wang, C. & Mowen, J. (1997). The separateness-connectedness self-schema: Scale development and application to message construction. *Psychology & Marketing*, 14, 185-207.
- Warren, C., Strauss, J., Taska, J. & Sullivan, S. (2005). Inspiring or Dispiriting? The Effect of Diet Commercials on Snack Food consumption in High School and College-Aged Women. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 266–270.
- Wells, W., Burnett, J. & Moriarty, S. (1996). *Publicidad: Principios y prácticas*. México: Prentice-Hall.
- Wilksch, S., Tiggemann, M. & Wade, T. (2006). The impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 385-393.
- Wilson, G., Fairburn, C., & Agras, S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp.67-93). New York: Guilford Press.
- Wilson, G.T., Heffernan, K., & Black, C.M. (1996). Eating disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp. 541-571). New York: Guilford Press.
- Winzelberg, A., Eppstein, D., Eldredge, K., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. et al. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 346-350.
- Wolf-Bloom, M. (1999). Using media literacy training to prevent body dissatisfaction and subsequent eating problems in early adolescent girls. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*, 59 (8-B), 4515.
- Zabinski, M., Pung, M., Wilfley, D., Eppstein, D., Winzelberg, A., Celio, A. et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targetin at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401-408.

ANEXOS

ANEXO A.**EFRATA PARA MUJERES**

Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva	
Paso por períodos en los que como en exceso.	0.44
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	0.46
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	0.72
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	0.79
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	0.75
No soy consciente de cuanto como.	0.66
Siento que no puedo parar de comer.	0.81
Como sin medida.	0.80
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	0.63
Difícilmente pierdo el apetito.	0.40
Soy de los que se hartan (se llenan) de comida.	0.52
Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	0.65
Me avergüenzo de comer tanto.	0.58
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	0.45
Eigenvalue =12.4 Varianza explicada=16.5% alfa=0.90	

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida	
Comer me provoca sentimientos de culpa.	0.58
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	0.59
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”.	0.64
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	0.68
Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	0.41
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	0.72
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	0.49
Soy de los que se preocupan constantemente por la comida.	0.56
Me deprimo cuando como de más.	0.48
Eigenvalue =5.52 Varianza explicada=7.4% alfa=.8242	

Factor 3 Conducta alimentaria normal

Cuido que mi dieta sea nutritiva.	0.74
Como lo que es bueno para mi salud.	0.73
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	0.71
Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	0.73
Como con moderación.	0.45
Procuró comer verduras.	0.71
Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	0.62
Eigenvalue =4.39 Varianza explicada=5.9% alfa=0.69	

Factor 6 Dieta Crónica y Restringida

Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	.57328
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estómago lleno.	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55259
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.46706
Eigenvalue =1.93 Varianza explicada=2.6% alfa=0.81	

ANEXO B.

DESCRIPCIÓN DE LAS TEMÁTICAS ABORDADAS EN LOS TALLERES: Primer Estudio Piloto.

<i>Sesión</i>	<i>Contenido temático</i>
1	Presentación. Pubertad y adolescencia. Salud del Adolescente e imagen corporal.
2	Alimentación del adolescente. Información nutrimental, control alimentario y publicidad televisiva de alimentos.
3	El adolescente y los medios de comunicación: programas y anuncios televisivos dirigidos a adolescentes. Mensajes dirigidos a los adolescentes: estereotipos, creencias y presiones socioculturales hacia la <i>salud</i> , belleza y delgadez.
4	La imagen televisiva.
5	Publicidad televisiva y técnicas de persuasión.
6	Persuasión publicitaria y recepción crítica en televisión.
7	Activismo (I): Expresando opiniones y elaborando propuestas.
8	Activismo (II): Elaboración de un comercial que promueva la salud alimentaria de las adolescentes.
9	Presentación del comercial ante alumnos*, padres de familia y maestros.
10	Cierre. Evaluación del programa.

* Los temas fueron los mismos para ambos grupos, lo que cambió fue el abordaje en cada uno de ellos. El programa formación de audiencias críticas empleó una estrategia activa, mientras que en el programa psicoeducativo se aplicó con base en una estrategia de enseñanza tradicional.

ANEXO C.

DESCRIPCIÓN DE LAS TEMÁTICAS ABORDADAS EN LOS TALLERES: Segundo Estudio Piloto y Estudio Final.

<i>Sesión</i>	<i>Contenido temático</i>
1	Presentación. Pubertad y adolescencia. Salud del Adolescente e imagen corporal
2	Alimentación del adolescente. Información nutrimental, control alimentario y publicidad televisiva de alimentos
3	El adolescente y los medios de comunicación: programas y anuncios televisivos dirigidos a adolescentes. Mensajes dirigidos a los adolescentes: estereotipos, creencias y presiones socioculturales hacia la <i>salud</i> , belleza y delgadez
4	La imagen televisiva
5	Publicidad televisiva y técnicas de persuasión
6	Persuasión publicitaria
7	Recepción crítica en televisión
8	Activismo (I): Expresando opiniones y elaborando propuestas
9	Activismo (II): Elaboración de un comercial que promueva la salud alimentaria de las adolescentes
10	Presentación del comercial ante alumnos*, padres de familia y maestros

* Los temas fueron los mismos para ambos grupos, lo que cambió fue el abordaje en cada uno de ellos. El programa formación de audiencias críticas empleó una estrategia activa, mientras que en el programa psicoeducativo se aplicó con base en una estrategia de enseñanza tradicional.

ANEXO D: CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA “AUDIENCIAS CRÍTICAS HACIA LA PUBLICIDAD TELEVISIVA”.

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

DURACIÓN: 10 sesiones con duración de 1hr cada una.

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

Sesión	Objetivo Específico	Tema	Metodología	Material didáctico	Duración	Evaluación
1	1. Establecimiento de rapport. 2. Establecimiento del contrato de participación.	Bienvenida. Presentación de las facilitadoras y de las participantes.	Exposición. Técnica para romper el hielo: “Iniciales de cualidades”	-	60 minutos.	Actividad ejecutada.
2	1. Identificar los cambios de la adolescencia (físicos, cognoscitivos y sociales).	Adolescencia y salud.	Textos vivientes.	Hojas con los temas a representar; telas de colores, espejo disfraces, etc.).	25 minutos	Actividad ejecutada.
	2. Explorar estrategias de aceptación corporal.	Adolescencia e imagen corporal.	Imaginería.	Hoja de trabajo “La imagen en el espejo”.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
3	1. Identificar los grupos de nutrientes y la importancia del consumo de todos en una dieta balanceada.	Alimentación del adolescente.	Textos vivientes.	Hojas con los temas a representar; telas de colores, espejo disfraces, etc.).	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	2. Identificar el concepto de alimentación saludable.	Alimentación saludable.	Lluvia de ideas.	Tarjetas con hábitos sanos y no sanos.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	3. Describir el concepto de restricción alimentaria y distinguir la diferencia que existe con el término dieta	Control alimentario, dietas, figura y peso corporal.	Discusión grupal con guía de preguntas.	Video con anuncio publicitario en el que el producto se relaciona con la restricción alimentaria (dieta restrictiva) y cuidado del peso, grabadora y cassette.	20 minutos.	Actividad ejecutada.

4	1. Distinguir entre los estereotipos presentados en la publicidad televisiva de adolescencia, salud, belleza y los conceptos propios.	El adolescente en los medios de comunicación.	Observación y discusión grupal.	Vídeo con anuncio publicitario en que haya protagonistas adolescentes, televisor, videocasetera, rotafolio y plumones	20 minutos.	Actividad ejecutada.
		Estereotipos: adolescencia, salud, belleza, mujer, juventud, delgadez y obesidad.	Lluvia de ideas.	-	20 minutos	Actividad ejecutada.
	2. Identificar las consecuencias de adoptar como propio el ideal corporal delgado.	El impacto del ideal delgado.	Discusión en grupos pequeños.	-	20 minutos.	Actividad ejecutada.
5	1. Distinguir entre la imagen televisiva y la realidad.	La imagen en televisión.	Demostrativa	Cámara de vídeo, televisor, focos de colores, telas negras.	60 minutos.	Actividad ejecutada.
6	1. Definir el concepto de publicidad televisiva.	Publicidad televisiva.	Discusión en gran grupo.	vídeo con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolio, plumones.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	9 Describir los elementos de un anuncio publicitario, sus fines y quienes son sus beneficiarios.	Anuncios publicitarios.	Lluvia de ideas.	vídeo con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolio,	20 minutos.	Actividad ejecutada.

				plumones.		
	9 Identificar formas de persuasión en la publicidad televisiva.	La persuasión en publicidad televisiva.	Explicativa.	Hojas de trabajo "persuasión publicitaria", lápices.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
7	1. Explicar los pasos en la elaboración de comerciales desde la perspectiva del publicista.	Ejecutivas de una agencia publicitaria.	Role-playing.	Hojas blancas, lápices.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
	2. Identificar el concepto de recepción crítica.	El receptor crítico.	Análisis de comerciales.	Hoja de trabajo "receptores críticos"(ver anexo), lápices, video con anuncios, televisor, videgrabadora.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	3. Participar activamente en el proceso de recepción de mensajes publicitarios.	Activismo para adolescentes.	Lluvia de ideas.	Lectura de "cómo y cuando responder".	15 minutos.	Actividad ejecutada. Carta de expresión de opinión.
8	1. Diseñar propuestas de cambio de los mensajes transmitidos en los medios de comunicación.	El storyboard.	Explicativa.	Hojas blancas, lápices. Presentación en powerpoint explicando cómo elaborar un storyboard.	60 minutos.	Actividad ejecutada.
9	1. Elaborar propuestas de cambio de los mensajes transmitidos en los medios de comunicación.	Creando contra-comerciales.	Vivencial.	Cámara de video, disfraces, focos de colores, escenografía.	60 minutos.	Actividad ejecutada.
10	Difundir mensajes que promocionen la salud de la adoelscente.	Presentación del contra-comercial elaborado	Explicativa.	Proyector de video. vides con el comercial elaborado por las participantes.	60 minutos.	Comercial.

ANEXO E: CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA “PSICOEDUCATIVO”.

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

DURACIÓN: 10 sesiones con duración de 1hr cada una.

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

Sesión	Objetivo Específico	Tema	Metodología	Material didáctico	Duración	Evaluación
1	3. Establecimiento de rapport. 4. Establecimiento del contrato de participación.	Bienvenida. Presentación de las facilitadoras y de las participantes.	Exposición. Técnica para romper el hielo: “Iniciales de cualidades”	-	60 minutos.	Actividad ejecutada.
2	1. Identificar los cambios de la adolescencia (físicos, cognoscitivos y sociales).	Adolescencia y salud.	Lectura dirigida. Actividad a realizar: collage.	Cartulinas, revistas, tijeras, plumones y colores; hojas con los temas a explicar; gis y borrador.	25 minutos	Actividad ejecutada.
	2. Explorar estrategias de aceptación corporal.	Adolescencia e imagen corporal.	Discusión grupal, lluvia de ideas.	Hoja de trabajo “La imagen en el espejo”.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
3	1. Identificar los grupos de nutrientes y la importancia del consumo de todos en una dieta balanceada.	Alimentación del adolescente.	Lectura dirigida. Actividad complementaria: resolución de crucigrama.	Hoja “La alimentación del adolescente”	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	2. Identificar el concepto de alimentación saludable.	Alimentación saludable.	Lluvia de ideas.	Hoja de respuestas de hábitos sanos y no sanos.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	3. Describir el concepto de restricción alimentaria y distinguir la diferencia que existe con el término dieta	Control alimentario, dietas, figura y peso corporal.	Explicativa.	Video con anuncio publicitario en el que el producto se relaciona con la restricción alimentaria (dieta restrictiva) y cuidado del peso, grabadora y cassette.	20 minutos.	Actividad ejecutada.

4	1. Distinguir entre los estereotipos presentados en la publicidad televisiva de adolescencia, salud, belleza y los conceptos propios.	El adolescente en los medios de comunicación.	Explicativa.	Video con anuncio publicitario en que haya protagonistas adolescentes, televisor, videocasetera, rotafolio y plumones	20 minutos.	Actividad ejecutada.
		Estereotipos: adolescencia, salud, belleza, mujer, juventud, delgadez y obesidad.	Explicativa.	-	20 minutos	Actividad ejecutada.
	2. Identificar las consecuencias de adoptar como propio el ideal corporal delgado.	El impacto del ideal delgado.	Lectura dirigida.	-	20 minutos.	Actividad ejecutada.
5	1. Distinguir entre la imagen televisiva y la realidad.	La imagen en televisión.	Explicativa	Láminas ilustrativas.	60 minutos.	Actividad ejecutada.
6	1. Definir el concepto de publicidad televisiva.	Publicidad televisiva.	Explicativa.	video con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en medios, rotafolio, plumones.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	10 Describir los elementos de un anuncio publicitario, sus fines y quienes son sus beneficiarios.	Anuncios publicitarios.	Explicativa.	video con anuncios publicitarios dirigidos a adolescentes, televisor, videocasetera, guía de preguntas de conceptos básicos en alfabetización en	20 minutos.	Actividad ejecutada.

				medios, rotafolio, plumones.		
	10 Identificar formas de persuasión en la publicidad televisiva.	La persuasión en publicidad televisiva.	Explicativa y lectura dirigida.	Hojas de trabajo y lectura "persuasión publicitaria", lápices.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
7	1. Explicar los pasos en la elaboración de comerciales desde la perspectiva del publicista.	Ejecutivas de una agencia publicitaria.	Explicativa.	Láminas ilustrativas.	25 minutos.	Actividad ejecutada.
	2. Identificar el concepto de recepción crítica.	El receptor crítico.	Explicativa y demostrativa.	video con anuncios, televisor, videograbadora. Pizarrón y gis.	20 minutos.	Actividad ejecutada.
	3. Participar activamente en el proceso de recepción de mensajes publicitarios.	Activismo para adolescentes.	Lectura dirigida.	Lectura "cómo y cuando responder".	15 minutos.	Actividad ejecutada. Carta de expresión de opinión.
8	2. Diseñar propuestas de cambio de los mensajes transmitidos en los medios de comunicación.	El storyboard.	Explicativa.	Presentación en powerpoint explicando cómo elaborar un storyboard.	60 minutos.	Actividad ejecutada.
9	1. Elaborar propuestas de cambio de los mensajes transmitidos en los medios de comunicación.	Creando contra-comerciales.	Lectura dirigida.	Lectura "Creando contra-comerciales".	60 minutos.	Actividad ejecutada.
10	Difundir mensajes que promuevan la salud de la adolescente.	Elaborando carteles	Integración. Actividad a realizar: carteles que expliquen mensajes a favor de la salud e información de interés para la adolescente.	Cartulinas, tijeras, plumones, pegamento.	60 minutos.	Cartel.

ANEXO F.
INSTRUMENTOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

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

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

GRACIAS

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

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí. B) No.

3. Actualmente vives con:

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

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5. Edad de tu primera menstruación

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí B) No

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

- A) Sin escolaridad
- B) Primaria incompleta
- C) Primaria completa
- D) Secundaria incompleta
- E) Secundaria completa
- F) Carrera Comercial
- G) Carrera Técnica
- H) Preparatoria incompleta
- I) Preparatoria Completa
- J) Licenciatura incompleta
- K) Licenciatura completa
- L) Maestría/ Diplomado
- M) Doctorado
- N) No sé

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

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

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

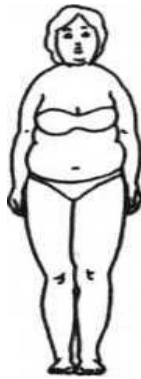
- A) No tiene B) Sí tiene

11. ¿Con cuántos cuartos cuenta tu hogar? Por favor incluye todos los cuartos que tengas (recámaras, sala, comedor, cocina) pero no baños, pasillos, patios, cochera Anotar cantidad**12. Contando todos los focos que utilizas para iluminar su hogar, incluyendo los de los techos, paredes y lámparas de buró o piso ¿con cuántos focos cuenta tu hogar? Anotar cantidad****13. ¿Tienes automóvil para uso privado en tu hogar?**

- A) No tengo B) Sí tengo

SECCIÓN B

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



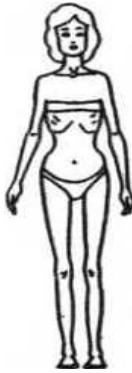
(A)



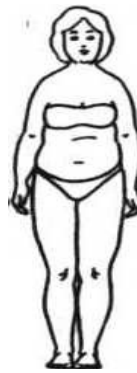
(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

**SECCIÓN
C**

1. En el último año :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. El problema consiste en que:

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

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

- A) No B) Sí

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

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

9. ¿Con que intensidad sientes hambre?

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

10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

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

**SECCIÓN
D**

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

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

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

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

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

SECCIÓN E

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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

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

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

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

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

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

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

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

10. Llegar a estar gorda :

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

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

Escribe el número de _____ *Años*

12. Cómo me ven los demás :

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

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

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

14. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

15. Me preocupa la forma de mi cuerpo.

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

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

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

17. Me gusta mirarme al espejo.

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

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

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

19. Admiro a las personas delgadas.

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

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

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

21. "Llegar a estar gorda..."

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

22. Una mujer guapa es:

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

23. Te gusta salir con muchachos:

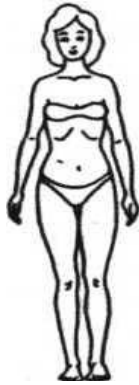
- A) obesos
- B) delgados
- C) con peso normal
- D) no importa su peso

24. A los hombres les gusta salir con mujeres:

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

SECCIÓN
F

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



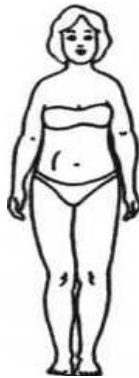
(A)



(B)



(C)



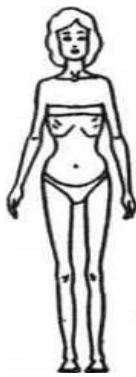
(D)



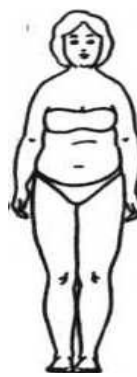
(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN G

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) Mucho
- B) Algo

C) Nada

9. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN H

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

- A) Sí B) No

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

- A) Sí B) No

3. En caso afirmativo, ¿quién es?

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

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

- A) Sí B) No

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

- A) Sí B) No

6. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?

- A) Sí B) No

7. ¿Te pesas habitualmente?

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

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

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

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

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

10. Si alguien lo ha hecho, ¿quién era?

- A) Tu madre
B) Tu padre
C) Hermana/o
D) Tío (a)
E) Abuelo (a)
F) Otros. Específica.

11. ¿Alguien te ha criticado o se ha burlado de ti por tu cuerpo o por tu peso?

- A) Sí
B) No

12. ¿Quién se ha burlado de ti?

- A) Novio(a)
B) Amigo(a)
C) Compañeros de clase
D) Vecinos



No. de Folio _____

CUESTIONARIO SOBRE TELEVISIÓN Y PUBLICIDAD

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

Nombre: _____ **Edad:** _____ años

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

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

1. ¿Ves televisión?

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

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

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

3. ¿Cuántas horas diarias ves la televisión?

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

4. ¿En qué horarios?

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

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

PROGRAMA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Telenovelas											
Cómicos											
De concursos											
Caricaturas											
Series norteamericanas											
Documentales											
Deportivos											
Videos musicales											
Reality shows											
Educativos											
Otros:											

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

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

¿Por qué son tus favoritos?

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

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

¿Cuáles?

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

¿por qué?

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

- a) Si
- b) No

Escribe la frase y la marca del producto

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

11. ¿Qué situaciones recordaste a partir del anuncio?

12. ¿Cuál es el mensaje que nos quiere comunicar?

13. ¿Qué opinas respecto a ese mensaje?

14. ¿Has comprado ese producto?

- a) Si
- b) No.

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

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

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

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

1. Los comerciales son más llamativos cuando salen personajes conocidos (actores, cantantes, deportistas, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Es suficiente con utilizar la información que se presenta en la publicidad para decidir comprar y usar un producto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Los productos que se anuncian por televisión si funcionan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Los comerciales de la televisión tratan de hacer que la gente compre algún producto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. El significado de la frase "salud es belleza" es que si cuidas tu cuerpo te verás bonita.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. La publicidad vende fantasías como subir de nivel social o económico, volverse famosos o atractivos, recibir aceptación o amor de otros, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Se puede confiar en la información que se dice en los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Los productos que se anuncian por televisión son los mejores productos que se pueden comprar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Es necesario estar al pendiente de la publicidad para estar a la moda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Es inútil opinar sobre lo que se dice en los anuncios, a nadie le interesa saber si nos agradan o desagradan los comerciales.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. La frase "salud es belleza" que sale en los comerciales significa que si estás sana eres bonita.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Las personas somos responsables de informarnos acerca de un producto antes de comprarlo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD XX (P)

Nombre: _____ **Edad:** _____ años

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

Peso: _____ kgs. **Estatura:** _____ metros. **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES: Pon una (X) en la letra de la respuesta que mejor conteste cada pregunta o completa con número según corresponda.

SECCIÓN A	4. A B C D E	38. A B C D E	22. A B C D E
1. A B C D E F	5. A B C D E	39. A B C D E	23. A B C D
2. A B	6. A B C D E	40. A B C D E	24. A B C D
3. A B C D E F	7. A B C D E	41. A B C D E	SECCIÓN F
4. A B C D	8. A B C D E	42. A B C D E	1. A B C D E F
5. A B C D E F	9. A B C D E	43. A B C D E	G H I
6. A B	10. A B C D E	44. A B C D E	SECCIÓN G
7. A B	11. A B C D E	45. A B C D E	1. A B C
8. A B C D E F	12. A B C D E	46. A B C D E	2. A B C
G H I J K L	13. A B C D E	47. A B C D E	3. A B C
M N	14. A B C D E	48. A B C D E	4. A B C
9. A B C D E F	15. A B C D E	49. A B C D E	5. A B C
10. A B	16. A B C D E	SECCIÓN E	6. A B C
11.	17. A B C D E	1. A B C D E	7. A B C
12.	18. A B C D E	2. A B C D E	8. A B C
13. A B	19. A B C D E	3. A B C D E	9. A B C
SECCIÓN B	20. A B C D E	4. A B C D E	10. A B C
1. A B C D E F	21. A B C D E	5. A B C D E	11. A B C
G H I	22. A B C D E	6. A B C D E	12. A B C
SECCIÓN C	23. A B C D E	7. A B C D E	13. A B C
1. A B C D	24. A B C D E	8. A B C D E	14. A B C
2. A B C D	25. A B C D E	9. A B C D E	SECCIÓN H
3. A B	26. A B C D E	10. A B C D E	1. A B
4. A B C D E F	27. A B C D E	11. _____ años	2. A B
5. A B	28. A B C D E	12. A B C D E	3. A B C D E F
6. A B C D E	29. A B C D E	13. A B C D E	4. A B
7. A B	30. A B C D E	14. A B C D E	5. A B
8. A B C D	31. A B C D E	15. A B C D	6. A B
9. A B C	32. A B C D E	16. A B C D E	7. A B
10. A B C D E	33. A B C D E	17. A B C D E	8. A B C
SECCIÓN D	34. A B C D E	18. A B C D E	9. A B
1. A B C D E	35. A B C D E	19. A B C D	10. A B C D E F
2. A B C D E	36. A B C D E	20. A B C D E	11. A B
3. A B C D E	37. A B C D E	21. A B C D E	12. A B C D

Nº Identificación:

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

Esta investigación se realiza simultáneamente en **países y culturas muy diferentes**. Por tanto, existen algunas preguntas que puedan parecerle extrañas o tener poco sentido para ti. En este caso, te agradeceremos que rodees el número al que pertenece esa pregunta con un círculo (O) y que trates de contestarla lo mejor posible.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante? Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna	7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo? Sí, mucho Sí, algo No, nada
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca	8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca.
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica? Sí, mucho Sí, algo No, nada	9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas? Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas? Sí, mucho Sí, algo No, nada	10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes? Sí, mucho Sí, algo No, nada

<p>11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>
<p>12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>	<p>20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>
<p>13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?</p> <p>Sí, más de 2 Sí 1 ó 2 No, ninguna</p>	<p>21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>
<p>14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?</p> <p>Sí, 3 ó más temporadas Sí, 1 ó 2 temporadas No, nunca</p>
<p>15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>	<p>23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>
<p>16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>	<p>24. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?</p> <p>Sí, 2 ó más Sí, 1 persona No, nadie</p>
<p>17. ¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>
<p>18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?</p> <p>Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna</p>	<p>26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada.</p>

<p>27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?</p> <p>Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna</p>	<p>35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?</p> <p>Sí, muchas veces Sí, a veces No, nunca</p>
<p>28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>	<p>36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho?</p> <p>Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna</p>
<p>29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>37. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>
<p>30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?</p> <p>Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna</p>	<p>38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>
<p>31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?</p> <p>Sí, siempre Sí a veces No, nunca</p>	<p>39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?</p> <p>Sí, casi siempre Sí, a veces Me da igual</p>
<p>32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras a cerca de productos o actividades adelgazantes?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>
<p>33. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>	<p>41. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar?</p> <p>Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna</p>
<p>34. ¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>Sí, seguro Sí, probablemente No, lo creo</p>	<p>42. ¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>

<p>43. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>50. ¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>Sí, seguro Sí, probablemente No, lo creo</p>
<p>44. ¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos ?</p> <p>Sí, siempre Sí, a veces No, nunca</p>	<p>51. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?</p> <p>Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna</p>
<p>45. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo e n un espejo, un escaparate, etc.?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	<p>52. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son?</p> <p>Sí, casi siempre Sí, a veces Me da igual</p>
<p>46. ¿Has seguido alguna dieta para engordar en los dos últimos dos años?</p> <p>Sí, mas 2 veces Sí, 1 ó 2 veces No, nunca</p>	
<p>47. ¿Te angustia que te digan que estás “delgada” , “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?</p> <p>Sí, mucho Sí, algo No, nada</p>	
<p>48.- ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?</p> <p>Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna</p>	
<p>49. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para <u>engordar</u>?</p> <p>Sí, 2 ó más Sí, 1 persona No, nadie</p>	