



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ORTOREXIA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

KARLA MONSERRAT DELGADO MARQUINA

GUADALUPE GERVACIO ROSETE

DIRECTOR: DR. ALBERTO JAVIER CÓRDOVA ALCARÁZ

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



CIUDAD UNIVERSITARIA,

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Deseo compartir con ustedes este logro y sobre todo agradecerles estar conmigo...

Al ser que me ha amado toda la vida, y a quien correspondo con el mismo amor; gracias por ser el pilar que me ha sostenido siempre, por fortalecerme cada día con palabras sabias que me impulsan a seguir adelante y no desistir, por hacer de mí la persona que soy con tus enseñanzas, valores y tu ejemplo, por la oportunidad de superarme, no te defraudaré. Compartamos la felicidad de cosechar esto que sembramos juntas. Te amo mamá.

A mi amorcito, por estar a mi lado cuando más lo he necesitado, por tus palabras de aliento y contenerme cuando experimento desesperanza, por comprender la importancia de este sueño y apoyarme para hacerlo realidad, especialmente por estar conmigo en este proceso que es mi titulación, por tanto amor y momentos agradables que hemos compartido, te dedico este sueño pues sé que te dará tanta felicidad como a mi lograrlo. Gracias Alberto, te amo.

A mis hermanos, Ivonne por los ánimos para salir adelante, por el cariño demostrado, por tu confianza, por ser una gran hermana que ha contribuido a que yo sea lo que ahora soy. Luis por el apoyo y porque sé que cuento contigo. Es un placer tenerlos como hermanos, los quiero. A mis sobrinas Liz y Jessy por quererme tanto, creer en mí y estar conmigo en todo momento, ustedes ocupan un lugar muy especial en mi corazón, las adoro pequeñas. Papá, por permitirme la vida ya que gracias a eso es que hoy vivo esto que no cambio por nada.

Al Dr. Alberto Córdova quien tuvo un papel muy importante en este proyecto, por su paciencia, ánimos, enseñanzas, por dirigirnos siempre con amabilidad y respeto. Gracias al Dr. Samuel Jurado, Lic. Noemí Barragán, Mtro. Sotero Moreno, Mtro. Jorge Álvarez, Lic. Marcos Verdejo.

Guadalupe Gervacio, fue un placer emprender juntas el proyecto, agradezco la confianza y me alegro que nos hayamos acoplado a la forma de trabajar lo cual nos deja esta bonita amistad.

A quienes me han brindado su amistad; Kari por tantos años de estar conmigo en momentos buenos y malos, a mi amiga vip por estos años compartidos de carrera y por tu amistad te quiero Adrianita. A los que han estado conmigo en las buenas y en las malas; Angy, Cecy, Julián, Mariana, Lupita, Ricardo, Aly, Diana. Gracias.

Y a todo aquel que colaboró para llegar a la meta, les agradezco.

Gracias Dios por permitir rodearme de todas estas personas, por la vida, por hacer que este proyecto se haya llevado a cabo y finalizarlo. Te pido que me bendigas siempre.

Atte. Karla Monserrat Delgado Marquina

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniendo paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos felices.

Agradezco al Dr. Alberto Córdova, por haber confiado en mi persona, por la paciencia y por la dirección de este trabajo. Al Dr. Samuel Jurado, Lic. Noemí Barragán, Mtro. Jorge Álvarez, Mtro. Sotero Moreno y Lic. Marcos Verdejo por el apoyo y los ánimos que me brindaron en el proceso de la Tesis.

A mi compañera de Tesis, Karla Delgado, que mostró mucha paciencia para que trabajáramos juntas, siempre siendo optimista y ayudándome cuando tenía algún problema, adaptándonos la una con la otra para lograr nuestro objetivo, en las buenas y en las malas, compartiendo risas y frustraciones y aprendiendo día a día el trabajo en equipo.

A mis padres Patricia y Gabriel, les agradezco por su apoyo, su guía y su confianza en la realización de mi sueño. A mis hermanas que me acompañaron en esta aventura, que significo la licenciatura y que, de forma incondicional entendieron mis ausencias y mis malos momentos, siempre apoyándome y animándome en todo momento. Soy afortunada por contar con su amor y comprensión.

Gracias también a todos mis amigos, por su lealtad, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida dentro de estos años en la carrera, conviviendo dentro y fuera del salón de clases. Tania, Miselle, Cinthya, Erika, Antonio, Raquel, Evelyn, Laura, Dulce, Bianka, José, Alfredo, Luis, Miguel Ángel, Diana, Christian y Claudia. Gracias por recordarme que hay personas valiosas en el mundo y gracias por estar en el mío.

Agradezco a Dios por llenar mi vida de dicha y bendiciones.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Gracias a todos.

Atte. Guadalupe Gervacio Rosete

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2

CAPÍTULO I

1. ORTOREXIA.....	4
1.1 ANTECEDENTES.....	4
1.2 PREVALENCIA.....	6
1.3 SINTOMATOLOGÍA.....	6
1.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....	8
1.5 FACTORES PREDISPONENTES.....	10
1.6 DIFERENCIA Y SINGULARIDADES DE LA ORTOREXIA CON OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).....	12
1.7 CONSECUENCIAS.....	13
1.7.1 FÍSICAS.....	13
1.7.2 PSICOLÓGICAS.....	14
1.7.3 SOCIALES.....	15
1.8 TRATAMIENTO.....	16

CAPÍTULO II

2. CREENCIAS.....	18
2.1 TEORÍAS DEL ESTUDIO DE LAS CREENCIAS.....	28
2.2 DISCREPANCIAS ENTRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTO, ACTITUD Y CONCEPCIÓN.....	31

2.3 SISTEMA DE CREENCIAS.....	33
-------------------------------	----

CAPÍTULO III

3. CREENCIAS DEL COMER SALUDABLEMENTE.....	37
3.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CREENCIAS DEL COMER SANO.....	43
3.1.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES.....	46
3.1.2 FACTORES ECONÓMICOS.....	49
3.1.3 FACTORES GEOGRÁFICOS.....	52
3.1.4 FACTORES RELIGIOSOS.....	56
3.1.5 FACTORES EDUCATIVOS.....	58
3.1.6 FACTORES PSICOLÓGICOS.....	60
3.1.6.1 CONTACTO CON EL ALIMENTO.....	62
3.1.6.2 APRENDIZAJE SOCIAL.....	63
3.1.6.3 APRENDIZAJE ASOCIATIVO.....	63
3.1.6.4 LA RECOMPENSA DE LA ELECCIÓN DE LA COMIDA	64
3.1.6.5 LA COMIDA COMO RECOMPENSA.....	64
3.1.6.6 MODELOS COGNITIVOS DE LA ELECCIÓN DE LA COMIDA.....	65
3.1.7 FACTORES RELACIONADOS CON LA URBANIZACIÓN E INDUSTRIALIZACIÓN.....	67

CAPÍTULO IV

4. EL SIGNIFICADO DE LA COMIDA.....	72
-------------------------------------	----

CAPÍTULO V

5. EL COMER SALUDABLEMENTE.....	79
---------------------------------	----

CAPÍTULO VI

6. METODOLOGÍA.....	89
6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	89
6.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	90
6.3 OBJETIVOS.....	90
6.4 OBJETIVO GENERAL.....	90
6.5 HIPÓTESIS.....	91
6.6 VARIABLES.....	91
6.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	92
6.8 DISEÑO.....	93
6.9 MUESTRA.....	93
6.10 PARTICIPANTES.....	93
6.11 POBLACIÓN.....	93
6.12 INSTRUMENTO.....	93
6.13PROCEDIMIENTO.....	94
6.14 ANÁLISIS.....	95
RESULTADOS.....	96
CONCLUSIÓN.....	111
DISCUSIÓN.....	112
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	117
REFERENCIAS.....	119
ANEXOS	

RESUMEN

Con el fin de conocer y describir las creencias de alimentación saludable en jóvenes universitarios, para detectar creencias erróneas que conllevan a la adquisición de conductas y hábitos de alimentación inadecuados, se reunió un total de 350 jóvenes de cinco facultades diferentes, 35 mujeres y 35 hombres de cada facultad. A todos se les aplicó el Test de ***Elección de alimentos*** y el de ***Hábitos y Creencias de Alimentación Sana***. Los resultados revelan diferencias en el consumo de alimentos de origen animal con grasa saturada y harinas, siendo mayor el consumo en hombres, mientras que las mujeres se inclinan por los vegetales manteniendo mejores hábitos que los hombres. Los estudiantes de medicina se alimentan más sanamente que los demás, sin embargo mantienen mayores creencias erróneas que los alumnos de otras facultades siendo los estudiantes de psicología quienes menores creencias erróneas mantienen sobre la alimentación. Los resultados sugieren que las mujeres en su mayoría se preocupan por tener un buen aspecto, cuidan su cuerpo y su salud, mientras que los hombres no se toman el tiempo necesario para cuidar su figura y si lo llegan a hacer, recurren al ejercicio dejando al margen la alimentación.

PALABRAS CLAVE: Ortorexia, creencias de la alimentación, hábitos y conductas de alimentación.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es una conducta indispensable para el ser humano, gracias a los desarrollos y tecnologías posteriores a la revolución industrial se ha facilitado la producción, conservación, distribución y acceso a los alimentos, sin embargo, esto puede tener una doble cara pues pueden darse carencias o excesos, como en los trastornos de alimentación, la desnutrición o la obesidad, sin embargo éstos desórdenes no solamente implican el rechazo a la comida o el uso de conductas compensatorias, sino también involucran una serie de alteraciones relacionadas con la actitud, creencia y el hábito de comer.

Y, como paradojas de la vida, hay quienes se obsesionan por el tema de la alimentación hasta llegar a la enfermedad. Como es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria donde se ven involucrados un complejo conjunto de cogniciones y actitudes hacia la comida, el peso y la forma corporal enlazado con conductas, hábitos alimentarios y prácticas de control de peso que se vuelven desordenadas y generan un gran número y tipo de consecuencias en diversas áreas del funcionamiento individual, incluyendo desajustes fisiológicos. Por una parte se encuentran las cogniciones y actitudes, las cuales tienen que ver con una serie de ideas, pensamientos, creencias, mitos, etc. acerca del valor nutritivo de los alimentos, la forma en que debe llevarse la alimentación, acerca del peso y la forma corporal, ideas que muchas veces se convierten en verdaderas distorsiones o errores que pasan a dirigir este ámbito de funcionamiento y van inundando todos los aspectos del comportamiento individual. Por otra parte, se habla de conductas refiriéndose a hábitos alimentarios, prácticas de control de peso, prácticas de actividades físicas, conductas adictivas y en muchos casos conductas sociales y prácticas sexuales como consecuencias de la preocupación por el tema peso/alimentación, forjando manifestaciones de padecimiento y alienación que se expresan en ansiedad social, aislamiento, secreto y desconfianza en los demás.

Entre los trastornos de la alimentación más estudiados está la anorexia y la bulimia, sin embargo se ha dado una nueva conducta alimentaria llamada Ortorexia, término descrito por primera vez por el inglés Bratman (2001),

caracterizada por la obsesión de la ingesta de comida “sana”, éste fenómeno es muy novedoso, por lo que hay pocos datos sobre personas afectadas, sin embargo se sabe que en España afecta en menos del 1% de la población siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

El culto a lo sano, es un deseo que ha provocado que la gente quiera diferenciarse de la masa y, para ello, hay quienes presumen de sufrir alergias o de que su estomago es tan delicado, que sólo acepta los productos naturales. La comida ecológica está muy bien, pero siempre que venga aliñada con sensatez.

Incomprensiblemente, existen pacientes con ortorexia, cuyas creencias y elecciones alimentarias rechazan la ingesta de proteínas animales, comprometiendo su vida por su ideología y convicciones. Aunque todo mundo está expuesto a la presión del consumo, no todas las personas tienen la misma predisposición para ver alterada su conducta. Esto va a determinar que algunas personas, terminen desarrollando nuevas alteraciones como la *Ortorexia*. Es por ello que es necesario estudiar las creencias que se tienen de lo que es comer “sano”, así como la forma en que las creencias de una alimentación sana influyen en la elección del consumo de ciertos alimentos.

Dado lo anterior, la presente investigación tiene por objeto conocer y describir las creencias relacionadas al comer “sano” así como la elección de los alimentos que realizan los jóvenes, dado que ellos son los más propensos a padecer los trastornos de la alimentación, a fin de aportar conocimientos sobre un posible factor de riesgo relacionado con las conductas alimentarias como son las creencias generadas en torno a una alimentación sana, ya que éste permitirá elaborar programas culturalmente sensibles que promuevan el bienestar, sin ser ajenos a las prácticas cotidianas de la población.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

Actualmente se ha hablado de lo que podría ser un nuevo cuadro de distorsión de la ingesta alimentaria habitual, descrito por el médico norteamericano Steven Bratman en 1997, al que denominó “Ortorexia Nerviosa” (Bratman y Knight, 2001).

Bratman definió por primera vez el término en un libro publicado en el año 2000, en los Estados Unidos de Norteamérica, el cual lleva por título “Health Food Junkies”. La palabra Ortorexia proviene del griego (ortho, justo, recto, y orexia, apetencia) y vendría a significar “apetito justo o correcto”. Pero en realidad se entiende por ortorexia la obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerarse como patológico (Muñoz y Martínez, 2007).

Bratman fue médico generalista y también miembro del movimiento de alimentos naturales de los Estados Unidos de Norteamérica durante 25 años. Fue un fiel seguidor de las dietas restrictivas para curar enfermedades con el propósito de obtener la salud (Muñoz y Martínez, 2007). Ese es el ideal que profesan vegetarianos, frutistas, crudistas, macrobióticos, etc. Muchos de estos seguidores de formas de comer restrictivas acaban suprimiendo grupos de alimentos básicos y pueden llegar al desequilibrio dietético y a la desnutrición.

En la década de los 70's Bratman fue cocinero y agricultor orgánico de una gran comunidad en Nueva York, él se autodenominaba como un "comedor de extremos" que se vio en un vivero de teorías alimentarias de la nueva era, disputadas por gente de diferentes campos dietéticos que poseían un conjunto de pronunciamientos contradictorios sobre lo que constituía “una buena alimentación”. En medio de todo este caos, Bratman acabó por componer su propia dieta que consistía únicamente en vegetales acabados de recoger del huerto y que masticaba al menos 50 veces antes de tragarlos. Al igual que muchos otros ortoréxicos, sus restricciones dietéticas se fueron volviendo cada

vez más inflexibles y animaba a los demás a seguir su ejemplo y a castigarse cuando probaban una pequeña porción de algún alimento que él consideraba prohibido (Muñoz y Martínez, 2007).

Bratman necesitó varios años para lograr cambiar sus hábitos. Entre los acontecimientos que le ayudaron a recuperar una cierta cordura alimentaria se cuenta la aparición de un monje benedictino que, contra la ley de no llenar el estómago jamás, le hizo ver en un restaurante de carretera la indecencia de dejar comida en el plato. Pero aún más le influyó el hecho de que un anciano pobre le regalara una pieza de queso Krafft que por piedad no pudo rehusar y que inmediatamente después de haberlo ingerido se sintió curado de su resfriado (Bratman y Knight, 2001).

Se dice que la suma de ambos acontecimientos, unido a un exigente proceso interior, hizo que, Bratman decidiera comerse una pizza y, de postre, un helado de Häagen-Dazs. Poco después, ya reconvertido, es cuando escribió el libro donde se relatan los síntomas de la ortorexia, sus amenazas para la salud, sus connotaciones religiosas y su cuadro psiquiátrico (Bratman y Knight, 2001).

En la actualidad, Bratman es un profesional de las medicinas alternativas y está haciendo campaña en contra de lo que considera una dedicación excesiva a las dietas estrictas, que pueden impedir que el cuerpo se beneficie de la nutrición básica. Según Bratman (2001), la mayor parte de estas dietas, si se siguen rigurosamente, pueden conducir a la ortorexia que, como muchos de los trastornos alimentarios, parece guardar mayor relación con el control psicológico que con determinados alimentos. Comenta que presenta el problema con el propósito de que la gente reconsidere lo que está haciendo, no tanto como un problema médico.

PREVALENCIA

En España actualmente se desconoce la prevalencia de éste trastorno ya que es un fenómeno muy novedoso, aunque algunos especialistas refieren entre un 0.5 y 1% de pacientes con ortorexia. Otros especialistas prefieren considerar la obsesión por lo sano como un subgénero que representa entre el 10 y el 15% de las anorexias (Zamora, Bote, García y Ríos, 2005; www.consumer.es).

Un estudio realizado en Italia por el Instituto de Ciencias de la Alimentación, Universidad de Roma, La Sapienza, sobre 404 individuos estimaba una prevalencia del 6,9%. Este estudio encontró una mayor frecuencia en hombres con nivel educativo bajo (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Cannella, 2004).

Es más, un estudio publicado recientemente y realizado entre 318 médicos residentes en un hospital de Ankara, en Turquía, estimó que el 45,5% de los participantes obtenían una puntuación compatible con la ortorexia en el test de ORTO-15 (Bagci, Camur, Güler, 2007).

Algunos expertos apuntan que estas cifras sufrirán un aumento espectacular en poco tiempo especialmente en personas en las que su imagen es importante para su desarrollo profesional o en aquellas impactadas por una enfermedad cercana asociada a un modo de vida alimentario poco adecuado (González M., www.psicocentro.com).

Puede que se trate de un trastorno alimentario más común y menos evidente que la anorexia y la bulimia, pero de lo que no cabe duda es que se ha convertido en un área de interés cada vez más creciente.

SINTOMATOLOGÍA

La Ortorexia es un comportamiento obsesivo-compulsivo, que se caracteriza por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores hacia el acto de comer.

La sintomatología comienza cuando se “quiere mejorar la dieta”, la cual se va convirtiendo en una obsesión. La fijación de la gente por la comida sana les lleva a ingerir sólo alimentos procedentes de agricultura ecológica, libres de transgénicos y se olvidan en la mayoría de los casos, incluir en su dieta, carnes o grasas de ningún tipo (Bratman y Knight, 2001). La fijación por lo sano puede producir en el organismo el efecto contrario al deseado, ya que dicha conducta puede acarrear carencias nutricionales.

Además de centrar sus restricciones de la conducta alimentaria en el menú, los ortoréxicos también realizan una serie de manías relacionadas con las tareas de cocina, como son: el lavado exagerado de verduras y frutas, la casi nula cocción de los alimentos o la predilección por un determinado utensilio o recipiente, además de una serie de ritos obligados a los que se suma el análisis meticuloso del etiquetado antes de cada compra (Bratman y Knight, 2001).

Algunos de los síntomas que indican que se ha perdido el control sobre la elección de nuestra alimentación son: pensar en planificar al milímetro las comidas, examinar y comparar las etiquetas de los productos, preferir ayunar antes que comer algo prohibido, renunciar a la vida social por ciertos alimentos, discutir constantemente acerca de lo que es o no conveniente comer, y en definitiva, afectar la vida cotidiana en base a las exigencias adoptadas, después de ello hay de qué preocuparse, ya que lo que puede empezar como un hábito alimentario, deriva casi en una religión, donde la mínima trasgresión equivale al pecado y a experimentar un enorme sentimiento de culpa cuando se cae en la tentación de comer cualquiera de los alimentos “prohibidos” y, para compensarlo, se castiga con un régimen aún más estricto o con la abstinencia total (Aranceta, 2007).

Las personas adscritas a esta tendencia tienen una gran sensibilidad por evitar los alimentos que contienen o podrían tener colorantes, conservantes, pesticidas,

ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos en sal, azúcares y otros componentes.

La forma de preparación (verduras cortadas de determinada manera) y los materiales utilizados (sólo cerámica o sólo madera, etc.) también son parte del ritual obsesivo. Por el contrario, sienten una sensación confortable al configurar y hacer realidad un menú, una ración o un plato elaborado exclusivamente con productos orgánicos, ecológicos, *bio* o con determinados certificados de salubridad. Esta práctica puede conducir muchas veces a que se supriman las carnes, las grasas y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportarle los mismos complementos nutricionales (Bratman y Knight, 2001).

Aranceta (2007), hace una clasificación de la sintomatología en cuatro fases del régimen del ortoréxico. Un primer apartado que se dedica a pensar con preocupación y detenidamente qué va a comer ese día o los siguientes; una segunda fase relacionada con la compra meticulosa e hipercrítica de cada uno de los ingredientes; una tercera fase relacionada con la preparación culinaria de estos ingredientes en la que también tendrán que estar presentes técnicas y procedimientos que no se relacionen con peligros para la salud; la cuarta fase es una fase de satisfacción, confort o culpabilidad en función del cumplimiento adecuado de los tres apartados precedentes.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, existen algunos criterios diagnósticos para la Ortorexia (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Cannella, 2005), que se basa en la respuesta afirmativa a cada una de estas cuestiones:

- a) Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- b) Preocuparse más por la calidad de los alimentos, que del placer de consumirlos.

- c) Disminución de su calidad de vida, conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
- d) Sentimiento de culpabilidad, cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- e) Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- f) Aislamiento social, ya que sus hábitos alimentarios interfieren con su vida cotidiana (familia, trabajo, amigos), puede ser muy crítico con lo que el resto elige comer.

Se considera que la respuesta afirmativa a estas y otras cuestiones similares permitirían, diagnosticar Ortorexia nerviosa y sus grados.

Otro instrumento empleado para el diagnóstico de la ortorexia es el cuestionario Orto-15 validado por Donini, Marsili, Graziani, Imbriale y Cannella en el 2005. Disponen de dos modalidades; un cuestionario bien estructurado de 15 preguntas sobre cuestiones relacionadas con los hábitos alimentarios; y una versión reducida con 11 preguntas (cuadro 1).

Cuadro1.

Test diagnóstico para la ortorexia (Modificado de Bratman)
¿Pasa más de tres horas al día pensando en su dieta?
¿Planea sus comidas con varios días de antelación?
¿Considera que el valor nutritivo de una comida es más importante que el placer que le aporta?
¿Ha disminuido la calidad de su vida a medida que aumentaba la calidad de su dieta?
¿Se ha vuelto Ud. más estricto consigo mismo en los últimos tiempos?
¿Ha mejorado su autoestima alimentándose de forma sana?
¿Ha renunciado a comer alimentos que le gustaban para comer alimentos “buenos”?
¿Supone un problema su dieta a la hora de comer fuera distanciándolo de su familia y sus amigos?
¿Se siente culpable cuando se salta su régimen?
¿Se siente en paz consigo mismo y cree que todo está bajo control cuando come de forma sana y previsible?

Si responde afirmativamente a 4 ó 5 preguntas significa que es necesario que se relaje más en lo que respecta a su alimentación (a no ser que esté a dieta por prescripción facultativa). Si responde afirmativamente a todas las preguntas, significa que tiene una obsesión importante por la alimentación sana y debe matizar esta conducta con ayuda de un profesional calificado.

En estudios comunitarios Aranceta (2007) plantea la importancia de conocer el impacto de los llamados “alimentos saludables” en la dieta tradicional de los consumidores; a qué alimentos desplazan o complementan; cómo se realiza la cobertura de las necesidades nutricionales o cuáles son las carencias que ocasiona este perfil de dieta de diseño supuestamente saludable. La obtención de estos datos es de interés prioritario para valorar el perfil nutricional de personas adictas a productos sanos, como el caso de la ortorexia.

FACTORES PREDISPONENTES

Las personas con ortorexia, son personas muy estrictas, de percepción vulnerable, controladoras y exigentes consigo mismas y con los demás. Las mujeres, el periodo de adolescencia y quienes se dedican a deportes como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables, ya que en general son muy sensibles frente al valor nutritivo de los alimentos, su físico y su repercusión sobre la figura o imagen corporal (Mathieu, 2005). Por otro lado, son las mujeres más jóvenes las más afectadas, imitando en ocasiones, a famosas actrices o modelos, muchas veces excéntricas pero con gran influencia (Muñoz y Martínez, 2007). Las cuales transmiten por los medios de comunicación lo que ellos creen que es una alimentación “sana”.

Se ha visto que los principales afectados generalmente son personas cultas, con grados superiores de estudio, pero con un estilo de vida sofisticado, su comportamiento tiende a ser compulsivo por lo que también se ha visto que son personas perfeccionistas apegadas estrictamente a las reglas y normas.

En algunos aspectos las personas con tendencia ortoréxica u ortorexia tienen antecedentes o rasgos comunes con los pacientes que padecen anorexia. Nos encontramos ante personas meticulosas, ordenadas, con una exagerada necesidad de autocuidado y protección (Zamora, Bote, García, Ríos, 2005; Mathieu, 2005).

Muñoz y Martínez (2007) encontraron que la Ortorexia parece no afectar a los sectores marginales, sino más bien al contrario, ya que éste tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir. De hecho, es en los países desarrollados, donde las personas tienen mayores probabilidades de preocuparse por los ingredientes de los alimentos que compran en los supermercados.

Actualmente la oferta alimentaria es más amplia que nunca, pero también se vive una época en que el exceso de información no siempre es del todo veraz o contrastado. La influencia de los medios de comunicación, que cada vez dedican más tiempo y espacio a temas dietéticos y a escándalos en víveres de consumo, ha podido incidir en la proyección de los problemas mentales y en trastornos endócrinos. Esto provoca que muchas personas decidan optar por un tipo de alimentación que, en ocasiones, puede ser más perjudicial que beneficiosa.

Según Bratman (2001), entre las razones que pueden conducir a la Ortorexia están la obsesión por buscar una mejor salud, el miedo a ser envenenado por la industria alimentaria y sus aditivos o, curiosamente, haber encontrado una razón espiritual para comer un determinado tipo de alimento. Las víctimas de estas alteraciones, esperan obtener todo tipo de beneficios físicos, psíquicos y morales, lo cual les puede llevar a una dependencia similar a la de cualquier adicto a las drogas.

Con frecuencia estas personas están relacionadas con los círculos vegan, macrobióticos o han sido seducidos por la filosofía de la dieta de los grupos

sanguíneos, la dieta de la zona, la dieta de las alergias o la hiperactividad y déficit de atención de Phil (Aranceta, 2007).

DIFERENCIAS Y SINGULARIDADES DE LA ORTOREXIA CON OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Es importante identificar la diferencia de esta conducta alimentaria con otros trastornos de la alimentación para evitar confusiones en el momento de su diagnóstico.

La Ortorexia coincide con otros TCA, tales como la anorexia y la bulimia nerviosa en cuanto que en general existe un deseo de verse perfectos, pero la singularidad de la ortorexia radica en que mientras en aquellas, la obsesión gira en torno a la cantidad de la comida consumida, en la Ortorexia el eje es la “calidad” de los alimentos (Muñoz y Martínez, 2007).

La persona que sufre Ortorexia no está preocupada por el sobrepeso, ni tiene una percepción errónea de su aspecto físico, sino que su preocupación se centra en mantener una dieta equilibrada y sana. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos, esta dieta no es la correcta, ya que no se cumple con los nutrientes necesarios para el cuerpo, al tener información errónea de la sustitución de los alimentos.

Los tres trastornos coinciden en castigarse cuando incumplen el plan dietético, pero unos lo harán con ayunos rígidos, otros, con vómito, purgas o ambos. Tanto las personas ortoréxicas como las anoréxicas, suelen ser estrictas, rígidas, controladoras, exigentes consigo mismas y con los demás, intentando siempre superarse a si mismo queriendo tenerlo todo bajo control. Suelen ser disciplinadas, tienen deseos de superación y vigilan lo que comen, cuánto y cuándo lo comen (Molina, 2006).

La pérdida de la sociabilidad es otro de los factores comunes a los TCA, ya que para estas personas, el comer les produce angustia, unas por el hecho de consumir alimentos y otras por el tipo de alimentos, provocando un retraimiento social, un abandono de las amistades y de las actividades de ocio y los restaurantes se convierten en lugares prohibidos para sus dietas.

Aunque los TCA más frecuentes en la actualidad son la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón, el DSM-IV habilita un apartado “*cajón de sastre*” donde se ubicarían transitoriamente otros cuadros de desajuste en la relación entre el individuo y su alimentación. En este apartado se podría situar el nuevo cuadro de distorsión de la ingesta alimentaria habitual, la “*ortorexia nerviosa*” (Bratman, 2001).

Cabe mencionar que la ortorexia aún no está clasificada en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) ni en la décima edición de Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (CIE-10) (Mathieu, 2005).

CONSECUENCIAS

Toda obsesión trae consecuencias negativas, ésta no es la excepción. La ortorexia conlleva a la restricción de alimentos, la cual puede conducir a la mala nutrición que a su vez contribuye a cambios físicos, sociales y emocionales que se ponen de manifiesto en forma de alteraciones morfológicas, psíquicas y funcionales, tales como la pérdida de peso y la detención del crecimiento, la tristeza y el mal humor, y desequilibrios metabólicos, cardiovasculares, y pérdida de capacidad inmunitaria permitiendo la aparición de infecciones oportunistas en las alteraciones funcionales, así como en su vida social (Molina, 2006).

FÍSICAS

Entre las consecuencias físicas que se encuentran destacan los déficit nutricionales, como la anemia y la pérdida de vitaminas. La dieta saludable se

transforma en una auténtica obsesión, que puede impedir que el cuerpo se beneficie de la nutrición básica. En su mayoría, las mujeres que sufren ortorexia, igual que las anoréxicas, están muy delgadas, casi demacradas por el déficit de calorías, pierden la menstruación, se les estropea el cabello, pueden sufrir problemas renales, osteoporosis, hipervitaminosis o hipovitaminosis, anemias, carencia de oligoelementos, hipotensión, etc. (www.saludmania.com).

De esta forma los niveles del equilibrio del cuerpo se desploman, se pierde hierro, y proteínas y en la mayoría de los casos se desencadenan otras enfermedades mucho más graves. La salud de las personas se ve afectada seriamente por la carencia de nutrimentos esenciales. Por ejemplo, no ingerir grasas afecta la metabolización de vitaminas insolubles en el organismo; no consumir carne hace que se reduzcan los niveles de hierro y, aunque los vegetales también aporten proteínas, son de calidad inferior. Por el hecho de que la agricultura ecológica no emplee pesticidas se corre el riesgo que las frutas y los vegetales alojen parásitos o larvas peligrosas para la salud (www.terra.com.mx).

Además, no solo constituye un mal a nivel físico sino también psicológico, que en la mayoría de los casos tiene que ser tratado por un especialista (Tania Mora, www.mundogar.com). La propia carencia de vitaminas como la B12 provoca alteraciones del comportamiento, que acentúan en una obsesión.

PSICOLÓGICAS

Los argumentos que utiliza una persona ortoréxica para justificar su tipo de alimentación, serían: “busco una mejor salud”, “tengo miedo a ser envenenado por la industria alimenticia por los aditivos que utilizan”, o “he encontrado una razón espiritual al comer estos alimentos”.

El paciente ortoréxico, convierte la comida en el centro de su vida y esta actividad puede resultar peligrosa para su salud y para su equilibrio emocional, provocando cambios de carácter: debido al aislamiento que suele dar lugar a este desorden

alimenticio, la persona adquiere un carácter irritable y amargo. Así mismo también se produce un círculo vicioso debido a la falta de satisfacciones afectivas, lo que conduce a una preocupación aún mayor por la comida (www.consumer.es).

Así, la pérdida de la sociabilidad, es una de las consecuencias de la ortorexia. Pero, en el fondo, subyace el miedo. “Al igual que la anorexia y la bulimia, la ortorexia es una forma inadecuada de manejar la angustia” (www.terra.com.mx). Por otro lado, también podemos encontrar la depresión e hipocondriasis.

SOCIALES

Las consecuencias que tiene este desorden alimenticio sobre la vida y el entorno social son principalmente (www.consumer.es):

- Rechazo a comer fuera de casa para evitar tentaciones y porque es contrario a sus teorías.
- Distanciamiento de amigos y familiares, pues todo su mundo gira en torno a sus estrictas normas acerca de la comida.

A decir de lo anterior, un ortoréxico lleva su dieta tan estricta, que comer con otras personas o fuera de su casa puede convertirse en un gran problema. Prefiere pasar hambre antes que comer alimentos impuros y acaba dejando de ir a casa de familiares o amigos por lo que le puedan dar de comer. Son los mayores consumidores de productos dietéticos, biológicos, integrales y sin grasa y los restaurantes vegetarianos, japoneses o macrobióticos suelen ser sus preferidos (www.saludmania.com).

Así, todos y cada uno de los factores mencionados son los que han dado la pauta para establecer un diagnóstico de esta nueva sintomatología que en la actualidad se está haciendo presente no sólo en países como España o Estados Unidos, sino también en México (www.saludmania.com).

TRATAMIENTO

Al igual que en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y todos los TCA, es más costosa la recuperación psicológica que la física, ya que hay que eliminar todas las conductas que el paciente ortoréxico ha ido adoptando durante un largo periodo de tiempo.

Mathieu (2005) plantea que el tratamiento requiere de la intervención de un equipo de ayuda en el que participen médicos, psicoterapeutas y dietistas. Es necesaria una exploración médica inicial que favorezca el consenso sobre una dieta más equilibrada y confortable. En los casos preocupantes puede ser necesario el uso de antiserotoninérgicos. Es posible que en varios de estos pacientes resulte un reto especialmente difícil conseguir que sigan un tratamiento farmacológico ya que son personas obsesionadas con la pureza y una dieta natural. Sin embargo, a diferencia de los pacientes afectados por otros TCA, las personas con ortorexia suelen responder mejor al tratamiento, precisamente por esa preocupación por su salud y autocuidado.

Trabajar con el entorno inmediato de los pacientes y fomentar la educación nutricional temprana son complementos imprescindibles para alcanzar la solución definitiva al problema.

En el tratamiento deben abordarse perspectivas diversas que incluyan la corrección de las posibles complicaciones orgánicas, la rehabilitación nutricional y la recuperación de las pautas normales de alimentación así como el estudio de los posibles problemas psicológicos, familiares y sociales que presente cada enfermo. (Dávila, García, Mata y Saucedo, www.monografias.com).

La recuperación ponderal en estos pacientes, por sí sola, puede dar lugar a una mejoría del pensamiento obsesivo y del estado de ánimo. El objetivo final del tratamiento es que el paciente adquiera hábitos alimentarios correctos y que ingiera una dieta equilibrada que contenga proteínas, hidratos de carbono y

grasas, además de vitaminas y oligoelementos (Dávila, García, Mata y Saucedo, www.monografias.com).

En cuanto a la psicoterapia, ésta debe ir encaminada a conseguir que el paciente no sólo cambie su conducta, sino también sus actitudes hacia su cuerpo y favorecer su autoestima. Hay que ayudarles a descubrir sus creencias distorsionadas en relación a las conductas alimentarias y modificarlas (Dávila, García, Mata y Saucedo, www.monografias.com).

Puede ser útil, también, informarles acerca de los efectos de la inanición y de las complicaciones de la enfermedad, y mostrarles las presiones socioculturales a las que se ven sometidos y que, sin duda, influyen también en la aparición de estos trastornos.

Aunque no todas las familias de los pacientes con trastornos de la alimentación son disfuncionales, todas ellas necesitan ayuda para que puedan colaborar adecuadamente en el tratamiento. Es necesario que los padres conozcan las características del trastorno que padece el paciente y que reciban las orientaciones e indicaciones oportunas para lograr en ellos una actitud que no potencie la enfermedad y las características patológicas de personalidad del paciente.

Respecto a la prevención, al ser una patología nueva, no existe una prevención específica. Pero es importante abordar el entorno inmediato de los pacientes y fomentar la educación nutricional temprana, son complementos imprescindibles para alcanzar la solución definitiva al problema (Dávila, García, Mata y Saucedo, www.monografias.com).

CAPÍTULO II

CREENCIAS

Fursay-Fusswerk (1985), menciona que el hombre posee una capacidad biológica perteneciente al dominio de los instintos de aprehensión de un concepto, idea o sistema, real o no, dependiente de las facultades intelectuales propias de la racionalidad, a la que llamó “creer”, capacidad de adhesión sin reflexión. Este factor de creer pertenece a un gran campo de investigación que ni se niega ni se opone a tipo alguno de creencias, al contrario, permite que se comprenda más íntegramente el pensamiento humano. Asimismo menciona que existen dos formas de aprehensión mental, por una parte está el conocimiento que recurre al razonamiento lógico y a la experiencia, la segunda forma se refiere al conocimiento perpetuamente sujeto a las dudas de la racionalidad y la creencia, resultado del mecanismo instintivo que escapa a los argumentos racionales y por lo tanto es el motor más fuerte de los comportamientos humanos. Esto explica fenómenos como curaciones obtenidas por la sugestión, tratamientos por placebos, entre otros.

El hombre siempre ha defendido e impuesto sus creencias, pues de esta forma, justifica y confirma las suyas lo cual le proporciona más seguridad en cuanto a sus convicciones pues es incapaz de cuestionárselas, lo que permite un mayor arraigo de éstas. Así, Machado (citado en Fursay-Fusswerk, 1985) menciona: “atrás de todo lo que se piensa, se encuentra lo que se cree y hay hombres tan profundamente divididos que creen lo contrario de lo que piensan”, es decir detrás de cada acción, existe una creencia y muchas veces el ser humano actúa contrariamente a lo que cree.

En las ciencias sociales, en particular la sociología, las creencias son analizadas desde la función que cumplen en las relaciones sociales, mediante planteamientos teóricos orientados a comprenderlas y explicarlas (Ortega y Gasset, 1968).

Su objeto está conformado por un “continuum”, cuyos extremos oscilan entre los aspectos de máxima racionalidad hasta los de un mínimo nivel de reflexividad que, en su despliegue, comprende desde la interacción personal hasta otras formas esporádicas y no necesariamente realizadas de manera presencial, como pueden ser las relaciones virtuales (Fernández, 2006).

El término creencia se utiliza en diversas áreas del conocimiento; como es la filosofía, la psicología, teología, etc., pero también se usa en la vida cotidiana con diferentes significados, en este sentido el término puede utilizarse con bastante frecuencia como un sinónimo de conocimiento, actitud y/o concepción.

Las creencias se basan y se caracterizan en torno a su carácter subjetivo, su contenido, su relación con la afectividad y con el contexto y su naturaleza. Es importante destacar tres componentes de las creencias: cognitivo, afectivo y contextual, siendo el componente cognitivo más potente que el afectivo, por eso tienen un alto grado de estabilidad. (Callejo y Vila, 2003).

En un sentido ordinario, “creer” se refiere a considerar un objeto o situación objetiva como algo existente, con mayor o menor probabilidad, tenerlo por parte de la realidad, contar con él en el mundo, entendiendo por “mundo” la totalidad de lo que existe. La creencia es la disposición de un sujeto considerada en cuanto tiene relación con la realidad tal como se le presenta a ese sujeto, o lo que es lo mismo, en cuanto tiene relación con la verdad. Sólo se cree lo que se considera verdadero. (Villoro, 2008).

Ponte (1994) considera las creencias como verdades personales e intransferibles de cada uno que derivan de la experiencia o la fantasía y que tienen un componente afectivo y de valoración.

Por su parte Pepitone (1990), concibe a las creencias como estructuras relativamente estables que representan lo que para un individuo existe más allá de

su percepción directa, engloba conceptos de la naturaleza, las causas de las cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida. Son culturalmente universales, por lo que existen diferencias en cuanto a la forma y contenido de las mismas a través de las diferentes culturas.

Para creer en algo es necesario que de algún modo se haya aprehendido el objeto o situación objetiva creídos. La aprehensión puede ser un proceso de percepción, de imaginación o de memoria: en ese caso, el objeto se presentará en imágenes perceptuales, fantaseadas o mnémicas; puede ser también la simple comprensión del significado de una oración: lo representado será el objeto proposicional en cuanto comprendido. Por otra parte, la aprehensión puede ser inmediata, como simplemente percatarse de algo dado, o mediata, como resultado de un proceso en que se refieren los datos a la unidad de un objeto, o de una inferencia. No se puede creer en nada que no haya sido aprehendido en alguna forma y representado ya sea en la percepción, la memoria, la imaginación o el entendimiento. Si el objeto creído no hubiera sido aprehendido no sería justamente objeto de nadie, aunque existiera realmente; en cambio, se puede creer en objetos representados por la imaginación o el entendimiento o comprendidos por el entendimiento aunque no existan realmente; por ejemplo; creer que se podrá terminar la carrera, es decir, creer en hechos futuros, ya sean agradables o desagradables. A pesar de que es necesario que para que haya creencia, el objeto debe ser aprehendido, no es indispensable que esté presente a la conciencia en el momento de creer, es decir no debe mantenerse siempre, ni que ocurra en el momento en que se manifiesta la creencia (Villoro, 2008).

Pehkonen (1996) menciona acerca de las creencias que:

- a) Existen diferentes grados de consciencia de las creencias; se encuentran las inconscientes, semiconscientes y conscientes, desde un 0 a un 100%.
- b) Las creencias se encuentran ligadas a situaciones.

- c) Se refiere más a conocimiento que a creencia cuanto menor es el papel que desempeñan los afectos. No obstante habría que distinguir el conocimiento personal y el que se estima como objetivo.
- d) Hay que caminar hacia concepciones más dinámicas de las creencias.
- e) Más que de creencias básicas debería hablarse de creencias primitivas.
- f) Afectos, creencias y conocimientos son tres conceptos de los que no se sabe bien cuáles son sus inclusiones y relaciones.

De acuerdo con Pepitone (1990), las creencias se agruparían según su función en la siguiente categoría:

- a) Emocional. Es decir las creencias como maneras de manejar emociones.
- b) Cognoscitivo. Las creencias se ubican en niveles cognoscitivos, lo que proporciona sentimiento de control ante la vida.
- c) Moral. Las creencias como reguladores entre la responsabilidad moral y las personas y los grupos.
- d) El grupo. Unifican a los grupos al darle a cada persona una identidad en común.

Llinares (1992) distingue tres aspectos acerca de la naturaleza de las creencias:

1. Dominio, definido como el “envoltorio” y los compromisos personales de la creencia establecida. Este componente se puede inferir del uso de afirmaciones que describen elecciones personales, decisiones y acciones (es decir, el contenido de la creencia).
2. Razones o argumentos que acompañan la elección de la creencia y relacionan las creencias con las acciones. Este componente se infiere del uso de los términos “por qué” y “cómo”, que explican la importancia de la creencia.
3. Práctica aplicada, que describe la transferencia individual de las creencias a la práctica.

Pepitone (1990), propone una clasificación de las creencias más importantes en la conducta social humana, que incluye las siguientes categorías:

-Creencias Naturales-Materiales: refiriéndose a todo lo que existe en el mundo material o aquello que puede ser definido materialmente en algún nivel de análisis. Se incluyen aquí las creencias científicas, históricas y sociales.

-Creencias Religiosas: incluye objetos y lugares sagrados así como eventos sobrenaturales como la resurrección y la reencarnación, además de dioses, ángeles, espíritus y demás poderes y entidades anímicos. Las creencias giran en torno a deidades, obediencia a leyes divinas, rezos y el destino del espíritu en vidas siguientes.

-Creencias Seculares Sobrenaturales: que son destino, brujería, suerte, casualidad y aspectos psicológicos.

Destino: es una creencia muy antigua y de mucha influencia en el repertorio humano. Se le ha considerado como un poder impersonal que parte de un sistema cósmico por lo que se le asocia a los movimientos astronómicos, en este sentido, se espera que el destino sea el que se encargue del control de lo que suceda y no la persona que será afectada por el resultado.

Brujería: se refiere a poderes sobrenaturales practicados por personas extraordinarias mediante trances, maldiciones, conjuros y otras formas de “magia negra”, cuyo objetivo es dañar a otro.

Suerte: es la existencia de un poder externo que actúa de manera misteriosa y no predecible, diferente de la motivación individual y de las habilidades personales e independientes a la casualidad, que interviene en las consecuencias positivas o negativas de un acontecimiento determinado. Al creer en este tipo de factores y poderes equivalentes a la suerte, la persona percibe cierto grado de control sobre los acontecimientos relacionados.

Casualidad: en muchas ocasiones este concepto se toma como parecido a la suerte, sin embargo los resultados de la casualidad no tienen nada que ver con agentes materiales o sobrenaturales, personales o impersonales. El que eventos de la vida estén determinados por la casualidad significa que no hay una relación causal entre ellos y conductas previas, es decir esos eventos le pudieron haber sucedido a cualquier persona que se encuentre en las mismas circunstancias, pues no son controlables.

Psicológicos: es decir procesos mentales de la persona que intervienen en determinados resultados, en otras palabras, el poder que el hombre en realidad posee en mayor o en menor grado para controlar ciertos eventos. Existe un amplio número de creencias de este tipo, como el valor de la inteligencia, la motivación, el éxito, autoestima, etc.

-Creencias morales. Relacionadas con los estados de bondad y rectitud y en el modo de llegar a ellos. Este tipo de creencias, en cierto modo se encuentran conectadas a las creencias en entidades divinas, de manera directa o indirecta.

Fishbein y Ajzen (1975) señalan tres tipos de creencias, según su origen:

1. Creencias descriptivas: Éstas provienen de la observación directa y sobre todo de la experiencia, del contacto personal con los objetos; se mantienen con un alto grado de certeza al ser validadas continuamente por la experiencia y suelen tener un peso importante en las actitudes de los individuos.
2. Creencias inferenciales: Son las que tienen su origen en relaciones previamente aprendidas o en el uso de sistemas formales de codificación; en cualquier caso, la base de la creencia inferencial es siempre algún tipo de creencia descriptiva.
3. Creencias informativas: Como su nombre indica, provienen de informaciones que proceden del exterior: otras personas, medios de comunicación social, medios académicos, etc.

Según Parsons (1966), los tipos de creencias que sustentan esas relaciones conforman un amplio abanico, en el cual se pueden reconocer dos principios fundamentales. Uno, fundado en la reflexividad que tiene como función orientar la acción conforme al logro de un fin, y son las llamadas “creencias racionales”. El otro, tiene por cimiento diferentes creencias no racionales o a-lógicas.

Dentro del espectro que las comprende, otros tipos resultan de sus combinaciones. Por ello, se puede inferir que cualquiera que sea el tipo de creencia que da sentido a la acción, brinda los elementos de justificación necesarios para realizarla, mantenerla, modificarla, suspenderla o finalizarla.

Por otro lado, estas diversidades sirven para explicar los repliegues que, en algunos casos, son útiles para distinguir conductas sociales de cooperación o de antagonismo. Esas diferencias devienen de los distintos valores sustentados y son posibles de ser observados en las distintas épocas históricas.

En este orden de ideas, se puede sostener que su contenido puede cambiar de una sociedad a otra, como también entre los distintos sectores que la componen. Si presentan un carácter normativo, se las denomina “valorativas”. Si se combinan con otras, conforman “visiones del mundo”, las fundamentadas en la fe y la trascendencia son “religiosas”, y las “políticas” se hallan incorporadas en las ideologías. Pero en todas ellas existe un proceso de internalización individual y colectivo. Y constituyen el fundamento justificativo de la acción humana, a pesar de que en ocasiones es difícil dar cuenta de aquello que se cree (Fernández, 2006).

Como lo indica Quintana (2001) las creencias son, ante todo, personales y sociales, se consideran un hecho social, en la medida en que el hombre se desenvuelve en grupos sociales, por tanto, las construcciones a manera de creencias están permeadas de ese contacto con el medio social y, por supuesto, puede afirmarse que lo mismo ocurre a la inversa, es decir, que los grupos sociales se ven influidos por las creencias personales de los individuos que lo conforman.

En ese sentido, Chajet (citado en Ruiz, 2009) establece que las creencias se consideran un producto social y personal, en tanto que en muchos casos son subconscientes afectan la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean.

Por su parte, Myers (1995), se refiere a las creencias sociales como el modo en que el individuo se forma impresiones, juicios y explicaciones, aspectos esenciales para los sentimientos, opiniones y reacciones, prejuicios y afectos de cada quien.

Enfatiza sobre la distorsión y el procesamiento eficiente de la información, y al respecto menciona seis maneras en que se forman y sostienen creencias falsas, nombradas “razones para la sin razón”, a continuación se describen:

- a) Comúnmente no sabemos por qué hacemos lo que hacemos. Toma en cuenta que se conoce lo que se sabe gracias a la intuición y la experiencia personal. La inexactitud es una característica del autoconocimiento que es poco tomada en cuenta, ya que a veces se piensa que se sabe sin embargo en muchas ocasiones esa información interior es errónea. Esto toma importancia, pues al tratar de predecir la propia conducta se hace deficientemente, ya que con frecuencia los factores que influyen en los sentimientos y conducta se identifican erróneamente. Por lo tanto se debe tomar en cuenta este factor, pues así al darse cuenta que puede caerse en el error, se disminuirá la frustración.
- b) Nuestras concepciones controlan nuestras percepciones, interpretaciones y recuerdos. Es decir, la realidad objetiva es interpretada o construida a través de las creencias, actitudes y valores de cada quien. Aquí entra en juego un fenómeno llamado perseverancia de la creencia, que muestra que las creencias pueden cobrar vida propia, sobreviviendo incluso a la desacreditación de la evidencia que les dio origen, pues es muy difícil tratar de cambiar una creencia una vez que la persona está completamente convencida de ella, pues dentro del individuo, se ha creado una razón muy potente que la explique y la arraigue con fuerza, además entre más se conoce y se aceptan las teorías propias, con mayor fuerza se rechazan fundamentos que las puedan desafiar, pese a estos argumentos, no es imposible cambiar las creencias de una persona, lo que sucede es que el cambio ocurre lentamente y se requiere evidencia más imponente para alterar una creencia que para crearla. Con esto puede notarse la gran influencia que tienen las creencias sobre la interpretación de la realidad de una persona, así como en sus recuerdos, pues estos se construyen al momento de recuperarlos tomando como base las creencias y

conocimientos actuales los cuales se encargan de llenar los agujeros y recordarlos con mayor precisión.

- c) Sobrestimamos la precisión de nuestros juicios. Esto lo explica un fenómeno llamado “confianza excesiva” que es la tendencia a estar más confiado que acertado o a sobrestimar la precisión de las creencias propias. Las personas se inclinan más a buscar información que verifique sus creencias que evidencias que las contradigan, fenómeno llamado “sesgo de información”. Un ejemplo sería la confianza excesiva en sí mismo o la sobreestimación del poder de control sobre un fenómeno específico.
- d) A menudo ignoramos información útil. Esto sucede cuando se utiliza la “representatividad del heurístico” que es la estrategia para juzgar la probabilidad según su disponibilidad en la memoria de las cosas, por qué tan bien representan o corresponden a modelos particulares. Esto lleva a las personas a generalizar las creencias a partir de hechos particulares. Myers (1995) menciona un principio básico del pensamiento social que consiste en que las personas son lentas para deducir casos particulares a partir de una verdad general, pero en cambio, son muy rápidas para inferir una verdad general a partir de un caso en particular.
- e) Percibimos erróneamente la causalidad, correlación y el control personal. Aquí entra en juego el azar a las explicaciones de ciertos acontecimientos. Un fenómeno es la “correlación ilusoria” que consiste en percibir una relación donde no tiene cabida alguna o percibir una relación más fuerte de la que en realidad existe. De este modo, al creer en una correlación, se perciben y recuerdan hechos que la confirman. Es decir, si se cree que las premoniciones se correlacionan con los eventos se tiende a observar y recordar la ocurrencia conjunta de la premonición y la ocurrencia posterior a dicho evento. Sin embargo, en mínimas ocasiones se recuerdan todas las ocasiones en que los eventos inusuales no coinciden. Un ejemplo sería cuando alguien decide salir con unos zapatos y ese día llueve, la siguiente ocasión que sale con esos mismos zapatos vuelve a llover, por lo tanto la persona relaciona esos zapatos con la aparición de lluvia. Al atribuir los

eventos a un hecho u otro, se perciben los eventos incontrolables como sujetos a control propio o como más controlables de lo que son, lo cual es un fenómeno adaptativo llamado “ilusión de control”. Siguiendo con el ejemplo, lo que la persona hará es salir sin esos zapatos, puesto que *sabe* que esos zapatos atraerán la lluvia, lo cual científicamente es erróneo, sin embargo la persona se sentirá segura y con un sentimiento de control sobre la lluvia.

- f) Las creencias pueden generar su propia realidad. Ya que las creencias dirigen las acciones de las personas, la conducta que se manifiesta produce su aparente confirmación. Por ejemplo el *sesgo del experimentador*, donde los sujetos en investigación cumplen con lo que se espera de ellos. Donde las expectativas sociales de las personas las conducen a actuar de tal modo que hace que los demás confirmen sus creencias aunque con ciertos límites; fenómeno llamado “confirmación conductual”.

Las creencias son cercanas al campo de los hechos y por ello más fácil de cambiar que los valores, aluden a lo que tiene que ver con el conocimiento y con la información que las personas disponen con respecto a una cosa, sea más concreta o más general. Una creencia es una certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que se considera verdadera, afectan la percepción que el individuo tiene de sí mismo, de los demás y de las cosas y situaciones que le rodean.

A través del sistema de creencias y valores se da significado y coherencia al significado del mundo con el cual las personas se encuentran íntimamente relacionadas.

Las definiciones de creencia, que se han citado en este apartado, evidencian que dicho término encierra la parte afectiva y cognitiva del individuo, es decir, que transita en estos dos espacios, provocando que la persona se enfrente al mundo con una serie de ideas consolidadas y que, en cierta medida, no solo determinan

los intercambios con ese mundo, sino que además, la realidad ya parece construida en la mente del individuo. En efecto, la función de las creencias es satisfacer la necesidad que tiene el hombre de comprender el sentido de su vida y del mundo que comparte con sus semejantes. Por tanto, los cambios que se puedan generar acerca del significado de la misma, resultan una tarea verdaderamente difícil.

TEORÍAS DEL ESTUDIO DE LAS CREENCIAS

El modelo que se ha tomado en cuenta para el estudio de las creencias, es el de Hochbaum (1958), sobre creencias de la salud, los “requisitos que debe de reunir son: que sea una teoría útil, que genere investigación, organice y aplique las observaciones y oriente al profesional en la predicción del comportamiento. A partir del trabajo de Hochbaum (citado en Brannon y Feist, 2001) se desarrollaron muchos otros, el que se ha considerado con mayor atención es el de Becker y Rosentock (citado en Brannon y Feist, 2001). En este se sugiere que las creencias contribuyen significativamente a la actitud de búsqueda de salud, pues muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universales, ciertas y además, esperan que los demás compartan dichas creencias.

El modelo para encontrar en los individuos una actitud saludable basada en las **creencias acerca de la salud** que Becker y Rosentock (Brannon y Feist, 2001), proponen, incluye cuatro creencias o percepciones

- La susceptibilidad percibida a la enfermedad o la incapacidad.
- La gravedad percibida de la enfermedad o la incapacidad.
- Beneficios percibidos de los comportamientos promotores de la salud.
- Las barreras percibidas para realizar los comportamientos promotores de la salud (p.70).

El modelo se desarrolló así para explicar y predecir las conductas de salud preventivas. La hipótesis original es que generalmente los individuos no llevaran conductas de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o de rehabilitación) a menos que tengan unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vean a sí mismos como potencialmente vulnerables y vean a la condición (de la enfermedad en cuestión) como amenazante, estén convencidos de la eficacia de la intervención y vean poca dificultad en la puesta en práctica de la conducta de salud (Rosentock, 1974 en Fernández- Ballesteros, 1994).

Las creencias del índole que sea, en este caso de la alimentación sana, vienen a partir de lo que se dice, de lo que se vive, que provienen de otras personas; padres y sus experiencias, profesores, medios de comunicación, etcétera. Tiene mucho que ver con la educación, con lo que se escucha y lo que se ve.

Además de la aplicación del modelo que proponen Becker y Rosentock, en la búsqueda de una actitud de salud, muchos investigadores comenzaron con la **teoría de la acción razonada**, la cual asume que las personas son bastante razonables y que utilizan la información a su alcance de una manera sistemática para decidir cómo es que deben comportarse. Así mismo “consideran las consecuencias de sus actos antes de decidirse a adoptar un comportamiento dado” (Ajzen. 1985), en esta teoría de la acción razonada, el comportamiento del individuo, está dirigido a un fin o a la obtención de un resultado, el individuo elige libremente aquellos actos que considera que le encaminarán en la dirección trazada, o también puede elegir no actuar si considera que la acción en cuestión le aparta de su objetivo.

Existe además, un **modelo basado en la comunicación persuasiva** denominado modelo KAP (knowledge, attitudes, practices) para hacer referencia a los conocimientos, actitudes y practicas o conductas (Padilla, 2002; Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003). Según este modelo, basta con dar a las personas la información

pertinente, de forma veraz y clara, de manera que el cambio de conocimientos vaya seguido del cambio de actitudes y a su vez seguido del cambio de hábito o adopción de uno nuevo.

Este modelo tiene fuertes críticas, debido a que no contempla variables que hacen que la comunicación, aunque sea persuasiva, no sea atendida por el sujeto. Por otro lado, el cambio de conducta no se sigue necesariamente de un cambio de actitud, ya que ésta es una condición necesaria pero no suficiente. Por último, sería también importante tener en cuenta tanto los factores internos (actitudes) como los externos (familia, amigos, trabajo, escuela, etcétera) que influyen en el individuo (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Prevalece también el **modelo pragmático**, el cual es el modelo mayoritariamente aceptado en la actualidad, ya que reúne las aportaciones de los modelos anteriores. El modelo contempla tanto el papel de la comunicación persuasiva como el efecto de las políticas sobre el ambiente físico, psicosocial, y socioeconómico, de forma que todas estas variables den en los cambios de comportamientos deseados a favor de la salud (Padilla, 2002).

Por su parte el **modelo basado en la política económica**, postula que los comportamientos insanos prevalentes en los países capitalistas son consecuencia de las presiones y valores prevalentes que están influidas por las corporaciones multinacionales cuyo interés es ganar dinero antes que proporcionar salud a la población.

Por último, existe el **modelo de las siete esferas**, construido por Costa y López (1996) e inspirada en la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1987), de la Teoría del Conductismo Social (Sttats, 1979), y del Modelo Interconductual (Bayés, 1980) (Citados en Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Consta de siete esferas, dos de las cuales pertenecen al entorno (indicadores, señales, resultados) y las otras cinco son dimensiones personales. Todas ellas influyen entre sí. Lo que pretende este modelo es remarcar que cada comportamiento suele ser resultado de un proceso complejo, multifactorial y multidimensional que requiere la movilización de todas las esferas (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Tomando en cuenta los diferentes modelos que existen para intervenir sobre las conductas, se puede observar que las actitudes saludables están determinadas principalmente por las creencias. Esas creencias se forman en el curso de nuestra historia de una manera directa como resultado de la experiencia, o de la observación, y de una manera indirecta aceptando la información de los que consideramos fiables, o infiriendo a través del propio repertorio de creencias. Por lo cual es necesaria una intervención global tomando en cuenta todos los posibles factores.

DISCREPANCIAS ENTRE CREENCIAS Y CONOCIMIENTO, ACTITUD Y CONCEPCIÓN

Asch (1967) estudió las creencias como propiedades compartidas por las actitudes, cuya función es orientar al individuo gracias a la ordenación de los datos que el medio social le proporciona, así mismo, las creencias se forman de la información que se encuentre en el medio, tomando importancia el conocimiento que se adquiere de forma directa o indirecta para formar las actitudes y creencias. Una característica importante de las creencias es que existen a pesar de no tener evidencia lógica o factible, existen y además son defendidas pues apoyan diferentes intereses, como es el caso de creer en brujería, en los diferentes dioses, supersticiones, etc.

Asch, (1967) señala que el nivel de desarrollo histórico y las relaciones sociales influyen en el conocimiento, de esta forma, las creencias también dependen de esto y se ven afectadas por la red de conocimientos y emociones que se van creando en el desarrollo de un individuo. Por lo tanto, las creencias son las

expresiones de conocimiento y las versiones individuales de cómo son las cosas en el exterior. Es como una interpretación de cada persona de lo que es el ambiente en que se desenvuelve. Los conocimientos y las creencias son un elemento fundamental para que surjan las actitudes ante ciertos acontecimientos u objetos.

La diferencia entre conocimiento y creencia, es que el primero está consensuado por un grupo de personas, además de que responden a unos criterios de verdad, aspecto que las creencias no cumplen, además de que éstas últimas pueden mantenerse en cierto grado de convicción (Callejo, Vila, 2003). Mientras la creencia sería la disposición determinada por hecho tal como son aprehendidos por un sujeto, el conocimiento sería la disposición determinada por hechos tal como son en realidad (Villoro, 2008).

Crear y saber son dos factores inseparables de la naturaleza del ser humano, aunque se oponen se complementan y la diferencia que existe es que la creencia se adquiere de forma instantánea, no necesita de esfuerzo para hacerlo y resiste las contradicciones racionales más evidentes.

La actitud según Allport (citado en Villoro, 2008) se refiere a la consistencia entre muchos comportamientos distintos de un sujeto ante circunstancias cambiantes. Se adquiere por experiencia y tiene una dirección ya sea positiva o negativa frente a un objeto. Mientras la actitud se refiere a la disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva, la creencia se refiere a la verdad o falsedad de las propiedades que le atribuyó. Un ejemplo de creencia sería: las hamburguesas tienen bastantes calorías, en cambio una actitud sería: no me gustan las hamburguesas.

Para Krech, Crutchfield y Ballachey (citado en Villoro, 2008), la actitud es un sistema permanente de tres componentes centrados sobre un objeto singular: las creencias sobre el objeto (el componente cognitivo): el afectivo conectado con el

objeto (el componente afectivo); y la disposición a actuar respecto del objeto (el componente de tendencia a la acción).

Finalmente, para Pepitone, (1990) mientras que la actitud es susceptible de ser modificada a través de la comunicación persuasiva, las creencias por su parte tienen raíces más profundas para que puedan ser intercambiables por mensajes persuasivos que modifican actitudes.

En cuanto a las relaciones entre concepción y creencia, pese a que se llegan a utilizar frecuentemente como sinónimos, son muy diferentes. Thompson (1992) considera que las creencias se refieren a un tipo de concepciones, pues considera a éstas como una estructura mental más general, que encierra creencias, significados, conceptos, proposiciones, imágenes mentales y preferencias. Ponte (1994) define las concepciones como “los esquemas subyacentes de organización de conceptos, que tienen esencialmente naturaleza cognitiva”.

SISTEMA DE CREENCIAS

Se habla de un sistema de creencias debido a que una creencia nunca se sostiene con independencia de otras. Una definición de un sistema de creencias es la de Rokeach (1968): “una forma organizada psicológicamente, aunque no necesariamente lógica, de todas y cada una de las incontables creencias personales sobre la realidad física y social”.

No se trata de una suma o de un conjunto de creencias, sino de una red organizada. Pehkonen y Törner (1996) a modo de ejemplo lo explican como un plato de espaguetis: si se agarra uno de ellos, posiblemente se acabará agarrando muchos más. También puede pensarse en un frutero con cerezas: si se toma un pequeño racimo de dos o tres suele traer otros enganchados. Estos ejemplos ilustran el enredo y la relación entre ellas.

Green (1971) afirma que la noción de sistema de creencias es una metáfora para examinar y describir cómo se organizan las creencias de un individuo. Al igual que los sistemas de conocimientos, su potencialidad no reside tanto en su contenido en cuanto en sus relaciones: el sistema de creencias de una persona se caracteriza por la forma en que cree y no tanto por lo que cree.

Asimismo, ha identificado tres dimensiones de los sistemas de creencias, que no tienen que ver estrictamente con su contenido, sino con el modo en que están relacionadas entre sí dentro del sistema:

- 1) Algunas creencias se relacionan entre sí al modo de premisas y conclusión, por lo que puede hablarse de creencias primarias y derivadas. Su relación es cuasilógica, distinta de la de los sistemas de conocimientos donde la relación es de tipo lógico.
- 2) Las creencias se mantienen con diferente grado de convicción y distinta fuerza. En este sentido, refiriéndose a su centralidad psicológica: las que se sostienen con mayor fuerza son centrales y las demás son periféricas.
- 3) Las creencias suelen mantenerse “enclaustradas”, sin someterse al contraste con el exterior. El contraste tiene más de confrontación defensiva que de apertura para su enriquecimiento o para su modificación.

Una creencia puede ser a la vez primaria y periférica o también derivada y central, ya que los conceptos de centralidad psicológica y de relación cuasilógica son independientes el uno del otro.

En cuanto a la coherencia interna, por una parte es importante destacar que la estructura en racimos (clusters o conjuntos) más o menos aislados e interrelacionados los unos con los otros, puede explicar algunas de las inconsistencias del sistema de creencias: es posible mantener simultáneamente creencias opuestas, protegidas en sus respectivos clusters, sin que ello suponga ningún conflicto; más aún, el propio “escudo protector” puede llegar a convertirse en una nueva creencia (Llinares, 1992). Por otra parte es importante destacar

también que la estructura del sistema favorece que puedan ser mantenidas creencias “a pesar de” evidencias contrarias; más aún, estas creencias no pueden ser modificadas simplemente introduciendo las “razones evidentes”. (Callejo y Vila, 2003).

Dada la diferencia entre conocimiento y creencia, Abelson (1979) menciona que los sistemas de creencias presentan también diferencias con los sistemas de conocimientos:

1. Los elementos (conceptos, proposiciones, reglas, etc.) de un sistema de creencias no están consensuados. Es decir, los elementos de un sistema de creencias pueden ser bastante distintos de un segundo que se refieran al mismo contenido.
2. Los sistemas de creencias se refieren en parte a la existencia o no de determinadas entidades conceptuales.
3. Los sistemas de creencias incluyen a menudo representaciones de “mundos alternativos”.
4. Los sistemas de creencias dependen en gran medida de componentes valorativos y afectivos.
5. Los sistemas de creencias tienden a incluir una cantidad sustancial de material episódico.
6. El contenido a ser incluido en un sistema de creencias suele ser muy “abierto”. Esto es; es difícil delimitar las fronteras del sistema de creencias, excluyendo conceptos irrelevantes.
7. Las creencias pueden sostenerse con un grado variable de certeza.

Para poder modificar las creencias es necesario conocer no sólo su forma de relacionarse y de agruparse, sino también el tipo de relación que se da entre ellas, es decir, si son primarias o derivadas, centrales o periféricas, porque en la medida en que se trate de desestabilizar y cambiar las creencias primarias y centrales, se producirá una “crisis” mayor en el sistema de creencias del sujeto, que deberá reestructurarse y reconstruirse para estabilizarse de nuevo.

A modo de conclusión, se resume que las creencias son un tipo de conocimiento subjetivo referido a un contenido concreto sobre el cual versan; tienen un fuerte componente cognitivo, que predomina sobre el afectivo y están ligadas a situaciones y es gracias a éste componente cognitivo que las creencias permanecen muy ligadas por un tiempo prolongado. Aunque tienen un alto grado de estabilidad, pueden evolucionar gracias a la confrontación con experiencias que las pueden desestabilizar: las creencias se van construyendo y transformando a lo largo de toda la vida. Las creencias se pueden adquirir de diferentes maneras, ya sea a través de la experiencia, de la observación, o mediante el exterior; brindando información a la persona.

CAPÍTULO III

CREENCIAS DEL COMER SALUDABLEMENTE

El estudio de creencias y hábitos alimentarios comprende un tipo de investigación cualitativa, en la que se utilizan técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos. Esto permite conocer mejor las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de la población beneficiaria (Menchú, 1991).

La bibliografía relacionada con creencias alimentarias en el ámbito nacional e internacional, no es muy abundante, y por lo general está referida a grupos específicos, principalmente embarazadas y mujeres lactantes, no especificando mayores antecedentes que permitan objetivarlas.

Resulta interesante señalar que Plath (1949) hace referencia a creencias en torno a los alimentos, coincidiendo muchas de ellas con daño o recuperación del estado de salud, creencias no cuantificadas, en términos de las características de las personas que las poseen ni de la frecuencia en que son mencionadas, algunas de ellas son: "de la pepita del tomate se dice que da apendicitis", "el comer dulce pica los dientes", "el comer muchas nueces, salen granos o fuegos".

Se cree comúnmente que cuanto menos grasa haya en el cuerpo tanto mejor. Sin embargo, según Kirszman (2002), la grasa así como todos los nutrientes esenciales, es beneficiosa en cantidades apropiadas y, contrario a lo que la gente cree, poca grasa puede ser más perjudicial para la salud que la obesidad. La grasa cumple importantes funciones esenciales para la salud como la de aislamiento, protección de órganos vitales, energía para el metabolismo basal y mantenimiento de la glucosa.

Con relación al embarazo, en Guatemala, Méndez y Gudrid (2001) en un estudio realizado, informa que el 95,7% de la población estudiada, refirió no tener

conocimiento de alimentos dañinos, y la única persona que informó saberlo, mencionó al coco y el aguacate como alimentos no recomendables durante el embarazo, sin explicar la razón.

Respecto a la lactancia se mencionaron varios alimentos como buenos: caldo de gallina, verduras, leche, frutas, leche de soya, huevo, caldo de ejotes, chocolate, harina de pan, café, porque "les baja la leche, tienen vitaminas y proteínas y les caen bien a la sangre". En tanto que una minoría de los encuestados, mencionó a los ejotes, aceite, manteca y comida grasosa, como dañinos porque les "ocasiona una producción de leche agria, dolor gástrico y flatulencia.

En Colombia Acosta (1997) en un estudio realizado a nivel de instituciones de atención primaria, las madres mencionaron que "los alimentos fríos (sopas de pastas) producían daño al estómago del bebé, "el plátano causa pasmo", "los alimentos enfriados en el refrigerador pasman la leche de la madre" y "las gaseosas ocasionan cólicos al bebé", "alimentos ácidos"(manzana, tomate, limón), no se deben consumir porque "cortan la sangre e impiden una buena circulación", además "se transmiten al bebé por la leche de la madre y no dejan que sane el ombligo".

En otro sentido, se mencionó una creencia relacionada con la estética femenina y que curiosamente se ha mantenido en el tiempo, aunque con una ligera variación de su contenidos: "la niña que desea que le engorden las pantorrillas debe comer detrás de la puerta un pedazo de calabaza que ella misma haya robado del horno" versus "la calabaza es buena para que engorden las piernas y el trasero", aspectos para los que no se dispone de antecedentes que lo puedan demostrar.

El único estudio que considera la fuente de información de las creencias, aunque sin cuantificarlo (Méndez y Gudrid, 2001), dice que son las redes social primaria (familiares) y secundaria (vecinos y amigos), quienes priman en la transmisión de

las creencias alimentarias y en especial de quienes culturalmente asumen la responsabilidad de la alimentación del hogar; mamás y abuelas.

Respecto a la alimentación saludable en México, se encuentra poca información al respecto, y la existente, se basa en adolescentes. Se encuentra que sus hábitos y preferencias alimentarias empiezan a cambiar, pues ya no son las que sus padres les inculcan en la infancia, debido a que se encuentran estudiando, al convivir con gente de su edad, comienzan a alimentarse de lo que sus iguales consumen, además de lo que se encuentre disponible en el lugar de estudio, tomando en cuenta otros factores como la economía, el tiempo y las condiciones para comer, pues se ha encontrado que llegan a comer una o dos veces al día, tal vez por las ocupaciones que tienen como las tareas, exámenes, diversiones, entre otras. Estas son razones fuertes por las que los jóvenes empiezan a padecer problemas de nutrición que pueden ir desde anemias, obesidad, desnutrición leve, hasta trastornos alimentarios como anorexia, bulimia y enfermedades crónicas como diabetes y problemas cardiovasculares.

Los estudios realizados en México se dividen en dos grupos: la antropología de la alimentación, que se enfoca en el análisis de los alimentos como una forma de comprender procesos sociales y culturales, y la antropología de la nutrición, que describe los componentes de la alimentación de determinado grupo social en relación con el estado nutricional de sus integrantes (Peláez, 1997). Entre los primeros destaca el tema de los hábitos, prácticas y costumbres alimentarias, los cuales están condicionados por la disponibilidad de los alimentos y son los que en su conjunto marcan sus preferencias individuales y colectivas, respecto a qué, cuándo, dónde, cómo, con qué y para qué se come y quién lo consume (Bourges, 1990).

En los años recientes en México se han modificado de manera sustancial los hábitos alimentarios de la población hacia las dietas de los países industrializados basadas de manera fundamental en productos de origen animal (carne, pescados y mariscos, huevo y leche), rico en grasas saturadas y colesterol, con cereales

muy refinados y, por ende, pobres en fibra, y excesivo consumo de azúcares (como refresco, pasteles, entre otros) (Rivera, 2006).

También ha aumentado la disponibilidad de frutas y vegetales. La disponibilidad de cereales en general y de maíz en particular, no se ha reducido, la de los cereales se ha incrementado. Por otra parte, la disponibilidad de energía no se ha modificado, debido a que alimentos de origen animal contribuyen cada vez más con energía, además de proteínas y lípidos, disminuyendo los alimentos de origen vegetal como cereales y leguminosas (Ortiz, Delgado y Hernández, 2006).

Otro hecho importante, es que los alimentos preparados fuera de casa cobran cada vez mayor importancia, por un lado, las personas proporcionan más parte de su gasto a estos alimentos, otro elemento es que se han incrementado los establecimientos donde se comercializan y/o preparan. Entre los factores que condicionan este hecho de la comida preparada fuera de casa, puede deberse a que las mujeres al trabajar, tienen menos tiempo para dedicarse al hogar, y por ende, para cocinar, otro factor puede ser el desempleo, por lo que muchas personas en esta situación, deciden elaborar y comercializar alimentos como una estrategia para generar ingresos. La comida “callejera” puede ser motivo de preocupación, pues ésta se prepara con grandes cantidades de grasas y azúcares, lo cual tiene como consecuencia la obesidad (Ortiz, Delgado y Hernández, 2006).

En el período comprendido entre 1964 a 1996, el consumo de verduras para la contribución de energía, declinó en 1% en América Central. Las frutas presentan una caída más severa pues ha sido del 2.3%. Se observa que esta reducción se debió en parte a la llamada “modernización” de los patrones de alimentación. Resultado de una rápida urbanización, la mejoría de los ingresos y una constante innovación tecnológica en la producción, procesamiento y comercialización de alimentos. Esta disminución, también se acompaña de la reducción del consumo de cereales, legumbres y tubérculos; y el incremento en el consumo de aceites vegetales, azúcar, carnes, leches y derivados, además de numerosos productos

procesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional (Jacoby y Keller, 2006).

Esta situación motivó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a la Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), a lanzar en el 2003 la iniciativa global para la mayor producción y consumo de frutas y verduras.

La IF&V persigue tres objetivos concretos; en primer lugar crear atención e interés en los beneficios de salud de un mayor consumo de frutas y verduras; un segundo punto consistió en promover una mayor producción y disponibilidad de las mismas y por último estimular el trabajo científico en las áreas de producción, distribución y mercadeo de frutas y verduras. Para alcanzar estos objetivos se desarrolló un marco estratégico para la promoción de frutas y verduras; el marco de Kobe, el cual distingue cuatro escenarios principales:

- Productores rurales dependientes del autoconsumo
- Consumidores «mixtos» que dependen del autoconsumo y de mercados locales
- Consumidores dependientes del mercado de alimentos
- Consumidores institucionales como en los lugares de trabajo y escuelas.

De acuerdo a la Guía para el consumo diario de frutas y verduras en América Latina y Canadá; en Brasil se recomienda entre 4 y 5 porciones de vegetales y de 2 a 4 de frutas; en Chile se recomienda comer diariamente 2 platos de vegetales y 3 de frutas; en Guatemala se recomienda de 1 a 3 porciones de frutas y vegetales, en los Estados Unidos de América de 3 a 5 vegetales y de 2 a 4 porciones de frutas es la recomendación diaria, finalmente en México la ingesta diaria recomendada es de 5 a 10 porciones de vegetales y frutas (Jacoby y Keller, 2006).

Sin embargo, Jacoby y Keller (2006) señala que el mercado de alimentos es muy exitoso en la venta de alimentos de poco valor nutricional, además las preferencias del consumidor están vinculadas a alimentos calóricos, especialmente dulces y salados.

Productores y comercializadores de frutas y verduras han empezado a considerar la idea que vender frutas y verduras por salud no es mala idea. Esto se ha empezado a ver en México, por ejemplo en las escuelas que se venden porciones de fruta y verduras; en la calle se observan locales vendiendo banderillas de frutas o las piezas completas aderezadas con algún picante o limón.

Rivera, (2006) realizó un estudio en Tabasco, cuyo objetivo fue identificar el estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de primer año de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, durante el ciclo escolar agosto-diciembre de 2003. Las edades eran comprendidas entre los 17 y los 34 años y casi las tres cuartas partes del total eran del sexo femenino.

En el consumo frecuente de alimentos por parte de los estudiantes, se encontró que, más de la cuarta parte es decir un 26% acostumbraban a ingerir preparaciones a base de maíz y cereales así como carnes y sus derivados, menos del 26% mencionó consumir otros alimentos, como refrescos, dulces, frituras y chicles. Una proporción similar, optaba por las comidas rápidas entre ellas: hamburguesas, hot-dogs, y algunas otras. Entre los alimentos que se consumían en menor cantidad se encontraban las leguminosas, las frutas y verduras (7,3 %) y al final quedaron la leche y sus derivados, así como el huevo (6,8 %).

Dentro de este estudio, se realizó un grupo focal, donde se les pedían conceptos sobre qué es alimentarse, cuyos resultados fueron: obtener los nutrientes necesarios para que proporcionen energía y poder realizar las actividades, también se les pidió el concepto de alimentarse sanamente, a lo cual respondieron: comer de todo, consumir una dieta balanceada y evitar las grasas de origen animal. De los factores que influyen en una persona para que pueda

alimentarse correctamente, mencionaron factores económicos, la publicidad, el medio ambiente, aspectos culturales, aspectos físicos y de salud, hábitos y costumbres, la influencia de la familia y amigos, las modas y el aspecto de los alimentos, entre otros (Rivera, 2006).

Los resultados de este estudio arrojaron que a los estudiantes les hacía falta orientación para alimentarse correctamente, ya que algunos no tienen un concepto claro de la alimentación, pues manifiestan que comen, pero no saben comer, haciendo referencia a los factores que influyen en una correcta alimentación. En su conjunto, hicieron mención de todos los factores, incluyendo los culturales, geográficos, psicológicos, económicos. Se pudo percibir que los sujetos estudiados no conocen ninguna relación entre el tipo de alimentación que ingieren y su salud.

En conclusión se puede decir que, las creencias no dejan de estar presentes, en su mayor parte se relacionan con temas de salud y estados fisiológicos, que aparentemente no se constituirían en una causa de déficit nutricional, que sus contenidos, aparentemente se modifican de acuerdo a la interpretación de la información que se obtenga de los problemas de salud más prevalentes en el medio y por último validan la necesidad de continuar educando en alimentación a las madres y las abuelas, por ser ellas quienes transmiten principalmente la cultura alimentaria.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CREENCIAS DEL COMER SANO

El estado nutricional de un individuo está determinado por el consumo de los alimentos, que a su vez está condicionado por factores como la disponibilidad de alimentos, la decisión de compra y por aspectos interactuantes relacionados con el aprovechamiento biológico de los alimentos, además de factores sociales, económicos, culturales y psicológicos. Todos estos elementos conforman las costumbres alimentarias de las personas que son parte importante de su conducta humana, conjuntamente con las creencias, tabúes, propagandas de radio, prensa y televisión, entre otros (Rivera, 2006).

Las personas se encuentran lejos de pensar y actuar de acuerdo con los estándares de la lógica y la racionalidad científica (Moscovici y Hewstone, 1984). La especificidad de lo social muestra que los sistemas de creencias pueden funcionar de maneras ambiguas y en apariencia contradictorias, adaptando los contenidos a contextos comunicativos.

La alimentación, en todas sus variantes culturales y en un sentido amplio, define la salud de las personas, su crecimiento y su desarrollo. La alimentación diaria de cada persona, debe contener una cantidad suficiente de los distintos macro nutrientes y micro nutrientes para cubrir la mayoría de las necesidades fisiológicas. Estas necesidades se encuentran influenciadas por diversos factores como el sexo, la edad, el estado fisiológico, como es el embarazo, la lactancia y el crecimiento; la composición corporal, la actividad física y las características específicas de cada individuo (Calañas, 2005).

En 1962, Plath, escribió que cada grupo tiende a considerar sus costumbres de alimentación como normales y naturales, y en realidad esas costumbres están profundamente arraigadas en la cultura regional o nacional. Se puede afirmar que ninguna acción que se afronte en relación con la alimentación del pueblo va a lograr su comunicación sin haber tomado en cuenta las creencias y los hábitos. No se puede rectificar sin conocer esas concepciones que se creen erradas y que vienen siendo sostenidas por siglos. Por tanto, el estudio de ciertos fenómenos culturales, como las creencias y tabúes relacionados con los alimentos es tan importante como perseguir aspectos en el habla.

Por otra parte, a inicios del siglo XXI, Busdiecker, Castillo y Salas (2000), señalaron que debido a sus muchos roles, los alimentos debían estudiarse desde el punto de vista sociocultural, así como en el contexto biológico, económico y político donde se consignan.

La importancia de hacer referencia a épocas pasadas permite proporcionar evidencias de la evolución del ser humano, en un ámbito tan trascendental en la cultura de los pueblos como lo es la alimentación, y donde cada grupo humano existe en una realidad sociocultural que se manifiesta en la conducta alimentaria de los mismos, lo que indudablemente repercutirá en las estrategias educativas alimentario nutricionales tendientes a promover estilos de vida saludables.

Las creencias no son hechos comprobados, aunque se tiende a valorar los datos que las corroboran y olvidar los que los contradicen. Tampoco son lógicas, ni pueden demostrarse. Son las hipótesis de trabajo que utilizamos en la vida diaria, que dan sentido a las experiencias, les ofrecen estabilidad y validez.

Forja (2000), comenta que las creencias forman un sistema, una estructura que da coherencia a las experiencias. Son como posesiones. "Tenemos" creencias, las "adoptamos" o "adquirimos" y pueden pasar de generación en generación, o sea las "heredamos". Las personas defienden sus creencias, e incluso se aferran a ellas. Cuando se deja alguna, la "abandonamos", "renunciamos" a ella, la "perdemos". Si las creencias son posesiones, se puede ser posesivo. Puede que algunas sean herencias de gran valor y otras no. Algunas se dejan a la vista de todos y otras son demasiado valiosas para ser exhibidas en público.

Por otro lado, hábito alimentario se define como un "conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos. Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el medioambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra (Behar e Icaza, 1972).

Las creencias alimentarias, resultan ser generalizaciones que las personas hacen o dicen, en relación con los alimentos, y para muchos individuos y comunidades

pueden ser parte de esas herencias que se van transmitiendo de generación en generación. Se forman a partir de ideas, experiencias y emociones (Mc.Dermott y O'Connor, 1996). De acuerdo con esto, Rozin (1982), menciona que el mejor predictor de las preferencias, hábitos y actitudes alimenticios de todo ser humano es la información de su grupo étnico, más que cualquier otro aspecto biológico imaginable.

Las ideas se forman a partir de un proceso mediante el cual una oración o juicio es reforzado por referencias o experiencias, que lo corroboran. Las que pueden obtenerse, a través de información que se toma de personas, libros u otros medios de comunicación.

Las experiencias se fortalecen o se instalan principalmente por vivencias personales asociadas a emociones fuertes, sean estas placenteras o dolorosas. La intensidad emocional que se siente respecto a cualquier de esas experiencias referenciales determinará la fuerza del anclaje de esa idea, para convertirse en creencia.

Habiendo descrito lo que son las creencias alimentarias y como se transmiten se puede proseguir a mencionar los factores que determinan las creencias y hábitos alimentarios, los cuales son entre otros, culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos, psicológicos y los relacionados con la urbanización e industrialización (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores et al., 1973; Hurtado, 1990).

FACTORES SOCIO-CULTURALES

La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Los antropólogos han enfatizado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura. Por

modos de alimentarse (cultura alimentaria) se entiende a los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo sus preferencias y aversiones, así como a las prácticas en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos (Busdiecker, 2000).

Las creencias y hábitos alimentarios son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Las prácticas alimentarias originadas en estos diferentes grupos pueden satisfacer, en alguna medida, las necesidades biológicas básicas (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores y cols., 1973).

Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición, la cual está básicamente determinada por las experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores y cols., 1973).

La transculturación es también un factor que determina los hábitos pues la migración de personas de un país a otro, así como la llegada de productos extranjeros a la localidad, han hecho que se adopten nuevas creencias y/o hábitos alimentarios (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores y cols., 1973).

Por otro lado, el individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963).

Desde la perspectiva antropológica, la alimentación es un proceso social que permite al organismo adquirir “las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida” (De Garine y Vargas, 1997). Sin embargo, para que algo sea contemplado como alimento por un grupo humano, no basta con que se halle en el entorno natural o en el mercado y que pueda ser digerido, absorbido y asimilado por el cuerpo (sin producir daño), aportando los nutrientes necesarios para la vida, sino que además sea reconocido como comestible en función de la ideología de un grupo social (Vargas, 1993).

En este sentido, para Aguirre Beltrán (1997) los alimentos no sólo tienen un valor nutricio-biológico intrínseco, sino que además, son una estimación cultural que juega un papel importante en los resultados finales de la elección de un patrón dietético. Como señala Duglas y Sahlins (citado en García, 1997) comer es pensar: la persona tiene la necesidad de pensar constantemente su alimentación, de razonarla, ordenarla, organizarla, regularla; y si bien la alimentación humana necesita estar estructurada y normada, ésta a su vez estructura a los seres humanos, ya que, desde el punto de vista colectivo, “simboliza y traduce en reglas el éxito de la cultura sobre la naturaleza”.

De esta manera, Vargas (1984) señala que las distintas culturas tienen criterios muy claros sobre lo que no se debe de comer (tabúes). Para De Garine y Vargas (1997) los factores que explican las prohibiciones alimentarias pueden ser diversos: el empirismo social, que precede a la ciencia de la nutrición y que puede reflejar una sabia apreciación al asociar determinado alimento con cierta enfermedad; el marcaje social permanente, como son los tabúes propios de determinados clanes o grupos de religión y por último, el riesgo de consumir ciertos alimentos en estados considerados vulnerables, como el embarazo y la lactancia. Con referencia al cuándo y dónde se come, Vargas (1993) menciona que en México al igual que en la mayoría de las sociedades, se institucionalizan tiempos formales para comer de acuerdo a los horarios establecidos (desayuno,

comida y cena); estaciones del año (pescado en vigilia); lugares (caldo de camarón y caracol en las cantinas; buñuelos y alegrías fuera de la iglesia), así como en función de las fiestas y conmemoraciones (pastel blanco en las bodas).

Con respecto al para qué se consumen los alimentos, Vargas (1984) señala que éstos representan una forma de establecer, fomentar y cimentar las relaciones sociales. También permiten diferenciar socialmente a las personas, ya que existen alimentos considerados de pobres, clase media y ricos, por ejemplo, los tacos de cabeza se atribuye a los primeros, y las “flautas” y los tacos de filete al carbón a la clase media y alta, respectivamente.

Así, el simbolismo que representan los alimentos se refiere a las expresiones no racionales, de significados que se da a las partes y formas aceptadas de los alimentos y del comer. Cada alimento es investido de significado y este significado es parte de la herencia cultural. Los alimentos comerciales son en esta línea un símbolo de modernidad; la pregunta que sobreviene, entonces, es si estos deben considerarse como una parte inevitable de la cultura alimentarla de una sociedad industrializada y desarrollada o en vías de serlo.

FACTORES ECONÓMICOS

Para algunos autores, el patrón alimentario está determinado por una multiplicidad de factores: económicos, físicos (entorno regional), tecnológicos y socioculturales, donde el factor económico predomina al resto y determina la estructura y dinámica de la producción alimentaria (Castañeda, 1993; Torres y Trápaga, 2001).

En la economía moderna las necesidades humanas, entre ellas la alimentación, adoptan la forma mercantil y se expresan bajo la forma precio. Es decir, no se produce lo que necesita la población para vivir sino lo que genera beneficio. Y sólo puede generar beneficio si constituye una demanda en el mercado, si quien lo necesita tiene dinero para pagarlo. La producción de alimentos debe comportarse

entonces, como una mercancía cualquiera, aunque satisfaga una necesidad humana básica, debe generar beneficios (Galindo P. y Pino C., 2004).

El alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayores. Es también importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores y cols., 1973; Hurtado, 1990).

Para Torres y Trápaga (2001) en México el patrón alimentario del siglo XXI presenta tres rasgos básicos: en primer lugar, varía entre regiones y grupos sociales por depender de la desigualdad del ingreso en el país; en segundo, se encuentra en un estado de transición latente, ya que se enfrenta a cambios (que tienen que ver con la dinámica de la industria alimentaria y la globalización de los mercados) cada vez más rapidez en la calidad, cantidad y forma de preparar los alimentos y, tercero, tiende a ser desequilibrado, a pesar de que supera los requerimientos calóricos mínimos, sobrepasando las recomendaciones nutricionales en algunos alimentos, mientras que en otros es deficiente. Esto hace que se presenten enfermedades crónicas-degenerativas que antes fueron típicas solo de las ciudades.

La transición alimentaria es un fenómeno de cambio en la dieta, actividad física, tamaño y composición del cuerpo. Estos cambios son paralelos a perfiles demográficos, socioeconómicos y de salud. Estos cambios se dan por fases y Popkin (citado en Ortiz, Delgado y Hernández, 2006) identifica cinco patrones que son:

1. Etapa de "recolección de alimentos". En esta etapa la dieta era alta en carbohidratos y fibra, pero baja en grasa y los alimentos eran obtenidos a través de caza y recolección.
2. Fase de las "hambrunas" se da con el inicio del desarrollo de la agricultura, la alimentación comienza a ser menos variada y sujeta a periodos de extrema escasez de alimentos.
3. En la "disminución de las hambrunas" se incrementa el consumo de frutas, verduras y productos de origen animal, los almidones comienzan a ser menos importantes en la dieta básica; esta fase corresponde a la revolución industrial y a la segunda revolución agrícola (por ejemplo rotación de cultivos y uso de fertilizantes).
4. El "predominio de las enfermedades crónico–degenerativas" ocurre debido a que se incrementa la prevalencia de obesidad, consecuencia del consumo de dietas con alto contenido en grasa total, colesterol, carbohidratos refinados y cantidades reducidas de ácidos grasos poliinsaturados y fibra; es frecuente el sedentarismo; este hecho puede ser atribuido a que la mayoría de la población habita en ciudades y los empleos predominantes se ubican en el comercio y los servicios.
5. El "cambio conductual" es la última etapa, debida a acciones de los individuos y los gobiernos, que adoptan dietas y niveles de actividad física similares a la de la etapa de "recolección de alimentos".

La mayoría de los países de ingresos medios atraviesan la etapa de recesión de las hambrunas al predominio de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Las características de esta fase son las siguientes:

- a) Abandono de las dietas tradicionales, es decir cereales y tubérculos.
- b) Adopción de la "dieta occidental" con la consecuente globalización de la dieta, comienza a existir una homogenización mundial del tipo de comida que más se consume caracterizada por su alto contenido de energía, grasa total, grasa saturada y azúcares simples.

c) Disminución de la actividad física por cambios en la estructura ocupacional, y por actividades realizadas dentro de las ocupaciones y por las mayores facilidades para el transporte y otras actividades cotidianas.

d) Los cambios en la dieta y la actividad física traen como consecuencia el incremento del sobrepeso y de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición (ECRN) como diabetes mellitus, hipertensión y cardiopatía isquémica.

Una característica de la transición alimentaria y nutricional, es que los cambios en los países de ingreso medio o bajo se dan con mayor velocidad respecto al ritmo de las transformaciones que ocurrieron en los países de altos ingresos, de modo que los cambios en la dieta inician con un crecimiento económico menor. Otro rasgo importante es que la disponibilidad de grasa no se relaciona con el crecimiento económico, aunque si se relaciona con el grado de urbanización, consecuencia de la alta disponibilidad de aceites vegetales, lo cual reduce su costo, de tal modo que se incrementa su accesibilidad.

Desde el punto de vista de los estudios revisados en este apartado, el patrón alimentario no está determinado por el mosaico cultural de las diferentes regiones del país, sino por la desigualdad social y los factores inherentes a la liberalización de la economía, como lo es la amplia, y a la vez homogénea oferta de la industria alimentaria. Esta diversidad, acotada socialmente por las asociaciones de la relación ingreso-gasto, se refleja en innumerables platillos que presentan diferentes combinaciones, derivaciones y formas de consumo.

FACTORES GEOGRÁFICOS

Las sociedades viven casi completamente de los alimentos que producen y la naturaleza de sus dietas está determinada por la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica. Esto se debe a que en las montañas o en el mar, cerca de los ríos y lagos, en el trópico o en zonas templadas, la tierra y el

agua les ofrecen diferentes alimentos (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores y cols., 1973).

En países como Guatemala, influye también la capacidad de almacenamiento, la preparación y el transporte de los alimentos disponibles, dada la topografía tan variada de los diferentes departamentos de la república; así como el poder adquisitivo para la importación de alimentos (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Flores y cols., 1973).

En el mundo existen más de 50 000 plantas comestibles. Sólo tres de ellas: arroz, maíz y trigo, proporcionan el 60% del consumo de calorías en el mundo. A continuación se enlistan los principales cultivos de mayor producción en algunos países (Loftas, 1995):

Región de China y Japón. Principalmente se produce el arroz, mijo, la soya, seguidos de bambú, melocotón, mostaza, naranja y té.

Región de Indochina e Indonesia. Arroz, tubérculos comestibles, bambú, plátano, caña de azúcar, mango, nuez de coco y pomelo (fruta cítrica parecida a la naranja).

Región de Australia. Nuez de macadamia.

Región de Indostán. Arroz, plátano, berenjena, caña de azúcar, frijol, garbanzo, mango, mostaza, pepino.

Región de Asia Central. Centeno y trigo principalmente, albaricoque, cebolla, ciruela, espinaca, frijol, guisante, manzana, melón, nuez, pera, uva, zanahoria.

Región del Cercano Oriente. Cebada, centeno, lenteja y trigo primordialmente, almendra, higo, melón, pistache y uva.

Región del Mediterráneo. Avena, trigo, aceituna, apio, haba, lechuga, rábano, remolacha, col y uva.

Región de África. Tubérculos, cereal sorgo, trigo, café, mijo, palma de aceite y quingombó (parecido al espárrago).

Región de Europa y Siberia. Cereza, lechuga, lúpulo, manzana y pera.

Región de América del Sur. Mandioca, papa, batata, cacahuate, cacao, calabaza y haba de Lima, papaya, piña y tomate.

Región de América Central y México. Maíz, papa, pimiento, chile y calabaza.

Región de América del Norte. Arándano y girasol.

Generalmente, los alimentos básicos están bien adaptados a las condiciones de cultivo de las regiones de donde proceden. Un ejemplo es cuando los cultivos son resistentes a sequías, plagas y suelos pobres en nutrientes. Muchas veces, los agricultores dependen de cultivos básicos que les posibilita reducir riesgos y aumentar la capacidad de recuperación de sus sistemas agrícolas (Loftas, 1995).

La mayoría de la gente en el mundo, se sustenta con una dieta basada en uno o más de los siguientes alimentos: arroz, trigo, maíz, mijo, raíces y tubérculos, y productos de origen animal como carne, leche, huevo, queso y pescado. Desde los años 1970 ha disminuido el consumo de raíces y tubérculos en varios países, sobre todo porque la población urbana encuentra más barato comprar cereales importados (Loftas, 1995).

En todo el mundo, los alimentos complementarios cumplen un papel fundamental en suministrar los elementos nutritivos que el organismo necesita. Dentro de estos alimentos se encuentran las fuentes de proteínas como las carnes rojas, carne de ave, pescado, leguminosas y productos lácteos; de calorías como grasas, aceites y azúcares; de vitaminas y minerales como son las frutas, verduras y productos de procedencia animal. Además de estos alimentos, los siguientes también son fuentes nutritivas importantes, y además son esenciales durante la escasez estacional o debido a emergencias (Loftas, 1995).

La flora silvestre. Imprescindible para muchas familias de subsistencia del medio rural, como lo son insectos, aves, pescado, roedores y mamíferos mayores. 62 países en desarrollo dependen de la vida silvestre para obtener por lo menos un quinto del consumo de proteínas de origen animal.

El pescado. Se utiliza como suplemento de arroz de muchas familias en Tailandia y Laos. El pescado se captura en mares, arroyos, canales de riego, embalses, etc. El pescado es el más importante alimento natural del mundo, ya que provee la mayor fuente de proteína de origen animal a más de mil millones de personas.

Tomando en cuenta la agricultura, la industrialización, personas que trabajan la tierra y alimentos, entra en juego un concepto importante, llamado “Seguridad Alimentaria”, la cual se da cuando toda persona, en todo momento, tiene acceso a la alimentación necesaria para llevar una vida sana y activa. Lograr lo anterior depende de cuatro factores elementales (Loftas, 1995):

-Disponibilidad de suficientes alimentos; es decir debe haber lo justo como para asegurar el otorgamiento diario de la energía y de los nutrientes necesarios para cada persona.

-Acceso a la alimentación suficiente, aún en un país que tenga suficientes alimentos per cápita, la seguridad alimentaria no existe para los que no pueden comprar lo suficiente y carecen de recursos para cultivar sus propios alimentos.

-Regularidad de abastecimiento. Debido a serias fluctuaciones en la disponibilidad y accesibilidad de alimentos, a causa de sequías, inundaciones, aumentos de precios o desempleo estacional, la población se vuelve vulnerable.

-Aceptabilidad cultural. Tabúes culturales o religiosos pueden impedir el consumo de ciertas comidas, ciertas combinaciones de alimentos o ciertas maneras de tratarlos.

Por otra parte, muchas veces los agricultores combinan la producción con la elaboración de alimentos, la comercialización y la distribución en un sistema

completo de la agroindustria. Los agricultores de subsistencia corresponden a más de la mitad de los pobres del medio rural del mundo, no obstante, producen cerca de un 80% de los comestibles de los países en desarrollo.

FACTORES RELIGIOSOS

Tylor ofreció en 1871 (citado en Herskovits, 1952) lo que podría considerarse como la más elemental definición de religión: “la creencia en seres espirituales”. A esta creencia, profundamente arraigada, la denominó “animismo”. A partir de esa definición mínima, las creencias religiosas pueden resultar más o menos complejas y concretarse en sistemas de creencias más o menos articulados como, por ejemplo, el politeísmo y el monoteísmo.

En todos los pueblos o culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas muy a menudo, al menos aparentemente o en primera instancia, por todo un conjunto de creencias religiosas, prohibiciones de diverso tipo y alcance, así como por concepciones dietéticas relativas a lo que es bueno y a lo que es malo para el cuerpo, para la salud en definitiva. En todas las sociedades, la elección de los alimentos y los comportamientos están sometidos a normas médicas, religiosas, éticas y en esa medida, son sancionados por juicios morales o de valor (Fischler, 1995). Dichos valores se manifiestan en las numerosas prescripciones y prohibiciones en materia alimentaria desde el ámbito de las diferentes religiones. Puede afirmarse que todas las religiones o sistemas de creencias más o menos articuladas contienen un tipo de prescripciones alimentarias, concepciones dietéticas relativas a lo que es bueno y a lo que es malo para el cuerpo (y/o para el alma), para la salud (y/o para la santidad) en definitiva. De ahí que determinados comportamientos alimentarios sean estrictamente necesarios para alcanzar la santidad y que otros denoten perversión y pecado. La gula por ejemplo, es un “pecado capital” para la moral católica. Todas las religiones rigen la alimentación en algún sentido y, la mayoría de las veces, casi siempre restrictivo; por ejemplo, limitar las cantidades ingeribles, restringir o prohibir una u otra categoría de alimentos, disminuir el placer de comer, sea permanente o en determinadas ocasiones. No todas pero sí muchas de las religiones, sobre todo las de carácter

monoteísta, consideran que comer es un acto sobretodo carnal y pasional, opuesto a los objetivos de trascendencia predominio del espíritu sobre la materia, objetivos propios de la mayoría de este tipo de religiones. Por otra parte, cabe tener en cuenta que el enmarcamiento del comportamiento alimentario por parte de un sistema religioso acostumbra tener también otras funciones, además de combatir los placeres de la carne como por ejemplo, definir el grupo social, es decir, diferenciarse del otro (extranjero, infiel, pagano...). Así, las diferentes prohibiciones alimentarias permiten delimitar las comunidades de creyentes.

Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos. Por ejemplo, la mayoría de hindúes no come carne de res y algunos de ellos jamás prueban alimento alguno de origen animal, excepto la leche y productos lácteos, pues su religión les prohíbe quitar la vida a un animal.

Así también, la religión católica limita el consumo de carnes rojas durante el tiempo de cuaresma. Los protestantes no ingieren bebidas alcohólicas de ninguna clase. Los mormones no consumen café ni bebidas alcohólicas o con cola. A través de los siglos algunas de estas limitaciones de carácter religioso han ido privando a algunos pueblos de ciertos alimentos dando lugar a diferencias nutricionales generalizadas. Por otra parte, en muchos países las festividades religiosas contribuyen de modo importante a compensar la pobreza de la alimentación, pues para estas ocasiones se acostumbra el realizar comidas especiales (Behar e Icaza, 1972; Flores y cols., 1973).

Las religiones han establecido siempre prohibiciones o restricciones sobre determinados alimentos y bebidas, y pueden haber dictado normas más o menos estrictas para el conjunto de la comunidad y/o específicamente para determinadas personas sobre qué comer, cuándo, cómo, dónde y con quién. En este sentido, se podría concluir que, al igual que ocurre con la lengua, todos los pueblos tienen una, con su gramática y sintaxis específica, pero éstas pueden ser más o menos distintas entre unas lenguas y otras; igual ocurre con las normas religiosas

relativas a la alimentación: todas establecen un conjunto más o menos articulado de normas alimentarias, pero sus contenidos pueden ser más o menos diferentes de una religión a otra.

FACTORES EDUCATIVOS

Uno de los aspectos más importantes del estilo de vida sano de una población es el desarrollo de costumbres, hábitos y conductas alimentarias a través de un proceso educativo correcto, que posibiliten, en su conjunto, lograr y mantener el estado nutricional normal de los individuos (Cerqueira MT, 1990; Hornik R., 1985).

Actualmente se acepta que, para buscar una solución lo más adecuada posible a los problemas alimentarios y nutricionales que afectan a la población, es necesario identificar correctamente los factores condicionantes, para concentrar los esfuerzos en aquellos con posibilidades de ser atendidos por la comunidad. El factor educativo alimentario-nutricional figura entre aquellos, y tiene como propósito (a la vez que objetivo) aliviar, al máximo, los efectos negativos de un acceso disminuido a los alimentos, por un lado, y por el otro, minimizar tanto como se pueda las consecuencias que pueda tener el acceso desequilibrado a determinadas fuentes de alimentación en situaciones particulares de libre disponibilidad y adecuada capacidad individual de compra (Gallardo L. y Praun A., 1985).

En consecuencia con ello, las intervenciones educativas destinadas a solucionar los problemas alimentario-nutricionales que afectan a la población son reconocidas hoy como un complemento esencial de las acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria familiar e individual, y representan la estrategia principal en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta, en base del desarrollo y consolidación de hábitos, costumbres y conductas correctas de alimentación (Cerqueira MT, 1990;. Gallardo L. y Praun A., 1985).

Por otro lado, el nivel educativo es un factor en el patrón alimentario, el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado (Flores y cols., 1973).

Se ha visto que las mujeres con mayor escolaridad varían un poco más su tipo de alimentación, prefieren menos ciertos alimentos y los desaprueban más que las de menor escolaridad. Ellas indican que saben de alimentos que es bueno y malo (Méndez y Gudrid, 2001).

En el contexto específico, la educación alimentaria constituye una estrategia en la formación humana para la vida. Es una línea de trabajo pedagógico que permite adquirir mayor consciencia acerca de la importancia que damos a la primera necesidad humana y nos induce a revalorar la propia cultura alimentaria en la formación de hábitos, actitudes, emociones y conceptos en torno a los alimentos, y la salud.

Por ello, la educación en alimentación debe orientarse a potenciar o modificar los hábitos alimentarios, involucrando a todos los miembros de la comunidad educativa; niños, padres, maestros, directivos y sociedad en general. Educar sobre la necesidad e importancia de una buena alimentación implica: descubrir y erradicar creencias, mitos y conductas erróneas; promoviendo consciencia sobre las diversas funciones o roles que juega o debe jugar la alimentación en las diversas esferas de la vida, la salud, los aprendizajes, la producción, distribución y consumo de alimentos; fomentar conceptos, actitudes y conductas claras y fundamentales sobre la alimentación.

FACTORES PSICOLÓGICOS

El ser humano durante su existencia, pero en particular entre la infancia y la adolescencia, está rodeado de factores psicológicos que no solo inciden en su maduración sino que al mismo tiempo influyen en su manera de ser. El comportamiento alimentario, se relaciona con una amplia gama de necesidades y apetencias que tendrá que satisfacerse mediante mecanismos de selección, aceptación o rechazo. Después de la adolescencia, tener una adecuada alimentación continúa siendo la fuente de energía y bienestar, que son básicos para la consecución de una vida equilibrada y productiva en lo individual y social.

Los factores psicológicos tienen gran importancia tanto en la conducta o manera de ser frente al alimento, como en la creación de hábitos alimenticios. Si en un principio éstos se dan, particularmente por la interacción madre e hijo, a medida que transcurren las etapas básicas del desarrollo humano, tales factores psicológicos se irán ampliando como consecuencia no sólo de la interacción interfamiliar y escolar, sino también con sus padres y adultos extrafamiliares. Los gustos y apetencias por los sabores, olores y colores relacionados con la comida cambian durante el proceso de maduración y, sin quitar importancia a la influencia social o la presencia de determinantes psicológicos, la preferencia es el factor que predispone para la formación de hábitos alimenticios y la selección o rechazo de los alimentos que se tiene a disposición (carnes, legumbres, frutas) (Dulanto, 2000).

Como se nota, las creencias y hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana. Por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicológico-social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicológico-social.

Suponiendo que el individuo haya sido motivado a través de diferentes medios para cambiar su conducta en cuanto a sus creencias y hábitos alimentarios, éstos

quedarán afectados por el conocimiento adquirido. En este caso el individuo necesita información para elegir los tipos y las cantidades apropiadas de alimento. Así pues, aunque saber algo de nutrición es indispensable para realizar el cambio deseado, la información es inútil si el individuo no ha aceptado la necesidad de cambiar y no está motivado para hacerlo. De esto se deduce que los factores psicológicos son muy importantes en cualquier modificación que pretenda hacerse de las creencias y hábitos alimentarios, ya que son tantos los factores que intervienen en la adquisición de ellos, que resultaría difícil el poder cambiarlos; aunque éstos no necesariamente son estadísticos ya que cambian según evolucionan los pueblos (Behar e Icaza, 1972; Burgess y Dean, 1963; Hurtado, 1990).

Un factor psicológico importante de mencionar es el de cómo se eligen los alimentos. Shepherd (1989) señala que existen factores internos o externos en la elección de los alimentos, dentro de los primeros se encuentra la personalidad, factores sensoriales y cogniciones, en cuanto a los factores externos se refiere al tipo de alimento, el contexto social y el cultural.

Una investigación realizada a gran escala sobre la elección alimenticia, en 1995, por Steptoe, Pollard y Wardle, determinó nueve motivaciones diferentes, las cuales son: el atractivo sensorial, los beneficios de la salud, la comodidad de su adquisición y de su preparación, el control de peso, el conocimiento del alimento, la regulación del humor, el contenido natural de las comidas y las preocupaciones éticas acerca de la manufactura y el país de origen.

Por otro lado, el aprendizaje y la experiencia resultan de gran importancia a la hora de elegir que consumir, centrándose en el desarrollo de las preferencias durante la etapa infantil. Un pionero de esta investigación fue Davis (1928), quien realizó estudios de bebés y niños pequeños en una sala de pediatría en Estados Unidos, su interés principal era examinar las respuestas de los pequeños a una dieta autoseleccionada. Se les invitaba a los niños una variedad de entre 10 y 12

comidas saludables, las cuales eran realizadas sin azúcar, sin sal o sin condimentos, con la libertad de comer lo que eligieran. Sus resultados arrojaron que los niños tenían la capacidad de seleccionar una dieta coherente con el crecimiento y la salud y no tenían ningún problema de alimentación. Los niños son capaces de esto gracias a que según Davis, cuentan con un mecanismo regulador innato que se los permite, claro tomando en cuenta que debían tener acceso a alimentos saludables, sin embargo afirmaba que estas conductas cambiaban con el tiempo y se modifican a través de la experiencia.

Birch (1989) tomando en cuenta los resultados de Davis, interpreta que lo innato se refiere a la capacidad de descubrir las consecuencias de la comida al mismo tiempo que se aprende a asociar ciertas claves de los alimentos con las consecuencias de la ingestión con la finalidad de controlar la ingesta de alimento. Destacó el papel del aprendizaje y describió una perspectiva evolutiva sistémica, que comprende las preferencias alimentarias, en relación al contacto con el alimento, el aprendizaje social y el aprendizaje asociativo. A continuación se describen algunas teorías sobre la elección del alimento.

CONTACTO CON EL ALIMENTO

Para mantener una dieta equilibrada, las personas deben consumir diversos alimentos, para ello se deben probar distintos tipos de comida, sin embargo en ocasiones se muestra una conducta de evitación o temor ante un nuevo alimento, esta conducta se conoce como “neofobia”. Esto es común en los niños, quienes al principio perciben un alimento como amenazante, pero al final del día terminan aceptándolo. La neofobia se reduce con la edad.

Kalat y Rozin, (1973) plantean una hipótesis explicativa, llamada “seguridad aprendida”, que sostiene que la preferencia al alimento aumenta gracias al hecho de que haberlo consumido no ha traído consecuencias negativas, es decir, no se presentaron malestares internos, por ejemplo secuelas gastrointestinales negativas.

APRENDIZAJE SOCIAL

El aprendizaje social describe la influencia que tiene la observación de las conductas de otras personas en el comportamiento propio llamado “modelado” o “aprendizaje observacional”.

Se han realizado diversos estudios en niños principalmente, por ejemplo, Birch (1980) utilizó como modelos a los niños estudiados, con el fin de cambiar su preferencia de unas verduras por otras, se concluyó que las preferencias cambian debido a la observación de otras personas que estén comiendo, es decir el ver a otro comer algo diferente a lo personal, ocasiona que el observador modifique sus preferencias por el alimento consumido por el modelo. El modelo puede ser un compañero, un personaje de ficción, un adulto, inclusive los mismos padres. Sin embargo, estos últimos son de gran relevancia para el niño a la hora de elegir que comer, pues no solamente influyen las preferencias de los padres, sino también entran en juego los hábitos y las actitudes alimentarias.

A pesar de estas afirmaciones, existen otras investigaciones que prueban que las preferencias alimentarias no son siempre las mismas entre madres e hijos, por ejemplo, Wardle (1995) señala que para las madres, la salud de sus hijos era lo más importante para ellas.

A todo lo anterior, se puede concluir que los padres ejercen una fuerte influencia ante sus hijos, con sus actitudes, preferencias y hábitos alimenticios, sin embargo es necesario también que les hagan saber las diferencias que existen entre ellos, principalmente en cuanto a las necesidades de sus organismos, pese a tener las mismas motivaciones relacionadas con la comida.

APRENDIZAJE ASOCIATIVO

En el aprendizaje asociativo tienen mucha importancia los factores contingentes sobre la conducta. Estos factores son considerados como reforzadores, existe

investigación acerca del emparejamiento de claves alimentarias con aspectos del entorno.

LA RECOMPENSA DE LA ELECCIÓN DE LA COMIDA

Se trata principalmente de estudiar el efecto de recompensar la elección de alimentos, lo cual ha dado como resultado que se aumente la preferencia por el alimento recompensado. Por ejemplo, Birch, Zimmerman y Hind en 1980, hicieron un experimento donde les daban a unos niños comida, asociada con atención positiva de adultos, comparando esta situación con otra más neutra.

LA COMIDA COMO RECOMPENSA

El acceso a la comida depende de otra conducta, es decir, al realizarse la conducta deseada, se da cierto alimento como recompensa. En ocasiones los padres animan a sus hijos a que consuman cierto alimento para que obtengan como recompensa otra comida, como por ejemplo un postre, lo que sucede es que si consumen el alimento que el padre desea, por ejemplo una verdura o una carne, es común que esta práctica incremente el gusto hacia el alimento utilizado como recompensa, es decir, el postre. Según Birch (1999), a corto plazo el niño comerá más verduras, pero a largo plazo, los intentos de control por parte de los padres pueden tener efectos negativos en la dieta de sus hijos, reduciendo su preferencia por estos alimentos.

Pese a estas afirmaciones, no todos los autores están de acuerdo con ello, como por ejemplo Dowey (1996) revisando bibliografía sobre el tema, encontró que existen ciertas incongruencias metodológicas en los estudios, sobre todo expresa que deben de hacer en situaciones de la vida real y a lo largo del tiempo, midiendo la ingesta real de la comida y no sólo la que el niño prefiere. Concluye que la preferencia por un alimento puede hacerse más fácil siempre y cuando la recompensa por el consumo de alimentos fuera más valorada y no darle a entender al niño que tomar el primer alimento es malo o se lo tiene que comer para obtener su premio.

Otro aspecto importante que cabe mencionar es la restricción por parte de los padres hacia ciertos alimentos que se consideran poco saludables o dañinos (Birch, 1999). Respecto a esto se encuentra que limitar el acceso a ciertos alimentos puede tener efectos negativos en cuanto a la elección de la dieta. Es algo similar a la frase “prohibir es despertar el deseo”, donde el padre le impide ingerir al niño la comida rápida, lo cual incrementa en el niño el atractivo de los alimentos restringidos y si en cierto momento el niño tiene pleno acceso a cualquier alimento, éste va a escoger los restringidos, sobre todo cuando la figura autoritaria no está presente (Fisher, 2000).

MODELOS COGNITIVOS DE LA ELECCIÓN DE LA COMIDA

Este modelo se centra en las cogniciones del individuo, examinando cómo es que éstas influyen en la conducta y permiten predecirla.

De todos los modelos que se han elaborado, se encuentran la TAR; Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen de 1975 y la TCP; Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen en 1985, las cuales se han aplicado con mayor frecuencia en los aspectos de la elección de la comida.

Principalmente la investigación en éste enfoque, se centra en predecir las intenciones de consumir alimentos concretos, indicando que las intenciones conductuales no son, predictores especialmente buenos de la conducta, lo que ha impulsado el desarrollo de trabajos que analizan la distancia entre intención y conducta, se ha descubierto que la actitud era mejor predictor que las normas subjetivas.

En relación a la elección de la comida, se supone que a las personas les gusta o no ciertos alimentos y esta actitud valorativa sirve para predecir su ingesta, aquí toma un papel importante la ambivalencia ante los alimentos, Emmons (citado en Ogden, 2005) define la ambivalencia como un conflicto de acercamiento-evitación, de querer y a la vez, no querer el mismo objeto. Es fundamental la presencia simultánea de valores positivos y negativos, que parece pertinente para la elección

de la comida, ya que los individuos pueden sostener actitudes contradictorias con respecto a los alimentos, que se pueden describir como “ricos”, “sabrosos”, “sano”, “que engorda”, “exquisito”. Ante esto, Sparks y cols (2001) incorporan el concepto de ambivalencia a la “Teoría de la Conducta Planeada”, y valoran si sirve para predecir el consumo de carne y chocolate, concluyen que la relación entre la actitud y la intención era más débil en los participantes que mostraban una ambivalencia más elevada. Ante esto se puede decir que el hecho de tener actitudes tanto positivas como negativas respecto a un alimento hace menos probable que el sujeto tienda a ingerirlo.

Se ha criticado el enfoque cognitivo de la elección de la comida por el hecho de centrarse sólo en variables de nivel individual y por suponer que el mismo conjunto de cogniciones es aplicable para todos los sujetos. Se deben aplicar al modelo distintos factores como autoestima, hábitos dietéticos parentales y familiares y la disponibilidad de frutas y verduras.

Es importante mencionar que la infancia es una etapa clave que determina muchas de las conductas acerca de la alimentación, pues es una época donde el aprendizaje es esencial para definir lo que sería el adulto y sus conductas y preferencias alimentarias.

El infante come lo que sus padres le dan, sin embargo, si al niño se le da a elegir entre uno y otro alimento, cuenta con la capacidad para elegir, sin necesidad de que alguien más lo haga. Esto puede hacerse debido a que cuenta con un mecanismo donde aprende a asociar las reacciones de su cuerpo con el alimento consumido.

La observación es importante, pues un niño puede elegir su alimento si ve a alguien más que lo consume, es decir el niño puede modificar sus preferencias o mantenerlas dependiendo de lo que vea a su alrededor.

El aprendizaje asociativo es un tema amplio, de discusión, ya que aquí entran en juego el emparejamiento de claves alimentarias con aspectos del medio.

La comida puede ser recompensada o puede ser la recompensa de una conducta deseable. Principalmente esto se realiza en la infancia por los padres, quienes pueden hacer que el niño coma algo para que a éste lo dejen ir a jugar o para obtener un regalo o beneficio; en otro plano, si el niño hace lo correcto, según los padres, es decir si se porta bien, si hace su tarea, recoge su ropa, etc., entonces los padres lo recompensan con un alimento preferido por el niño. Sin embargo esto puede no traer las consecuencias deseadas, sino lo contrario, puede que el niño rechace un alimento porque se da cuenta que lo debe comer para obtener su recompensa. La restricción de los alimentos por parte de los padres es un aspecto que debe tratarse con mucho cuidado, ya que si los padres no están presentes cuando al niño se le presenta el alimento prohibido, éste lo tomará pues le parecerá atractivo.

Otro aspecto esencial, es que al tener actitudes de ambivalencia hacia un alimento, existen menos probabilidades de que el individuo lo consuma pues se inclinará más hacia lo negativo de su creencia.

FACTORES RELACIONADOS CON URBANIZACIÓN E INDUSTRIALIZACIÓN

El modelo de producción, distribución y consumo de alimentos basado en la industrialización de la producción alimentaria y la generalización de su intercambio bajo una forma mercantil crea a la industrialización de las sociedades. En los países industrializados se desarrolla especialmente a partir de la II Guerra mundial, aunque en Estados Unidos lo hace al menos una década antes, favorecido precisamente por la propia guerra que realimenta la industrialización. Su extensión y consolidación progresiva a escala planetaria se inicia en los años setenta, a partir de lo que se conoce como la Revolución Verde. Se denomina así, al fenómeno propiciado por la FAO, de extensión de la agricultura industrial a los países empobrecidos bajo el argumento de que era la única forma de resolver el problema de las necesidades alimenticias de una población creciente. Esta agricultura se basa en un alto empleo de tecnología (maquinaria, irrigación, semillas híbridas, fertilización química y productos químicos para la lucha contra

las plagas y enfermedades) considerando ineficientes e inapropiadas tanto la forma tradicional de la agricultura de cada zona, como los conocimientos a ella asociados de manejo de suelos, agua, semillas, cultivos, etc. Pero además de no ser tecnologías apropiadas para la ecología de cualquier parte del planeta, generan una mayor dependencia económica y tecnológica. La Revolución Verde es una de las principales consecuencias del aumento de la deuda exterior de los países empobrecidos, incitados para pagar los intereses de esa deuda, a producir cultivos de exportación demandados en el mercado internacional y a importar los alimentos básicos para su población o incluso solicitar ayuda alimentaria. La soberanía y la seguridad alimentarias de los países empobrecidos queda hipotecada y a cargo del mercado internacional y sus precios (Galindo P. y Pino C.,2004).

El grado de urbanización e industrialización de una nación o de una ciudad influye directamente en la ingesta dietética de sus pobladores. Por ejemplo, en el caso de Guatemala, los pobladores del área urbana gozan de mayor surtido de alimentos que los del área rural. Esto se debe a que en la primera, la industria y el comercio ofrecen mayores oportunidades y no existen limitaciones en la dieta. Estas diferencias han desaparecido en los países industrializados donde se ha incrementado visiblemente el nivel de ingreso de las familias, lo que a su vez modifica la dieta en especial de las familias de bajo nivel socioeconómico. Los cambios de estación que en un principio producían modificaciones en la dieta han desaparecido con la ayuda de la industrialización y la tecnología. Esto es posible ya que se logra producir, almacenar y transportar toda clase de alimentos durante toda la época del año (Hurtado, 1990).

Sin embargo, la industria de la alimentación, es un arma de dos filos, puesto que, la industria se ha encargado de quitarle a los alimentos gran parte de sus nutrientes, todo esto con el objetivo comercial según las ventas lo han requerido, lo que las industrias han hecho para conservar su buen sabor y aspecto, ha sido aumentarles el azúcar, grasas, sal y aditivos químicos los cuales tiene un papel

perjudicial algunas veces sobre la salud de las personas, pero esto sucede sin que nos demos cuenta, pues al ver el alimento con una apariencia apetecible, se olvida y deja de lado el averiguar sobre los contenidos de los mismos.

El proceso industrial por el que pasan los alimentos, por ejemplo, quita un 87% de salvado o fibra, lo cual, junto con la disminución del consumo de fruta fresca y verdura, conlleva a una dieta baja en fibra, provocando una serie de padecimientos abundantes como estreñimiento frecuente, tránsito intestinal lento, además de otros problemas más serios como hernia de hiato, apendicitis, hemorroides, colon irritable y dolores abdominales por espasmos intestinales. Estos problemas eran ausentes en pueblos primitivos, pues éstos estaban acostumbrados a consumir alimentos sin procesar ni refinar.

Otro problema en el procesamiento de los alimentos, son los aditivos, los cuales resultan innecesarios, en esta categoría se incluye a los colorantes artificiales, aromatizantes, etc., sin embargo a la industria no le parece que sean innecesarios, ya que se usan básicamente debido a la competición entre las diferentes marcas para presentar unos productos más atractivos por su sabor y por supuesto que se vendan mejor. Por su parte, los aceites para ensaladas manufacturados son dudosos en cuanto a seguridad. Ya que para extraer el aceite de las semillas y los granos se utilizan disolventes químicos cuya eficiencia es mayor a la de las prensas mecánicas. Estos disolventes incluyen gasolina, benceno, tetracloruro de carbono. Los aceites vegetales comerciales pueden tener hasta un 17% de los ácidos grasos en forma trans, los cuales se han relacionado con el cáncer humano (McGee, 1992).

Nos enfrentamos dentro de la industria alimenticia a los alimentos de imitación, los cuales pueden tener una gran variedad de formas, por ejemplo el queso, puede estar hecho sin derivados de la leche y en su lugar contener aceites de palma y coco y contener menos del 1% de proteínas. Según McGee (1992) la mayoría de los alimentos modernos tienen pérdidas nutricionales, por lo que puede decirse

que el comer a base de alimentos frescos naturales tiene ventajas como un mejor sabor, menor costo y pueden ser más nutritivos.

Durante los últimos años se han hecho grandes cambios a la agricultura, la mayoría de estos cambios implican la conversión al monocultivo y la utilización de fertilizantes químicos y pesticidas. Además las cosechas se venden a peso, no por su calidad nutritiva, es decir la producción es lo que importa no la calidad de los alimentos. Los productos químicos que son utilizados en la agricultura no sólo destruyen las plagas sino también otros organismos que viven en los suelos como son esporas, gusanos, bacterias, conforme se destruyen estos organismos, se altera el equilibrio natural del suelo y, a menudo, se eliminan los enemigos naturales de las temibles plagas. Lo que sucede es que se cae en un juego en el que se responde con más químicos ante las plagas lo que desarrolla las resistencias de los insectos.

Por último, se debe considerar, que los alimentos constituyen para el hombre al mismo tiempo fuente de energía y nutrientes para su biología, mercancías en la esfera económica y símbolos en los ámbitos social y religioso. Debido a sus muchos roles los alimentos deben estudiarse desde el punto de vista del ambiente sociocultural y psicológico, así como en el contexto biológico y económico político donde se consignan. Se requiere por tanto en su estudio integrar múltiples variables socioeconómicas y culturales, junto a las netamente biológicas (ej.: requerimientos de nutrientes, estado de salud, limitaciones genéticas, participación sensorial). La información al respecto es escasa, pero cobra relevancia si consideramos que en esta transición epidemiológica de cambios en la cultura alimentaria puede llevar a una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a malnutrición por exceso, como obesidad, hiperlipidemias, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, osteoporosis. Las estrategias preventivas de educación nutricional para promover estilos de vida saludables son las que tienen mayor probabilidad de influir sobre la prevalencia de estas enfermedades; deben iniciarse en la edad pediátrica y

considerando la cultura alimentaria de los grupos de población sobre los que se quiere influir.

CAPÍTULO IV

EL SIGNIFICADO DE LA COMIDA

En la humanidad el acto de comer ha sido un acto eminentemente social y cultural. Todo ser vivo, para mantenerse como tal, necesita alimentarse. Por lo que la imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer, pero la comida no es solo nutrición; comer no es solo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano se obliga a practicar miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida (los alimentos) y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultaran significativas emocionalmente para el comedor en cuestión. Es decir aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas, desde el nacimiento comer es un acto social y esta socialización del comer se mantiene a lo largo de toda la vida.

La selección de los alimentos, va más allá de la necesidad de los nutrientes vitales para la supervivencia, puesto que se produce dentro de una red de significados sociales, psicológicos, culturales, etc., es decir se extienden una multiplicidad de significados alrededor de la comida como protección, cuidado, salud, seducción, estética, hambre, celebración, instinto, ritual, etc. (Kirszman,2002). Además la práctica alimentaria también responde a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las relaciones sociales en las diferentes sociedades (Gracia-Arnaiz, 2007).

Toro (1999) enlista diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, y por consiguiente los diversos significados que se les pueden atribuir.

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.

7. Proclamar la distintivita de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar status social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Evidentemente, muchos de esos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez. Pero, al margen de significados concretos en circunstancias concretas, hay ciertas constantes que a lo largo de la historia de la humanidad parecen mantener su vigencia (Toro, 1999).

De acuerdo con Chinchilla (2003), el comportamiento alimentario en condiciones normales suele tener poca incertidumbre a lo largo de la vida y éstas están en función de mantener un peso estable que asegure la salud y la calidad de vida. Para ello, el organismo tiene todo un conjunto e increíble sistema que asegure, mediante la ingestión de los alimentos, los aportes nutricionales a todos y cada uno de los órganos y sistemas que garantizan la vida.

Las formas de comer dicen mucho sobre las relaciones, estructuras, expectativas y aspiraciones de una sociedad. Las representaciones del comer incluyen creencias, ideologías, identidades, prácticas culturales, así como la revelación de identidad, conflictos y pasado (Perales, 2006).

La alimentación tiene una función mediadora de las relaciones sociales sin distinción de niveles o clases sociales pues puede unir a las personas. Ejemplo de lo anterior son las celebraciones de, bodas, aniversarios, bautizos, cumpleaños, despedidas, cierre de negocios, se comparte trabajo, etc. Pero no sólo las situaciones que motivan al encuentro vienen cargadas de sentido, también las prácticas y las preferencias alimentarias lo están, y este sentido va evolucionando y cambiando según las modas y las costumbres imperantes (Kirszman, 2002).

Levi-Strauss (1965) y Douglas (1966) decían que la comida puede entenderse a modo de una estructura profunda subyacente, común a diferentes culturas. Basándose en esta perspectiva, Helman (1984) destaca cinco tipos de clasificación de las comidas:

- Comida frente a no comida. Delimita las cosas que son comestibles y las que no lo son. Por ejemplo, el trigo es comida, la hierba no es comida; las ranas pueden ser comida, los gusanos realmente lo son.
- Comida sagrada frente a comidas profanas. Distingue entre las comidas validadas por las creencias religiosas y las que no lo son. Por ejemplo, los animales de pesuña hendida, rumiantes, son sagrados para los musulmanes y los judíos (si son kosher), los productos de cerdos son profanos para los judíos y musulmanes, y el vacuno es profano para los hindúes.
- Clasificaciones de comidas paralelas. Indican que los alimentos pueden clasificarse como “calientes” (p.ej., el trigo, la patata el ajo) o “fríos” (p. ej., el arroz, los guisantes, las alubias). En este contexto, la salud equipara el equilibrio entre los alimentos fríos y calientes. Las enfermedades “frías”, como la artritis, se tratan con alimentos calientes y, a veces, se achacan a la conducta de comer demasiados alimentos fríos; las enfermedades

calientes se tratan con alimentos fríos. El hecho de que un alimento se considere “caliente o “frío” no depende de su temperatura, sino del valor simbólico que se la adjudica y puede variar de una cultura a otra.

- Comida como medicina, medicina como comida. Describe la separación y el solapamiento entre comida y medicina. Por ejemplo, algunos alimentos se utilizan o evitan en ciertos estados, como el embarazo, la lactancia o la menstruación, otros se utilizan como remedio de problemas como la diarrea y la mala salud en general.
- Comidas sociales. Describe la función social de la comida. La comida puede entenderse como forma de afirmar y desarrollar relaciones; simbolizar estatus, ofreciendo platos raros, caros o deliciosos, y crear la identidad de grupo mediante patrones tradicionales de comidas, como el desayuno, la comida y la cena, o mediante tipos tradicionales de alimentos, como “el plato nacional” o “la comida de la familia”.

Partiendo de esta perspectiva, se sostiene que todas las comidas pueden comprenderse mediante este marco referencial, que da una idea de la función y el papel que ostenta en una determinada cultura. En particular, la comida transmite el sentido del yo, actúa como medio de comunicación entre individuos y es fundamental para el establecimiento de una identidad cultural. Así, se puede notar que el hecho de comer tiene bastantes variaciones que van desde su significado, su utilidad y la razón de hacerlo, todo esto depende de la cultura de las personas (Gracia-Arnaiz, 2007).

Cocinar a diario, comprar los alimentos, estudiar economía del hogar en la escuela se han considerado tradicionalmente como actividades femeninas, como muestran los estudios transculturales, las revistas, los libros de cocina, la publicidad y los estudios sobre parejas recién casados (Murdock y Provost, 1973; Murcott, 1982; Mansfield y Collard, 1988). Los significados individualizados de la comida están

pues, íntimamente ligados a la identidad de género y a la idea de ser mujer. En particular, la comida representa la sexualidad, los conflictos entre culpabilidad y placer, comer y negación, y una expresión de autocontrol.

Otro aspecto a tratar sobre la comida, son los conflictos que se produce entre la conducta de comer y la negación. Charles y Kerr (1986) estudiaron a 200 madres jóvenes de una zona urbana del norte de Inglaterra y concluyeron que, mientras que las mujeres tenían que proporcionar comidas sanas y nutritivas a su familia, se esperaba que ellas se negasen alimentos a sí mismas para mantenerse delgadas y sexualmente atractivas. También a veces, es un conflicto entre salud y placer. Por ejemplo, Murcott (1982) concluyó de su estudio de 40 mujeres y madres jóvenes de Gales que, por una parte, ellas eran las responsables de la salud de los miembros de sus familias, mientras que, por otra, deseaban agrandarles y demostrarles su amor preparándoles aquello que les gustaba.

La comida representa también el autocontrol o la pérdida de control ejemplo de ello es el ayuno y la negación. En el siglo XIX se contempló la aparición de “artistas hambrientos” que, como señala Gordon (2000), “carecían de motivos morales o religiosos, su negativa a comer era un acto puro de voluntad y de autocontrol porque sí” (pág. 210), y Bruch (1965) decía que la persona anoréxica tiene un aura de fuerza especial y de disciplina sobrehumana. Ogden (2005) sostiene que, durante las últimas décadas, la dieta se ha convertido en el vehículo perfecto para el autocontrol, destaca el cambio del modelo del individuo, que de respondedor pasivo pasa a ser un individuo interactivo y, a finales del siglo XX, un yo reflexivo e interactivo. Se puede decir que este afán por el autocontrol se plasma en que el interés por la conducta de comer siguiendo una dieta.

Otros autores que han estudiado el significado de la comida son Charles y Kerr (1986), ellos señalaron que, con frecuencia, los alimentos dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la armonía de la familia. Concluyeron también que los alimentos sanos y sabrosos son signo del amor familiar y de la

determinación de agrandar y satisfacer a los distintos miembros de la familia, de acuerdo con esta postura.

Por otro lado, los alimentos y las comidas familiares desempeñan un papel central en el establecimiento de la identidad religiosa. Starr Sered (citado en Ogden, 2005) estudió especialmente la conducta de comer de las mujeres judías de Oriente Medio. Dice la autora que muchas de sus comidas incluyen símbolos judíos y que los ritos de su preparación dan un sentido de santidad a su trabajo doméstico cotidiano, sostiene que las mujeres consideran que proporcionar alimentos a otros representa la identidad, la tradición, la ley y la santidad judía. En consecuencia, ingerir alimentos, preparar la comida y darla a los demás se convierte en un medio a través del cual puede comunicarse la santidad dentro de la familia.

La comida es también un símbolo de estatus social. Las personas poderosas comen bien y son alimentadas bien por otros, por tanto, la comida es el símbolo primordial del valor social (Wolf, 1990). De forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el control del mundo social, ejemplo de ello son las huelgas de hambre.

A partir de lo planteado anteriormente se puede decir que, la comida lleva consigo un significado y constituye una forma fundamental de comunicación en la interacción de los individuos. En este contexto social, la comida es un foro para las expresiones de amor y atención y para los conflictos entre salud y placer, y es símbolo de las relaciones de poder en el seno de la familia.

A modo de conclusión, está claro que alimentarse no implica solamente comer para nutrir el cuerpo, sino que van implícitos una gran serie de conceptos psicológicos y sociales que influyen para comer. Estos factores se determinan en base a la salud, relaciones sociales, culturales, religiones, prácticas y preferencias alimentarias o estéticas.

La familia, al ser el núcleo primario, toma mucha importancia en las prácticas alimentarias, principalmente la madre, quien es la que alimenta a los integrantes, alrededor de este ritual, van entrelazados muchos significados, la madre hace de comer por amor y cuidado a sus hijos y satisfacer las necesidades de los miembros de la familia. Además la hora de la comida, es el momento donde todos o casi todos están presentes por tanto es un espacio donde fluye la comunicación, espacio donde además de compartir los alimentos, se comparten las alegrías, enojos, tristezas y demás emociones y sentimientos del día.

CAPÍTULO V

EL COMER SALUDABLEMENTE

El comer saludablemente ha prevalecido desde tiempos antiguos, pues se da por hecho que existe una gran relación entre la alimentación y el mantenimiento de la salud, sin embargo, con el paso del tiempo, además de otros factores como los medios de comunicación, publicidad, entre otras cosas, el comer no sólo se ve como una cuestión de salud, sino también una moda y un asunto de atracción física (Germov & Williams, 1996).

Gil Roales-Nieto (2004) señala que la alimentación saludable se ha relacionado con numerosas enfermedades cardiovasculares, riesgo a ciertos tipos de cáncer y enfermedades crónicas graves como diabetes. Es por ello que numerosas personas se empiezan a preocupar por llevar una dieta sana, pues no sólo se vincula a la salud, sino también a la imagen corporal y a la aspiración personal a la longevidad. Este es un comportamiento saludable de responsabilidad pública.

El consumo de alimentos inadecuados, puede llevar consigo un estado de mal nutrición por deficiencia o exceso. En el caso de las deficiencias puede conducir a enfermedades tales como: anemias, anorexia y bulimia; en el caso de excesos, enfermedades ya mencionadas como obesidad, diabetes mellitus y las cardiovasculares, entre otras (Rivera, 2006).

El mayor consumo de frutas y verduras se relaciona con un menor riesgo de desarrollar cáncer, cardiopatías isquémicas y ayudan a crear sensación de saciedad y a disminuir la ingesta de calorías totales, además de que pueden prevenir deficiencias en micronutrientes tales como hierro y vitaminas como la A, C y B12. Las hojas verdes protegen contra el cáncer de pulmón y estómago; el consumo de crucíferas (col, brócoli, coliflor, etc.) reduce el riesgo de cáncer colorectal y de tiroides (Jacoby y Keller, 2006).

De acuerdo con lo mencionado, Calañas (2005) señala que la alimentación es saludable cuando favorece el buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con ella. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado 5 de los 10 factores de riesgo como claves para el desarrollo de enfermedades crónicas los cuales están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Estos 5 factores son: hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial y consumo deficiente de frutas y verduras.

Para Aranceta y cols. (2004) una alimentación saludable puede contribuir a disminuir la frecuencia de enfermedades crónicas evitables e, incluso, a mejorar la calidad de vida de las personas al llegar a la edad avanzada.

El comer saludablemente indica una nueva relación con la comida e ilustra el conflicto entre el individuo, quien desea satisfacer una necesidad, y las normas y valores que la sociedad impone: ese conflicto se expresa en la tensión entre lo deseado y lo apropiado. Las personas resuelven la tensión siguiendo por una parte las prescripciones y la información construida socialmente sobre lo que es apropiado comer: por la otra, justificando transgresiones mediante la racionalización del acto (Perales, 2006).

El comer saludablemente es un sistema cultural en que los gobiernos, la ciencia, los medios de comunicación y los grupos sociales interactúan, esto por un lado, por otra parte, se encuentra el comer saludablemente como una construcción social en la que diferentes grupos recrean lo colectivo en contextos diferentes. Como una construcción cultural, el comer saludablemente re-interpreta los hallazgos científicos y los viste de significados socialmente comprensibles. En el ámbito de lo social, esas construcciones colectivas son reinterpretadas por cada grupo en particular (Perales, 2006).

Actualmente algunas personas se interesan por el conocer lo que comen, pues su meta es comer sano para estar bien, pero en realidad ¿Quién sabe en qué consiste la comida saludable? ¿En torno a qué criterios se eligen los alimentos?

El comer saludablemente se representa como la experiencia de nutrir a un organismo en la constante búsqueda del equilibrio perdido: la sociedad y la vida urbana se convierten en terreno de incertidumbres. En su análisis de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, Herzlich (1973) exploró las asociaciones entre vida urbana y enfermedad. Los participantes en este trabajo, relacionaron lo urbano con alteración, opuesto a lo natural y afinado con lo artificial; lo rural aparecía asociado con lo natural. El habitante urbano se vuelve al campo en busca de aire fresco, agua pura y comida genuina. El habitante rural, por su parte, cree encontrar esos elementos de incorruptibilidad en el pasado, cuando todo era más saludable; la falacia de que todo tiempo pasado fue mejor.

La larga tradición de la medicina occidental de proveer consejos e información sobre la cantidad y la composición de la comida sana, la regulación de peso y la prevención de enfermedades ha contribuido a privilegiar las funciones biológicas de los alimentos a lo largo del tiempo y también del espacio. Los orígenes de esto se remontan a los tratados hipocráticos que, al aludir al cuidado del cuerpo y la salud, hicieron célebre en la Antigüedad clásica la máxima: que tus alimentos sean tu medicina. De ahí en adelante, la aplicación de las normas dietéticas pretendió sustituir una buena parte de los motivos simbólicos sobre los cuales se articulan la selección y el consumo alimentario por otros de interés médico, para los que el alimentarse de manera saludable evita posibilidades de padecer ciertas enfermedades (Gracia-Arnaiz, 2007).

Las tablas de nutrición contienen grupos de nutrientes que se sabe son esenciales como son: proteínas, grasas, carbohidratos, calcio, hierro, vitamina A, tiamina (B1), riblofavina (B2), niacina (B3), vitamina D y vitamina C (McGee, 1992).

La Food and Drugs Administration (FDA) (citado en McGee, 1992) ha publicado consejos nutricionales para el público en general, diciendo que para tener una alimentación adecuada hay que comer alimentos de los cuatro grupos básicos, una dieta que incluya frutas, vegetales y cereales.

Para Ogden (2005) las descripciones de la alimentación saludable tienden a describir la comida en relación con grandes grupos de alimentos y recomiendan un consumo equilibrado de cada uno de estos grupos y que se muestran a continuación:

FRUTAS Y VERDURAS. Debe ingerirse una gran variedad de frutas y verduras y se recomienda tomar cinco o más raciones diarias.

PAN, PASTA Y CEREALES. Se refiere a los alimentos con gran cantidad de hidratos de carbono complejos y de preferencia los que tengan mucha fibra.

CARNE, PESCADO Y ALTERNATIVOS. Se deben consumir cantidades moderadas de este grupo y se recomiendan las que tengan poca grasa.

LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS. Se deben consumir con moderación y de preferencia que sean desnatados.

ALIMENTOS RICOS EN GRASAS Y AZÚCAR. Estos alimentos como las patatas fritas, los dulces y las bebidas azucaradas deben consumirse pocas veces y en pequeñas cantidades.

Estamos muy interesados en cualquier efecto que los alimentos puedan tener en nuestros cuerpos. Esto incluye desde la necesidad de nutrinos hasta los efectos perjudiciales relacionados con lo que le falta a la comida y que necesitamos, lo que se le añade a la comida y que puede hacernos enfermar y las respuestas de nuestro organismo a las alteraciones en la comida. Por eso se dice que los mejores alimentos para un individuo son aquellos que tolera, absorbe y utiliza. El comer los alimentos de “mayor” calidad del mundo le será poco beneficioso si hacen que enferme o si no los absorbe (McGee, 1992).

En la actualidad, la normalización dietética se ha concretado en torno a la dieta equilibrada, es decir, un patrón alimentario basado en la restricción o promoción del consumo de ciertos alimentos y la prescripción de un conjunto de pautas relativas a cómo, cuándo y con quién hacerlo, cuyos objetivos son lograr una nutrición sana “exenta de riesgo para la salud”. Las diferentes guías que se han publicado para la promoción de una comida saludable promueven una regulación de los modos de vida basadas en una responsabilidad del cuidado de sí mismo. Los objetivos por alcanzar los llamados estilos de vida saludables se centran en modificar las conductas personales, tales como lograr un equilibrio energético y un peso normal, mejorar los conocimientos nutricionales o aumentar la actividad física (Gracia-Arnaiz, 2007).

Según Calañas (2005) la alimentación saludable debe reunir las características siguientes:

En primer lugar, debe ser variada puesto que no existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, de ahí surge la necesidad de un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas del organismo. La diversidad de alimentos puede compensar la insuficiencia de un nutriente concreto por su aporte en otro de los alimentos de la dieta. Además puede disminuir el impacto de componentes tóxicos que, de manera natural o artificial, se encuentren en un alimento. La diversidad se ha asociado con un mejor estado nutricional, con independencia del nivel socioeconómico, y es un buen índice de probabilidad de alcanzar requerimientos nutricionales y de una calidad nutricional más alta.

En segundo plano, la alimentación debe ser equilibrada y adecuada; es decir las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria, de tal forma que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares.

La alimentación, en tercer lugar, debe ser saludable; esta concepción incluye la noción de variedad, equilibrio y adecuación junto con las características de un estilo de vida saludable. Una alimentación saludable se refiere a aquella que permite: a) el crecimiento y el desarrollo del niño; b) el mantenimiento de la salud, la actividad y la creatividad en el adulto, y c) la supervivencia y la comodidad en el anciano. El término saludable se relaciona con una alimentación que favorece y posibilita el buen estado de salud y que disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

Perales en el 2006, realizó un estudio con el fin de conocer los elementos que se relacionan con el comer saludablemente en cuatro grupos (no profesional rural, profesional rural, no profesional urbano y profesional urbano) y dos contextos en Colombia (urbano y rural). El grupo profesional/no profesional se refiere a la presencia/ausencia de educación universitaria. Un objetivo de este análisis era comparar las historias diferentes de los grupos e identificar elementos comunes. Se realizó una encuesta de asociación libre a 200 participantes, la pregunta realizada era: “Cuando usted piensa en comer saludablemente ¿Qué palabras, imágenes o frases vienen a su mente? Por favor escriba/dígame todo lo que se le ocurra”.

Los elementos centrales del comer saludablemente que se encontraron en este estudio, se pueden agrupar en tres categorías generales: la primera es la dieta vegetariana, que representa la categoría de los elementos más frecuentes (vegetales, jugos naturales, frutas, ensaladas, legumbres, cereales, principalmente). La segunda categoría corresponde a una clase de dieta semi-vegetariana, en donde las carnes rojas son excluidas totalmente a pesar de ser uno de los elementos más frecuentes. Lo que si se incluye en este núcleo son las carnes blancas, es decir pescado y pollo. La tercera categoría se relaciona con las condiciones del comer; es decir, la limpieza, la tranquilidad y regularidad. La tranquilidad aparece puesto que la prisa, los horarios y las condiciones de vida artificiales afectan la ingestión y por tanto la digestión de los alimentos. La limpieza

y la regularidad por su parte, caracterizan el aspecto normativo del comer, relacionando el comer saludablemente con las condiciones generales de un estilo de vida saludable para los profesionales urbanos, esto, tomando en cuenta que las ciudades rompen la armonía con la naturaleza, lo que amenaza una nutrición adecuada.

Una última observación tiene que ver con los elementos que aparecen por azar, en términos estadísticos; los elementos son: libre de grasa, light, carne, lácteos y placentero; estos elementos resultan irrelevantes en la definición del comer saludablemente. Lo placentero no se supone un componente de la experiencia del comer saludablemente, la cual surge frecuentemente como una cuestión restrictiva. La carne es un elemento problemático, y lo light se asume muchas veces como una noción peyorativa quizás artificial. Para finalizar, el elemento libre de grasa no se percibe tan saludable como lo bajo en grasa. Los grupos parecen entender la grasa como una sustancia necesaria. Lo libre de grasa parece una opción extrema en una representación en la que el equilibrio, lo balanceado y lo moderado aparecen como conceptos importantes. Para los participantes, la salud es elusiva, es un don perdido que debe redescubrirse y es la intervención humana la que hace perder la salud. Según Perales (2006) la solución es un retorno a lo natural, bien sea mediante la búsqueda del campo para el caso de los habitantes de ciudades, bien mediante el redescubrimiento de costumbres y tradiciones para los habitantes rurales.

Se han percatado que los pueblos primitivos aislados están libres de enfermedades degenerativas mientras consumen dietas basadas en alimentos tradicionales sin procesar, dietas variables que van desde grasas animales hasta vegetales. Pero ¿por qué nosotros no seguir estas dietas? Pues bien, nuestra situación es más complicada porque la mayoría de nosotros tenemos que intentar superar los problemas que se han producido tras cuatro o cinco generaciones que han seguido dietas pobres en fibra, vitaminas y oligoelementos. Muchos de

nosotros cargamos con alteraciones genéticas que exigen unas dietas específicas (McGee, 1992).

Un punto importante en este sentido, se refiere al concepto del Dr. Williams (citado en McGee, 2002) sobre individualidad bioquímica, la cual determina necesidades óptimas de nutrientes distintas para cada persona debido a que cada uno de nosotros tiene un modelo de funcionamiento enzimático determinado por nuestros genes, quizá cada uno de nosotros necesita un mayor aporte de dos o tres nutrientes debido a la debilidad genética de alguna enzima. La posibilidad de conocer de que nutrientes se trata es difícil y escasa de confirmar. Por tanto nos podemos sentir mejor siguiendo una dieta u otra, y cada persona debe tener su propia dieta con la que consiga mayor y mejor grado de salud. La dosis óptima de cada nutriente, para cada persona, se encuentra fuertemente influenciada por una parte por una predisposición genética y por otra por los siguientes factores medioambientales: Sexo, edad, estado fisiológico (incluyendo embarazo, lactancia etapa de crecimiento etc.), exposición a toxinas y contaminación, carga de estrés (físico, psíquico, laboral, familiar etc.), traumatismos físicos, emocionales y enfermedades.

Calañas (2005) realizó un estudio en Europa e investigó lo que significa comer sano y si las creencias difieren entre España y el resto de la Unión Europea. Se lanzó la pregunta siguiente: ¿Cómo definiría una dieta saludable? a la cual las descripciones más usadas en España fueron: “comer más frutas y verduras” (47.1%) y “realizar una dieta equilibrada” (42.8%). La menos utilizada fue consumir menos grasa (29.5%) en España, un 32.6% en países mediterráneos (Francia, Grecia, Italia, Portugal), un 49.3% en países centrales (Austria, Bélgica, Alemania, Irlanda, Luxemburgo, Holanda, Reino Unido), y un 40.3% en la población de Finlandia, Dinamarca y Suecia. La descripción de una dieta saludable como un “consumo superior en fibra” es mucho más prevalente en el resto de países miembros de la Unión Europea (entre un 8.2 y un 22.7%) que en España (4.5%). Se muestra una diferente percepción del papel de las grasas en una dieta

saludable en países mediterráneos comparada con la del resto de países europeos, posiblemente porque la alta ingesta de grasa monoinsaturada (esencialmente ácido oleico) en los mediterráneos se considera un hábito dietético saludable, esto explicaría que en España al igual que en otros países mediterráneos, la definición de “menos grasa” sea poco frecuente.

Muchos de los habitantes de países mediterráneos no relacionan los conceptos de equilibrio y variedad como saludables porque su dieta hoy en día, es suficientemente saludable. Adoptar un patrón de dieta saludable en los países mediterráneos puede no tanto depender de elecciones personales, porque los hábitos dietéticos saludables todavía existen, y las tradiciones locales y culturales hacen muy sencillo elegir una dieta saludable. Los resultados de este estudio están en consonancia con la evidencia de que las influencias medioambientales son determinantes más potentes de la alimentación saludable que la responsabilidad individual.

Para concluir se puede decir que, Perales (2006) encontró que el núcleo principal del comer saludablemente es lo vegetariano, esto es frutas, verduras, jugos naturales junto con carnes blancas acompañándose todo esto de condiciones tranquilas y regularidades. Estos datos coinciden con los encontrados en Europa, que apuntan que comer frutas y verduras, así como llevar una dieta equilibrada, se referían a llevar una alimentación saludable. Sin embargo podemos observar que al igual que en el estudio hecho en Colombia, la noción de grasa no se encuentra como un criterio importante para la elección de una dieta saludable.

De acuerdo con lo anterior, se observa que existe una fuerte relación entre el comer sano y mantener la salud. Puede ser para prevenir enfermedades o incluso para recuperarse de una ya existente o mantenerse estable.

En las construcciones del comer saludablemente, entran en juego diferentes aspectos como la cultura, medios de comunicación, sociedad pero principalmente

es el individuo quien en torno a estos contextos decide lo que come, tomando de cada grupo lo que crea conveniente y lo que a su juicio esté bien o mal.

Se dice que los mejores alimentos para un individuo son aquellos que tolera, absorbe y utiliza, es decir la alimentación de cada persona debe responder a sus necesidades nutricionales; sin embargo un amplio número de personas está de acuerdo en que una dieta equilibrada y saludable, debe incluir verduras, frutas, cereales, carnes bajas en grasa, productos lácteos y cantidades bajas de azúcares y grasas. Esta dieta se basa en incluir alimentos de diferentes grupos, pues un alimento per se no aportará los nutrientes que el organismo necesita.

Pero además de estos alimentos, para llevar un estilo de vida saludable, debe tomarse en cuenta las circunstancias del alimentarse, esto se refiere a la tranquilidad, limpieza y regularidad a la hora de comer. Un concepto importante es “grasa” que no resulta relevante al momento de comer sano, es decir no se excluye del todo de una dieta, sino que se encuentra en cantidades bajas, ya que se considera necesaria para un estilo de vida saludable.

Finalmente se puede decir que una alimentación saludable es aquella que se encuentra exenta de riesgo alguno para la salud, tomando en cuenta las necesidades nutricionales de cada organismo.

CAPÍTULO VI

METODOLOGÍA

- **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La **Ortorexia** es un nuevo desorden alimentario que no es prevalente, sin embargo se ha sabido que es un desorden que podría ir en aumento (Muñoz y Martínez, 2007), por lo que es muy importante no dejar de lado su estudio. Los ortoréxicos tienen una obsesión por el consumo de comida “sana”, pero acaso ¿sabemos que es el comer “sano”? o simplemente ¿comemos lo que creemos que es sano?

En la actualidad, la mayoría de la gente busca comer sanamente, sin siquiera saber en realidad lo que esto implica, se adoptan creencias basadas en la promoción de numerosas recomendaciones nutricionales que alteran los comportamientos alimentarios.

Es por ello que la presente investigación pretende mostrar la importancia del estudio de nuevos desórdenes alimentarios que pueden surgir a partir de las creencias transmitidas de persona a persona.

Se busco indagar las creencias que la gente se forma respecto al comer “sano” por medio de la aplicación de los cuestionarios de: elección del “**Consumo de Alimentos**” y “**Hábitos, conductas y creencias de alimentación sana para jóvenes universitarios**”, que se realizaron para la presente investigación.

Todo esto con el objetivo de aportar conocimientos sobre un posible factor de riesgo relacionado con las conductas alimentarias como son las creencias generadas en torno a una alimentación sana, para poder conocer la importancia de la existencia de un sistema de creencias relativas a la alimentación, ya que esté permitirá elaborar programas culturalmente sensibles que promuevan el

bienestar, sin ser ajenos a las prácticas cotidianas de la población. Esto no significa que las creencias de la gente sean necesariamente erróneas, aunque tampoco totalmente adecuadas, la importancia radica en la creatividad del trabajador de la salud para retomar las creencias que posibiliten un mejor estado de la misma, sin negar las convicciones a las que se adhiere la gente.

En todo comportamiento está implícita una creencia o un sistema de creencias, pensamientos que dirigen a la acción. El propósito fue estudiar más de cerca este pensamiento, analizando de fondo lo que los jóvenes creen acerca de la alimentación “sana”, para después idear estrategias que generen cambios de conducta en el mismo.

Estas creencias están influidas por grupos, por lo que debe tomarse en cuenta el peso de estas estructuras en la formación de las creencias y aprovecharlo para contribuir en el desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud.

- **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las creencias relacionadas al comer sano que tiene un grupo de jóvenes universitarios de distintas facultades del campus CU?

- **OBJETIVOS**

OBJETIVO GENERAL:

Describir y conocer las creencias relacionadas al comer “sano” que tienen los jóvenes de distintas facultades del campus de Ciudad Universitaria y determinar su relación con el género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Explorar:

- ¿Cuáles son las creencias de jóvenes sobre lo que es comer sano?
- ¿Cuáles son las creencias de jóvenes sobre el por qué se come sano?

- Si hay diferencia entre hombres y mujeres jóvenes respecto a las creencias que tienen del qué es comer sano.
 - Si hay diferencia entre jóvenes de las cinco distintas facultades respecto a las creencias que tienen del qué es comer sano.
 - Si hay diferencia entre jóvenes de las cinco distintas facultades respecto a las creencias que tienen del para qué se comer sano.
 - Si hay diferencia entre hombres y mujeres jóvenes respecto a las creencias que tienen del para qué se come sano
 - Si sus creencias respecto a lo que es comer sano se relacionan con lo que eligen para comer.
- **HIPÓTESIS**
 - ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a las conductas de alimentación sana; la alimentación y factores psicológicos; hábitos de alimentación sana y las creencias erróneas de la alimentación que tienen.
 - ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la elección del Consumo de Alimentos.
 - ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las facultades de Administración y Contabilidad, Ingeniería, Trabajo Social, Medicina y Psicología con respecto a las conductas de alimentación sana; la alimentación y factores psicológicos; hábitos de alimentación sana y las creencias erróneas de la alimentación que tienen.
 - ✓ Existen diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las facultades de Administración y Contabilidad, Ingeniería, Trabajo Social, Medicina y Psicología con respecto a la elección del Consumo de Alimentos.
- **VARIABLES**
 - Creencias del comer sano.
 - Sexo

- Facultad (carrera o licenciatura)

DEFINICIÓN DE VARIABLES

CREENCIAS DEL COMER SANO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente de lo que una persona dice o hace en relación al comer sano (Herrera y cols., 2008).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Resultados obtenidos en el cuestionario de "*Hábitos, conductas y creencias de alimentación sana para jóvenes universitarios*" con una escala de medición tipo likert.

SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer (Larousse, 1994).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Respuesta que se conteste al principio del cuestionario "*Hábitos, conductas y creencias de alimentación sana para jóvenes universitarios*" (Femenino o Masculino).

FACULTAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Una facultad es una **subdivisión de una universidad** que corresponde a una cierta rama del saber. En la facultad se enseña una carrera determinada o varias carreras afines. El conjunto de facultades forman el total de la universidad (Larousse, 1994).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Facultades de licenciatura del campus CU de la Ciudad de México: Administración y Contabilidad, Ingeniería, Trabajo Social, Medicina y Psicología

- **DISEÑO**

Estudio descriptivo, comparativo, Ex-post-facto, y transversal.

- **MUESTRA**

Muestra no probabilística, integrada por 350 jóvenes estudiantes de licenciatura de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- **PARTICIPANTES**

Los participantes que conformaron la muestra fueron hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 18 a 25 años de edad.

POBLACIÓN

La muestra estuvo compuesta por jóvenes de la Universidad Nacional Autónoma de México, campus CU: Administración y Contabilidad, Ingeniería, Trabajo Social, Medicina y Psicología.

- **INSTRUMENTO**

Los instrumentos que se utilizaron fueron:

1. Test **“Elección del consumo de alimentos”**. Integrado por preguntas acerca de los alimentos de todos los grupos alimentarios y presentados por porciones. Los alimentos se dividieron en los siguientes grupos (los primeros siete se consideraron factores y los últimos dos se consideraron indicadores, de acuerdo al análisis factorial):
 1. Comida chatarra y grasas
 2. Frutas y verduras
 3. Harinas y azúcares
 4. Productos de origen animal
 5. Productos de origen animal con grasa saturada

6. Cereales
7. Harinas
8. Lácteos
9. Infusiones

2. Test “Hábitos, conductas y creencias de alimentación sana para jóvenes universitarios”.

Este cuestionario exploró las siguientes áreas:

1. Conductas de alimentación sana
2. Alimentación y factores psicológicos
3. Hábitos de alimentación sana
4. Creencias erróneas de la alimentación

- **PROCEDIMIENTO**

Se acudió a las facultades de licenciatura del campus CU de la Ciudad de México: Administración y Contabilidad, Ingeniería, Trabajo Social, Medicina y Psicología.

Se abordó a los participantes y se les pidió su ayuda para contestar los Test, se les dijo que el estudio era una investigación sobre alimentación, explicándoles que los datos que proporcionaran serían manejados de manera confidencial. Una vez que estuvieron de acuerdo en contestar los Test de *“Elección del consumo de alimentos y el de hábitos, conductas y creencias de alimentación sana para jóvenes universitarios”* los participantes registraron sus respuestas a preguntas sobre datos demográficos y otras medidas de hábitos, conductas, elección y creencias de la alimentación.

- **ANÁLISIS**

Se realizó:

Análisis descriptivo de las variables.

-Prueba T

-Análisis de varianza

RESULTADOS

El presente estudio tuvo como finalidad conocer y describir las creencias relacionadas al comer “sano” así como la elección de los alimentos que realizan los jóvenes. Para tal efecto se procedió a la realización del análisis de los datos que a continuación se describe.

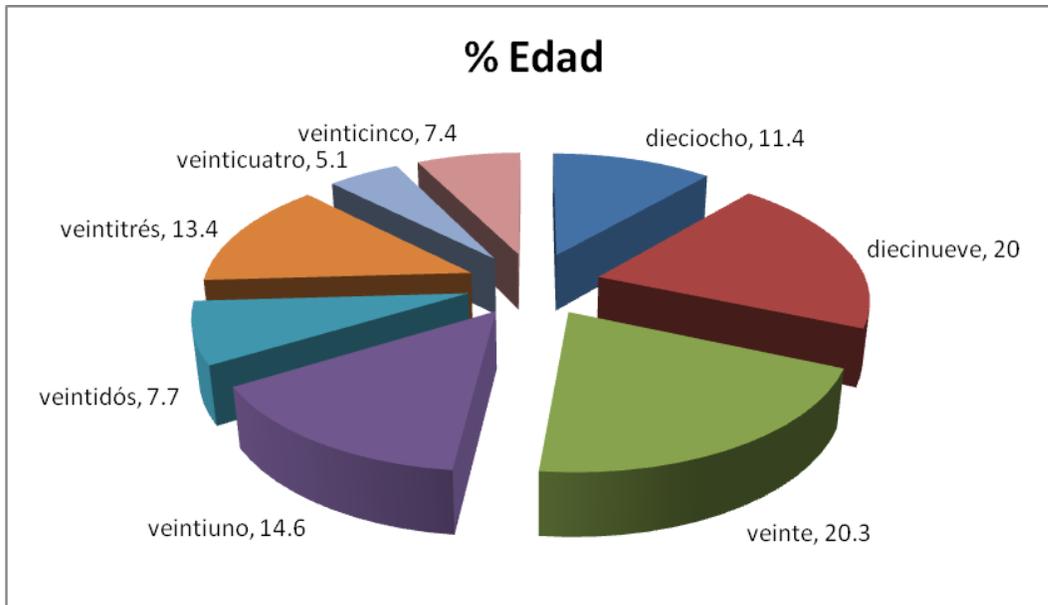
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 350 estudiantes de nivel licenciatura, distribuidas dentro de un rango de edad de 18 a 25 años.

La distribución de la variable edad muestra una media de 20.8 años, con una desviación estándar de 2.07. El mayor porcentaje de edad corresponde a la edad de 20 años, seguido de 19 años como se observa en la tabla 1.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD

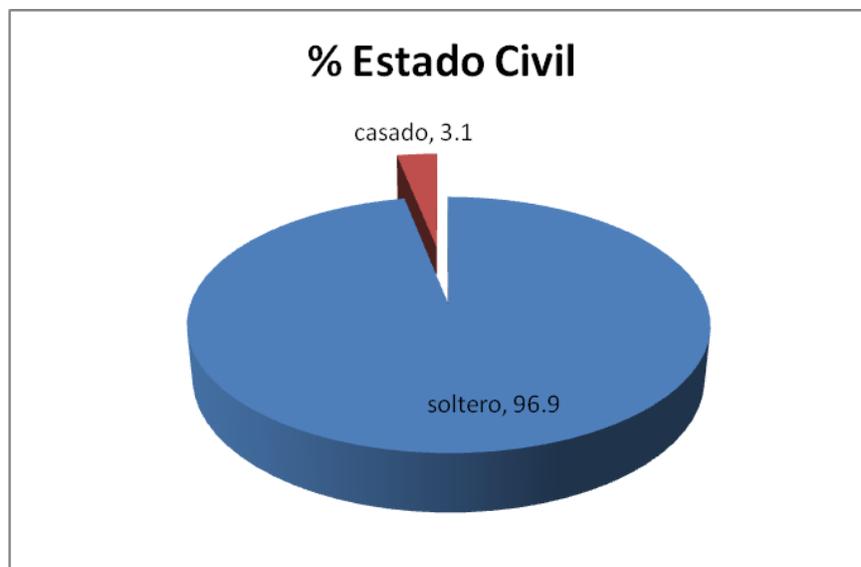
edad	Frecuencia	%
18	40	11.4
19	70	20.0
20	71	20.3
21	51	14.6
22	27	7.7
23	47	13.4
24	18	5.1
25	26	7.4
Total	350	100.0



En cuanto al sexo, 50% fueron hombres y 50% mujeres. Como se puede notar en la tabla 2, prevalece el estado civil soltero, con un porcentaje de 96.9%.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL

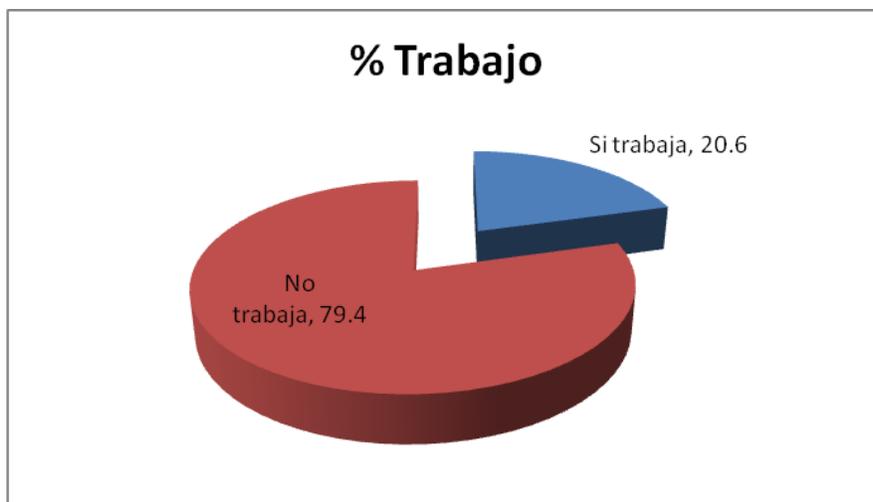
Estado Civil	Frecuencia	%
soltero	339	96.9
casado	11	3.1
Total	350	100.0



Dentro de la muestra, el 79.4% de los estudiantes no trabaja, mientras que el 20.6% trabaja y estudia (tabla 3).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR TRABAJO

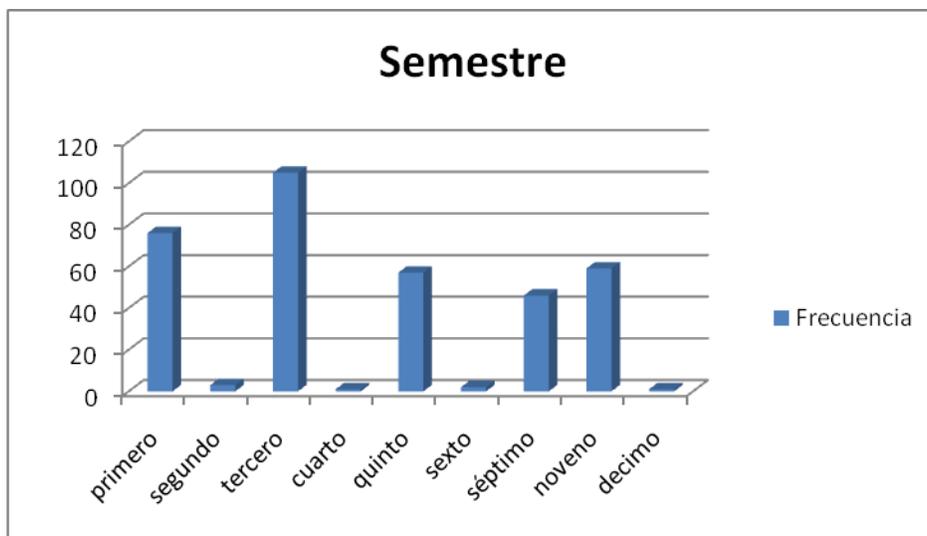
Trabaja	Frecuencia	%
si	72	20.6
no	278	79.4
Total	350	100.0



En la distribución de la variable semestre, el mayor porcentaje fue de 30% que corresponde al tercer semestre, seguido del primer semestre con un porcentaje de 21.7%, como se observa en la tabla 4.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POR SEMESTRE

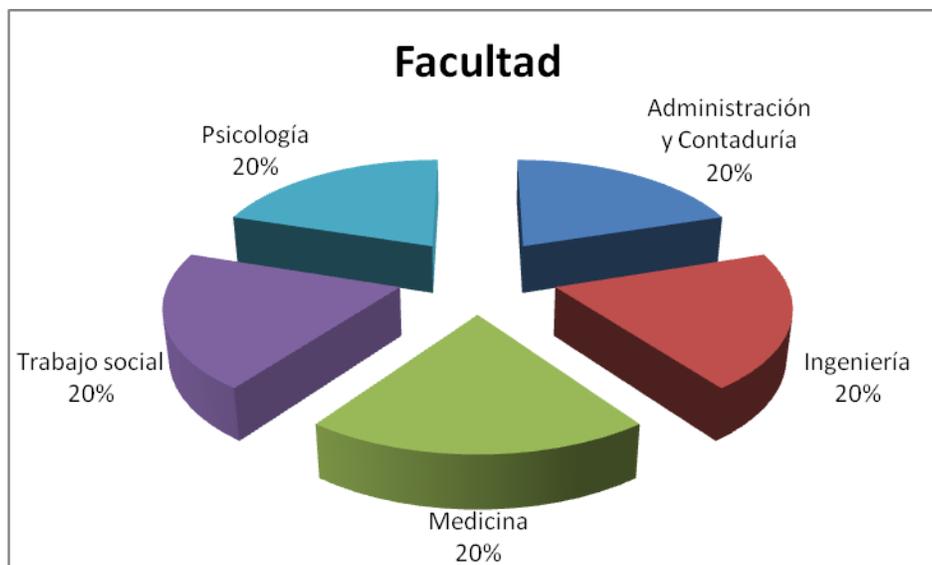
Semestre	Frecuencia	%
1	76	21.7
2	3	.9
3	105	30.0
4	1	.3
5	57	16.3
6	2	.6
7	46	13.1
9	59	16.9
10	1	.3
Total	350	100.0



En cuanto a la distribución por facultades, se contó con 70 individuos por cada una de ellas (tabla 5).

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR FACULTAD

Facultad	Frecuencia	%
Administración y Contaduría	70	20.0
Ingeniería	70	20.0
Medicina	70	20.0
Trabajo social	70	20.0
Psicología	70	20.0
Total	350	100.0



El análisis factorial del Test de elección del *Consumo de Alimentos*, generó siete factores que explican el 56% de varianza con una confiabilidad de .86%, por lo que se deduce que el instrumento mostró buenas características de confiabilidad y validez, los dos últimos factores se manejaron como indicadores (tabla 6).

TABLA 6. PRIMER FACTOR. COMIDA CHATARRA Y GRASA

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano?	Reactivo	Peso factorial
Papitas		.803
Frituras		.642
Chocolates		.593
Comida rápida		.570
Hot dog		.570
Dulces		.552
Hamburguesa		.476
Galletas		.443
Aderezos		.417

TABLA 6. SEGUNDO FACTOR. FRUTAS Y VERDURAS

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Frutas de estación	.805
Frutas: papaya, piña, sandía	.793
Verdura: Acelgas, espinacas	.752
Verduras: chayote, ejotes, nopal	.734
Frutas: uva, chabacano	.668
Yogurt	.435

TABLA 6. TERCER FACTOR. HARINAS Y AZÚCARES

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Pan dulce	.729
Sopa de pasta	.662
Azúcar, mermelada, miel, cajeta	.648
Pan blanco	.502
Refresco	.474

TABLA 6. CUARTO FACTOR. PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Pollo	.778
Pescado	.641
Carne de res	.552
Huevo	.458

TABLA 6. QUINTO FACTOR. PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL CON GRASA SATURADA

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Barbacoa, carnitas	.657
Tacos: pastor, suadero, cecina	.522
Carnes procesadas	.414

TABLA 6. SEXTO FACTOR. CEREALES

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Productos de maíz, no tortilla	.584
Frijoles	.496
Agua de frutas	.468

TABLA 6. SÉPTIMO FACTOR. HARINAS

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Tortillas de maíz	.784
Pastel	.677
Pizza	.467

TABLA 6. PRIMER INDICADOR. LACTEOS

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Leche	.635
Queso	.494

TABLA 6. SEGUNDO INDICADOR. INFUSIONES

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano? Reactivo	Peso factorial
Café	.710
Té	.615

Así mismo se realizó un análisis factorial para el Test de *Elección de alimentos*, se generaron cuatro factores que explican el 45% de varianza con una confiabilidad de .88. Se puede decir que el cuestionario muestra buenos niveles de confiabilidad y validez (tabla 7).

TABLA 7. PRIMER FACTOR. CONDUCTAS DE ALIMENTACIÓN SANA

Reactivo	Peso factorial
Cuido que mi dieta sea nutritiva	.748
Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	.726
Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	.676
Procuro que mis alimentos contengan fibra	.671
Como lo que es bueno para mi salud	.659
Procuro comer verduras	.658
Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasa	.636
Ingiero comidas y/o bebidas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi salud	.627
Mi alimentación es una combinación de alimentos sanos.	.612
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.612
Evito las tortillas y/o el pan para mantenerme delgado(a)	.556
Selecciono mi comida en base a la cantidad de calorías que tienen	.529
Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo(a) antes de consumir alimentos insanos	.522
Establezco una forma específica para comer (hora, cantidad, lugar).	.495
Procuro comer frutas	.477
Bebo generalmente 2 litros de agua diarios	.437
Son mis opciones de alimentación condicionadas por la preocupación de mi estado de salud	.423
Estoy dispuesto(a) a gastar más dinero para tener una alimentación más sana	.417

TABLA 7. SEGUNDO FACTOR. ALIMENTACIÓN Y FACTORES PSICOLÓGICOS

Reactivo	Peso factorial
Me deprimó cuando como demás	.829
Me avergüenza comer tanto	.792
Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.770
Cuando como más de lo normal me siento culpable	.711
Me siento culpable cuando rompo mi dieta	.700
Me siento incomodo (a) después de comer dulces	.669
Cuando estoy triste recorro a la comida para sentirme mejor	.666
Siento que los alimentos controlan mi vida	.657
Cuando me siento estresado como para sentirme mejor	.614
Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de la comida.	.537
La condena a comer sólo alimentos sanos aumenta la autoestima	.488
Me da mucho miedo enfermarme de algo por comer comida insana	.480

TABLA 7. TERCER FACTOR. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN SANA

Reactivo	Peso factorial
Comer sano puede reducir el riesgo de algunas enfermedades como el cáncer, la diabetes o la enfermedad coronaria	.725
Comer sano debería ser un estilo de vida	.716
Uno/a debería esforzarse por tomar cinco raciones al día de frutas y verduras	.693
Una pequeña cantidad de grasa es necesaria en una dieta sana	.685
El desayuno es la comida más importante del día	.659
El consumo de alimentos saludables puede mejorar mi apariencia	.592
Uno/a debería esforzarse por hacer tres comidas saludables al día	.574
La clave de una dieta sana es lograr un equilibrio sobre lo que se come	.569
Creo en el plato del buen comer como guía para comer de forma saludable	.531
Conozco lo que es “el plato del buen comer”	.506
Es importante tomar al menos seis raciones al día del grupo de alimentos que incluye pan, cereales, arroz o pasta	.420
Uno/a debería elegir carnes bajas en grasa	.408

TABLA 7. CUARTO FACTOR. CREENCIAS ERRÓNEAS DE LA ALIMENTACIÓN

Reactivo	Peso factorial
Los alimentos como frutas y verduras no tienen calorías.	.676
Es un castigo tener que comer ciertos alimentos como frutas y verduras	.620
Si algo es “light” puedes comer todo lo que quieras	.588
Comer puede ayudar a superar la soledad	.578
Sólo las comidas con mucha grasa saben bien	.554
Lo que alguien come, realmente no tiene efecto en su salud	.549
Me salto comidas para controlar mi peso	.457

Se realizó la prueba t, con la finalidad de encontrar diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al instrumento de *Elección de Alimentos* y el de *Hábitos y Creencias de Alimentación Sana* para jóvenes universitarios (tabla 8 y 9).

Se observa en la tabla 8, que los hombres eligen comer más comida chatarra y grasas, productos de origen animal, cereales, lácteos, harinas y azúcares, en comparación con las mujeres que las eligen con menor frecuencia, por otro lado, las mujeres consumen más frutas y verduras que los hombres pero sin mostrar diferencias estadísticamente significativas.

Las diferencias son significativas en cuanto a la elección de productos de origen animal con grasa saturada y harinas siendo mayor la elección de estos alimentos

en hombres que en mujeres y con una diferencia muy baja mayor el consumo de infusiones en mujeres que en hombres.

TABLA 8. DIFERENCIAS EN LA ELECCIÓN DE ALIMENTOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Factor	Hombres		Mujeres		t
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	
Comida chatarra y grasas	1.69	.58	1.49	.50	3.37
Frutas y verduras	3.98	.70	4.02	.75	.52
Harinas y azucares	2.41	.68	2.02	.63	5.62
Productos de origen animal	3.30	.67	2.89	.64	5.75
Productos de origen animal con grasa saturada	1.86	.76	1.51	.53	5.00*
Cereales	3.29	.67	3.00	.73	3.78
Harinas	1.92	.53	1.79	.38	2.58*
Lácteos	3.60	.84	3.39	.84	2.36
Infusiones	2.50	.93	2.50	1.03	.000**

*significancia al.01 **significancia al.05

En cuanto a las conductas de alimentación sana, las mujeres tienden a seguirlas más que los hombres, también ellas tienden a tener mayores problemas con la alimentación generándoles problemas psicológicos en comparación con los hombres. Las mujeres tienen mayores hábitos de alimentación sana que los hombres, cabe mencionar que estas diferencias no son significativas, por último, se puede decir que existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a las creencias erróneas que se tienen de la alimentación, siendo mayor en los hombres en comparación con las mujeres (tabla 9).

TABLA 9. DIFERENCIAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Factor	Hombres		Mujeres		t
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	
Conductas de alimentación sana	2.66	.68	2.70	.69	.59
Alimentación y factores psicológicos	1.70	.67	1.80	.75	1.27
Hábitos de alimentación sana	3.70	.67	3.79	.71	1.18
Creencias erróneas de la alimentación	1.85	.69	1.68	.57	2.48*

* Significancia .05

Se realizó un análisis de varianza, con la finalidad de encontrar diferencias significativas entre las facultades de Contaduría y Administración, Ingeniería, Trabajo Social, Medicina y Psicología en cuanto al Test de elección de alimentos y de hábitos y creencias de alimentación sana para jóvenes universitarios (tabla 10 y 11).

TABLA 10. ANÁLISIS DE VARIANZA DE ELECCIÓN DE ALIMENTOS

Factor	F
Comida chatarra y grasas	.13
Frutas y verduras	1.94
Harinas y azúcares	2.17
Productos de origen animal	.74
Productos de origen animal con grasa saturada	.76
Cereales	2.34
Harinas	.95
Lácteos	2.54 **
Infusiones	1.18

**significancia .05

TABLA 11. ANÁLISIS DE VARIANZA DE ALIMENTACIÓN

Factor	F
Conductas de alimentación sana	3.37 *
Alimentación y factores psicológicos	.98
Hábitos de alimentación sana	.55
Creencias erróneas de la alimentación	7.70 *

* Significancia .01

De acuerdo a la prueba HSD de Tukey:

Los estudiantes de la facultad de Medicina muestran mayores **conductas de alimentación sana** que los estudiantes de Trabajo Social (tabla 12).

TABLA 12. DIFERENCIA EN LA CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN SANA ENTRE MEDICINA Y TRABAJO SOCIAL

Factor	Medicina	• Trabajo social	Significancia
Conductas de Alimentación Sana	2.95	2.57	.025*

Los estudiantes de la facultad de Medicina muestran mayores **conductas de alimentación sana** que los estudiantes de Psicología (tabla 13).

TABLA 13. DIFERENCIA EN LA CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN SANA ENTRE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

Factor	• Medicina	• Psicología	Significancia
Conductas de Alimentación Sana	2.95	2.54	.011

En cuanto al factor **creencias erróneas** de la alimentación, la facultad de Medicina se encuentra por encima de los estudiantes de la facultad de Administración y contaduría (tabla 14).

TABLA 14. DIFERENCIA EN LAS CREENCIAS ERRÓNEAS DE LA ALIMENTACIÓN ADMINISTRACIÓN CONTADURÍA Y MEDICINA

Factor	• Administración y contaduría	Medicina	Significancia
Creencias Erróneas de la Alimentación	2.73	2.95	.031

Sin embargo, haciendo la comparación entre los estudiantes de Administración y contaduría con Psicología, los primeros mantienen mayores **creencias erróneas** de la alimentación que los estudiantes de la facultad de Psicología (tabla 15).

TABLA 15. DIFERENCIA EN LAS CREENCIAS ERRÓNEAS DE LA ALIMENTACIÓN ENTRE LA FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN Y CONTADURÍA Y, PSICOLOGÍA

Factor	• Administración y contaduría	• Psicología	Significancia
Creencias Erróneas de la Alimentación	2.73	2.54	.000

Los estudiantes de la facultad de Ingeniería mantienen mayores **creencias erróneas** de la alimentación que los estudiantes de la facultad de Psicología (tabla 16).

TABLA 16. DIFERENCIA EN LAS CREENCIAS ERRÓNEAS DE LA ALIMENTACIÓN ENTRE LA FACULTAD DE INGENIERÍA Y PSICOLOGÍA.

Factor	• Ingeniería	• Psicología	Significancia
Creencias Erróneas de la Alimentación	2.65	2.54	.041

En la comparación entre los alumnos de Trabajo Social con los de Psicología, los primeros presentan una ligera elevación por encima de los estudiantes de la facultad de Psicología (tabla 17).

TABLA 17. DIFERENCIA EN LAS CREENCIAS ERRÓNEAS DE LA ALIMENTACIÓN ENTRE LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA

Factor	• Trabajo social	• Psicología	Significancia
Creencias Erróneas de la Alimentación	2.57	2.54	.000

Finalmente, no se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos de las facultades restantes.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo muestra cuáles son las creencias de los estudiantes universitarios acerca de la alimentación saludable, realizando comparaciones entre hombres y mujeres, y entre alumnos de cinco facultades diferentes, debido a que se ha visto en los últimos años la entrada de un nuevo desorden alimenticio, **“la Ortorexia”**, basado en el consumo exagerado de lo que estas personas llaman “comida sana”, fuera de transgénicos, con conductas como el lavado exagerado de verduras y frutas, la casi nula cocción de los alimentos o la predilección por un determinado utensilio o recipiente, además de una serie de ritos obligados a los que se suma el análisis meticuloso del etiquetado antes de cada compra (Bratman y Knight, 2001) estas personas naturalmente resultan tener personalidades obsesivas, excesivamente controladoras, trayendo como consecuencia rituales antes, durante o después de cada comida y aislamiento social. La importancia de conocer las creencias de alimentación radica en la detección de creencias erróneas que conllevan a la adquisición de conductas y hábitos de alimentación inadecuados que indican un riesgo de caer en trastorno alimenticio, al seguir conductas que no saben si son adecuadas o inadecuadas y que pueden conducir a la desnutrición junto con otras enfermedades.

Los resultados obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a género con respecto a la elección de productos de origen animal con grasa saturada y harinas, siendo mayor el consumo en hombres que en mujeres. Así mismo, se muestran diferencias no significativas sobre las infusiones, que son alimentos preferidos mayormente por las mujeres que por los hombres.

Tanto hombres como mujeres presentan casi los mismos hábitos con respecto al consumo de los alimentos chatarra y grasas, productos de origen animal, cereales, lácteos, harinas y azúcares, pero eligiendo en mayor cantidad los hombres, mientras que las mujeres se inclinan más por la elección de frutas y verduras.

En cuanto a las conductas de alimentación saludable, las mujeres mantienen mejores hábitos alimenticios que los hombres, éstos últimos se mantienen al

margen, mientras que las mujeres tienden a llevar dietas y a mantenerse más informadas que los hombres, es por eso que ellos mantienen mayores conductas erróneas de la alimentación que las mujeres.

Las mujeres tienden a preocuparse más por su bienestar, lo cual implica cuidar su cuerpo, dedicando más tiempo a cuidar su alimentación, lo cual para ellas trae como consecuencia una buena apariencia física. Por su parte, los hombres no dedican mucho tiempo a pensar sobre su alimentación, debido quizá a que su imagen corporal no les inquieta de igual manera que a las mujeres.

Los estudiantes de la facultad de medicina procuran alimentarse más sanamente que los estudiantes de la facultad de trabajo social y que psicología, aunque presentan creencias erróneas al igual que los estudiantes de las otras facultades sobre la alimentación, creen que alimentos light en exceso no engordan o que los vegetales no tienen calorías, con los estudiantes de psicología sucede lo contrario, sus ideas erróneas acerca de la alimentación son menores.

En cuanto a los factores de alimentación junto con factores psicológicos y hábitos de alimentación sana no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos, señalan que la elección de productos de origen animal con grasa saturada y harinas, juegan un papel importante en el consumo de hombres y mujeres, con la diferencia de que en los hombres el consumo es mayor que en las mujeres; esto en parte podría deberse a que en los años recientes en México se han modificado de manera sustancial los hábitos alimentarios de la población hacia las dietas de los países industrializados basadas de manera fundamental en productos de origen animal, ricos en grasas saturadas y colesterol, con cereales muy refinados y, por ende, pobres en fibra, y excesivo consumo de azúcares (Rivera, 2006). Sin embargo es bien sabido que las diferencias en cuanto a la alimentación entre hombres y mujeres ha sido muy marcada a lo largo de la historia, puesto que los hombres al ser quienes por lo

general salen a trabajar no cuentan con el modo para alimentarse sanamente y en buenas condiciones, lo hacen en lugares poco higiénicos o se alimentan de comida rápida poco saludable como alimentos grasosos y excesivos de azúcares.

El principal pretexto de una persona para no comer sano es su actividad diaria; sea trabajo, escuela u otra; y no tiene tiempo para preparar en forma sus alimentos, por lo que debe comer fuera del hogar donde los alimentos no son tan seguros como lo serían en casa.

Lo anterior concuerda con Ortiz, Delgado y Hernández (2006), quienes señalan que en México ha aumentado la disponibilidad de alimentos de origen animal (carne, pescados y mariscos, huevo y leche) y azúcar; sin embargo también cada vez se dispone de mayor cantidad y tipo de frutas y vegetales. La disponibilidad de cereales en general y de maíz en particular, no se ha reducido, la de los cereales se ha incrementado, sin embargo ha sido con cereales refinados.

Los trabajos de Rivera (2006), concuerdan con los resultados arrojados en este estudio, en donde el consumo frecuente de alimentos por parte de los estudiantes está conformado por preparaciones a base de maíz y cereales así como carnes y sus derivados.

Al respecto del mayor consumo de grasas saturadas y harinas en hombres que en mujeres, cabe hacer hincapié en que el cuidado y la alimentación de los hijos es una situación exclusiva de las mujeres -al respecto, Bustos, 1997, refiere que en México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, la responsabilidad de la crianza de los niños y niñas recae en la madre, con las implicaciones que ello conlleva- en donde de manera aislada participan los hombres, estando la mayoría de las veces ajenos a la crianza; sin embargo, los padres usan los alimentos como elementos para compensar sus ausencias, además como forma de control, aunque la mayoría de las veces refuerza comportamientos indeseables para la alimentación.

De igual forma hay que resaltar la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a las creencias erróneas que se tienen de la alimentación, siendo mayor en los hombres en comparación con las mujeres, lo cual va ligado a lo antes mencionado, donde la mujer es la encargada de inculcar los hábitos y transmitírselos a los hijos. Además de que las mujeres en su mayoría se preocupan por tener un buen aspecto al mismo tiempo que cuidan su cuerpo y su salud, mientras los hombres no se toman el tiempo necesario para cuidar su figura y si lo llegan a hacer, recurren al ejercicio dejando al margen su alimentación.

Así mismo, los resultados muestran que a los estudiantes les hace falta orientación para alimentarse correctamente, ya que algunos no tienen un concepto claro de la alimentación, pues manifiestan que comen, pero no saben comer, haciendo referencia a los factores que influyen en una correcta alimentación, entre los que mencionaron los culturales, geográficos, psicológicos, económicos, entre otros. Se pudo percibir que los sujetos estudiados no conocen ninguna relación entre el tipo de alimentación que ingieren y su salud. En ese sentido, Plath (1949), comenta que cada grupo tiende a considerar sus costumbres de alimentación como normales y naturales, indicando que esas costumbres están profundamente arraigadas en la cultura regional o nacional. Es decir, la mayoría de las personas consideran que sus hábitos de alimentación son los que toda la gente debiera tener ya que esos hábitos son los que se les ha inculcado a lo largo de su vida, por ende los consideran correctos.

De esta manera, Vargas (1984) señala que las distintas culturas tienen criterios muy claros sobre lo que no se debe de comer (tabúes). Para De Garine y Vargas (1997) los factores que explican las prohibiciones alimentarias pueden ser diversas: el empirismo social, que precede a la ciencia de la nutrición y que puede reflejar una sabia apreciación al asociar determinado alimento con cierta enfermedad o el marcaje social permanente, como son los tabúes propios de determinados clanes o grupos de religión.

El nivel educativo es un factor en el patrón alimentario, el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y las familias correspondientes. Así lo subrayan estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento entre otros (Flores y cols., 1973).

Resulta interesante y a la vez contradictorio el hecho de que los estudiantes de la facultad de medicina mantengan mayores creencias erróneas acerca de la alimentación, puesto que se cae en el error de dar por hecho que por ser estudiantes de una carrera especializada en la salud, conocen todo acerca de lo que es bueno para el cuerpo, sin embargo estos resultados arrojan lo contrario, hecho que puede adjudicarse a que los cuestionarios se aplicaron a estudiantes de los primeros semestres de esta facultad quienes al haber ingresado recientemente vienen con algunos conceptos erróneos. Sin embargo el hecho de ser de los primeros semestres en esta facultad, avala también los resultados de que estos estudiantes mantengan mayores conductas de alimentación sana que los estudiantes de otras facultades; esto debido a que al encontrarse dentro de la facultad todavía, y no acudir a hospitales a realizar prácticas aún, mantienen los hábitos alimenticios familiares, suceso que no permanece cuando se desplazan a realizar prácticas o su servicio social a clínicas, donde es tanta la presión que no se dan el tiempo o no lo llegan a tener por las múltiples ocupaciones que la carrera les exige. Al respecto, se han iniciado diferentes actividades en algunas escuelas para la incorporación del tema “nutrición” en el programa curricular de los estudiantes de medicina, utilizando diversas modalidades que tienden a asegurar la adquisición de destrezas y conocimientos en nutrición para la formación integral del médico moderno. (Taren, Thomson, Alexander, Gordon, Marian, Bassford, Fulginiti y Ritenbaugh, 2001).

La presente investigación refuerza lo mencionado por Casanueva y Valdes (1991), en cuanto a que es de suma importancia reforzar los aspectos teóricos y prácticos

relacionados con la nutrición en los alumnos universitario, ya que estos conocimientos se imparten estando ya en la especialidad que es la Nutrición, sin embargo es importante que desde un principio se otorguen conocimientos sobre la alimentación y los efectos que tiene en el cuerpo, para que todos los estudiantes tengan mayor información sobre estos conceptos. Además de que la existencia de hábitos saludables en los médicos se relaciona con mayor disposición para realizar consejería preventiva, y ejerce un efecto positivo en los pacientes para la adquisición de hábitos saludables.

Finalmente hay que emplear de manera correcta las creencias sobre la alimentación sana, dando por hecho que pueden ser un factor de riesgo si se emplean de manera errónea o si se carece de una información veraz acerca de las conductas alimentarias ya que si son inadecuadas se puede llegar a la *Anorexia*, la *Bulimia* o la *Ortorexia* entre otros desordenes alimenticios.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que podríamos mencionar es que los resultados obtenidos sólo son aplicables a la muestra estudiada, no pueden generalizarse, ya que se utilizó una muestra no probabilística. No obstante se considera que los resultados obtenidos son precursores acerca del tema ya que existen pocos estudios sobre creencias y los que hay son poco accesibles.

Se tuvo dificultad en la búsqueda de información teórica, debido a que hay poca información sobre el tema, ya que hace poco que empezó a investigarse en México, además son mínimos los libros que lo han incluido y no lo abordan con la profundidad requerida.

En cuanto a la aplicación de cuestionarios, hubo dificultades para hallar a estudiantes de medicina, debido a la falta de tiempo de ellos, sin embargo los que fueron contactados cooperaron sin problemas.

Por otro lado, dentro de las sugerencias que podríamos plantear para futuras investigaciones mencionamos las siguientes:

Se podría realizar este tipo de estudios en diversas poblaciones, ya que sería relevante conocer, si las creencias de alimentación son modificadas por los niveles socioeconómicos en las diferentes poblaciones o por las tradiciones de alimentación que tienen las diferentes regiones del país, así como en distintos grupos de edad. Lo cual, permitiría conocer en que regiones del país se presentan con mayor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria y cómo influyen las creencias de la alimentación de acuerdo a la edad, con ello se pretendería hacer el planteamiento de nuevas estrategias preventivas orientadas específicamente a estos grupos.

Así mismo, sería interesante, comparar poblaciones rurales y urbanas, en donde se esperaría encontrar en la comunidad rural creencias vinculadas con mitos y costumbres ancestrales que podrían dar un matiz interesante y transcultural a la investigación sobre las creencias.

Es importante comentar que, los datos que se reciben por los medios de comunicación sobre la alimentación, es demasiada, información como: el consumo reducido de grasas, consumo de alimentos light, alto consumo de verduras, libros sobre dietas, venta de productos para adelgazar, etc., pero aún no se ha realizado investigación seria sobre cómo influyen en el sistema de creencias y que tan benéfico o dañino sean para las personas.

Determinar si la madre es la figura más importante para el establecimiento de la dinámica familiar, los usos, costumbres y patrones, se podría pensar en la posibilidad de trabajar directamente con ellas tanto para averiguar sus creencias específicas sobre la alimentación, la selección de alimentos, y el impacto que estos aspectos tienen sobre las actitudes y conductas alimentarias de sus hijos, como para implementar planes preventivos específicamente dirigidos a ellas.

De esta forma, es importante generar una línea de investigación fundamentada en las creencias acerca de la alimentación y de la comida y, en consecuencia, de las conductas que generan a partir de esta concepción, ya que son elementos importantes que contribuyen a los factores de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria y desórdenes alimenticios.

Finalmente, es importante resaltar que tener una visión integral de las creencias permite contar con elementos culturalmente sensibles para elaborar estrategias de prevención en constancia con el terreno ideológico que sustenta los comportamientos de los jóvenes, población que por sus características la hacen ser más vulnerables ante trastornos como la anorexia, la bulimia o desordenes alimenticios como el aquí abordado, la Ortorexia y frente a las cuales, el psicólogo es un promotor de cambio.

Se espera que se siga investigando sobre el tema de Ortorexia (desorden nuevo que va en aumento), así como el impacto de las creencias de alimentación sana sobre los desordenes de alimentación, para hacer frente a este problema.

REFERENCIAS

- Abelson, R.P. (1979): Differences Between Belief and Knowledge Systems. *Cognitive Science*, 3, pp. 355-366.
- Acosta, M. (1997). Creencias populares sobre el auto cuidado durante el puerperio, en las instituciones de salud de nivel primario. *Colombia Médica*. Vol. 28, pp. 42-50.
- Aguirre G. (1997). Cultura y Nutrición. *En Presencia de la Antropología en los estudios sobre alimentación, México, UNAM/UNNSZ* (cuaderno de trabajo), pp.21-38.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. Chicago: Ed. Dorsey Press.
- Alderson, T. y Ogden, J. (1999). What mothers feed their children and why. *Health Education Research. Theory and practice*, 14, pp. 717-727.
- Aranceta J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. *ALAN*. Vol.57/4, pp.313-315.
- Aranceta, J.; Pérez, C.; Serra, L. y Delgado A. (2004). Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España. Estudio. «Dime Cómo Comes». *Unidad de Nutrición Comunitaria. Subárea Municipal de Salud*. Vol. 33/n. 3, pp. 131-139.
- Asch, S. (1967). *Psicología Social*. México: Eudeba.
- Bagci Bosi AT, Camur D, Güler C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. Vol. 49/n. 3, pp. 661-666.
- Behar, M. e Icaza S. (1972). *Nutrición*. Ed.Interamericana: México.
Effects of peer model's food choices and eating behaviors on preschooler's food preferences. *Child Development*, 51, pp. 489-496.
- Birch, L. L. (1989). Developmental aspects of eating. En R. Shepherd (ed), *Handbook of the Psychophysiology of Human Eating*, Londres: Wiley, pp179-203.
- Birch, L. L. (1999). Developmental of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, pp 41-62.
- Birch, L. L.; Birch, D.; Marlin, D. y Kramer, L. (1982). Effects of instrumental eating on children's food preferences. *Appetite*, 3, pp 125-134.

- Birch, L. L.; Zimmerman, S. y Hind, H. (1980). The influence of social affective context on preschool children's food preferences. *Child Development*, 51, pp. 856-861.
- Bourges H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios. *Cuadernos de Nutrición*, vol.13/2, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, pp.17-32
- Bratman S. y Knight D. (2001). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Ed. Broadway publisher.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Ed. Paraninfo.
- Bruch, H. (1965): Anorexia Nervosa and its differential diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, pp. 556-566
- Busdiecker B, Castillo C, Salas I. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Revista Child Pediatric*. Vol. 71 /1, pp. 5-11.
- Burgess, A. y Dean, R. (1963). La mal nutrición y los hábitos alimentarios. *USA: OPS/OMS*, pp. 49-60, 74-82, 127-135.
- Bustos R., O. (1997). Género, socialización y familia. En *Memorias del V simposio mexicano de desarrollo humano "Género y pareja"*. México: Universidad Intercontinental.
- Calañas, A. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinología y Nutrición*. Vol. 52, pp. 8-24.
- Callejo, M. y Vila A. (2003). Origen y Formación de Creencias Sobre la Resolución de Problemas. Estudio de un Grupo de Alumnos que Comienzan la Educación Secundaria. *Boletín de la Asociación Matemática Venezolana*, Vol. X, No. 2, pp. 173-194.
- Casanueva E, Valdés R. El conocimiento nutricional de médicos residentes. *Rev Invest Clin* 1991; 43:211-4.
- Castañeda, C (1993).La evolución del mercado y la industria alimentaria. *Los sistemas de abasto alimentario en México. Frente al resto de la globalización de los mercados*, México, UNAM/IIIE/IG/PUAL, pp13-34.
- Cerqueira MT. (1990). Recent approaches to nutrition education in developing countries. *Report on a FAO workshop on nutrition education through mass media*. Roma.

- Charles, N. y Kerr, M. (1986). Eating propely: the family and state benefit. *Sociology*, 20, pp. 412-429.
- Chinchilla, M. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.
- Davis, C. (1928). Self selection of diets by newly weaned infants. *American Journal of Disease of Children*, 36, pp 651-679.
- Dávila G., García G., Mata H. y Saucedo C. www.monografias.com
- De Garine, I y Vargas L. (1997). Introducción a las investigaciones antropológicas sobre alimentación y nutrición. *Cuadernos de Nutrición*, vol.20/3, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, pp.21-28.
- Donini L.; Marsili D.; Graziani M.; Imbriale M. y Cannella C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord*. Vol.9/2, pp. 151-157
- Donini L.; Marsili D.; Graziani M.; Imbriale M. y Cannella C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*. Vol.2/10, pp.28-32.
- Dowey, A. J. (1996). *Psychological Determinants of children´s food preferences*. Tesis doctoral inédita, University of Wales, Bangor.
- Douglas, M. (1966). *Pureza y peligro: análisis de los Conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI.
- Dunker, K. (1938). Experimental modification of children's food preferences through social suggestion. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 33, pp. 489-507.
- Fernández- Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Fernández, F y Turón, V. (1988). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Ed. Masson S. A.
- Fernández, M. (2006). *Creencia y sentido en las ciencias sociales*. Comunicación efectuada por la Dra. Marta Fernández en la sesión privada extraordinaria de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Ronaldo J. Pellegrini Impresiones: República Argentina
- Fischler C. (1995). *El omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975): *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison Wesley. Reading.

- Flores, M., Bresanni, R. y Elias, L. (1973). Factors and tactics influencing consumer food habits and patterns in: Byrnes, Francis. *Potentials of field beans and food legumes in Latin América*. Guatemala: INCAP, pp. 88-102.
- Forja Consultores (2000). *Manejo Creativo del Estrés*. Caracas: Ed. Creencias.
- Fursay-Fusswerk, J. (1985). Prolegómenos de una teoría sobre la creencia. *Salud Mental*, Vol. VIII, No. 4.
- Galindo P. y Pino C. "Globalización de la agricultura y la alimentación en la economía mundial. Un análisis crítico (teórico y práctico) desde la agroecología y el consumo responsable". *Centro de Asesoría y Estudios Sociales (CAES)*. Marzo, 2004.
- Gallardo L. y Praun A. (1985). *Manual sobre metodología para la programación, desarrollo y evaluación de programas de educación alimentario-nutricional*. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Publicación E- 1166. Ciudad Guatemala.
- García M. (1997). *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura/ Secretaria de Estado de Cultura.
- Germov, J & Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: The need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27, pp. 97-108.
- Gil Roales-Nieto, J (2004). *Psicología de la salud: historia concepto y aplicaciones*. Madrid: Editorial Pirámide.
- González M., www.psicocentro.com
- Gordon, R. (2000): *Eating Disorders: Anatomy of a Social Epidemic*. 2° ed. Oxford: Blackwell.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública*. México Cuernavaca, Vol. 49/ n. 3, pp. 236-242.
- Green, T.F. (1971): *Teaching and the Formation of Beliefs: The Activities of Teaching*. NY: McGraw Hill, Book Co.
- Helman, C. (1984). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Londres: Wright.
- Hernández, R., Fernández C. y Baptista P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill.

- Herskovits M. (1952). *El hombre y sus obras. La ciencia de la antropología cultural*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. London: Academic Press.
- Hornik R. (1985). Nutrition education. *A state of the art review. ACC/SCN Nutrition policy discussion paper N° 1*. FAO/UN. Rome.
- Hurtado, E. (1990). Aspectos socio-culturales relacionados con el consumo de alimentos en INCAP. *Alimentación y nutrición en Centroamérica y Panamá: Análisis y estrategias para su desarrollo*. Guatemala: INCAP, pp 84-90.
- Jacoby, E. Keller, I. (2006). La promoción del consumo de frutas y verduras en América Latina: buena oportunidad de acción intersectorial por una alimentación saludable. *Revista Chilena de Nutrición*. Vol. 33, No. 1.
- Kalat, J. W. y Rozin, P. (1973). Learned safety' as a mechanism in long-delay taste-aversion learning in rats. *Journal of comparative and Physiological Psychology*, 83, pp. 198-207.
- Kirszman, D.; Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lazarus RS, Folkman S. (1986). *El concepto de afrontamiento*. Barcelona: Ed. Martínez Roca S.A.
- Lévi-Straus C. (1965). The culinary triangle. *Partison Review*, 33, pp. 586-595.
- Llinares, S. (1992): Los mapas cognitivos como instrumento para investigar las creencias epistemológicas de los profesores. *La investigación sobre la formación del profesorado: métodos de investigación y análisis de datos*. pp. 57-95.
- Loftas, T. (1995). *Necesidades y recursos: geografía de la agricultura y la alimentación*. Italia: Food & Agriculture Org.
- Mansfield, P. y Collard, J. (1988). *The Beginning of the rest of your life?* Londres: Macmillon.
- Mathieu J. (2005). What is orthorexia?. *Journal American Dietetic Association*. Vol. 105, pp. 1510-1512.

- Méndez N. y Gudrid M. J. (2001). Creencias y Hábitos alimentarios durante el periodo de embarazo y lactancia de mujeres de aldeas del Departamento de Chiquimula, Guatemala, beneficiadas por el Instituto Benson. *Escuela de Nutrición, Universidad de San Carlos de Guatemala. Benson, Agriculture y Food Institute.*
- Menchú, T. (1991). Guía metodológica para realizar encuestas familiares de consumo de alimentos. Guatemala: OPS/OMS/INCAP. pp. 9-11.
- Mc.Dermott, O'Connor, J. (1996). *Programación Neurolingüística para la salud.* Barcelona: Ed. Urano.
- McGee, C. (1992). *Cómo sobrevivir a los riesgos de la tecnología moderna. Consejos para mejorar la salud, la alimentación y el medio ambiente en un entorno hostil.* Barcelona. Paidós contextos.
- Molina E. (2006). Perspectiva antropológica de un caso de ortorexia nerviosa. *Cultura de los cuidados.* Vol 20, pp. 109-116.
- Mora, T., (s/a). Ortorexia: Cuando comer bien se convierte en obsesión. Disponible em: URL [<http://www.mundohogar.com/ideas/reportaje.asp?FN=4>]
- Morcott, A. (1982). On the Social significance of the "cooled dinner" in south wales. *Social Science information*, 21, pp. 677-695.
- Moscovici, S y Hewstone, M. (1984). De la ciencia al sentido común. In S. Moscovici Editorial. *Psicología social.* Vol. Escribir, pp. 679-710. Buenos Aires: Paidós.
- Muñoz R. y Martínez A. (2007). Ortorexia y Vigorexia: ¿Nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria.* Vol. 5, pp. 457-485.
- Murdock, G. y Provost, C. (1973). Factor in the division of labor by sex. A cross cultural analysis. *Ethnology*, 12, pp. 203-225.
- Myers, D. (1995). *Psicología Social.* México: Mc Graw Hill.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios.* Madrid: Morata.
- Ortega y Gasset, J. (1968). *Ideas y creencias.* Madrid: Ed. Espasa-Calpe.
- Ortigosa, O. J., Quiles, S. M. y Méndez, C. E. (2003). *Educación para la salud. Manual de Psicología de la salud con niños adolescentes y familia.* Madrid: Ed. Pirámide.

- Ortiz, L.; Delgado, G. y Hernández, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Médica de México*. Vol. 142, No. 3.
- Padilla, H. M. (2002). Modificación de comportamientos en salud. En: A. O. Frías (Ed.), *Salud pública y educación para la salud*. México: Ed. Masson.
- Parsons, T. (1966). *El sistema social. Ensayos de teoría sociológica*. Madrid: Ed. Paidós.
- Peláez, M. (1997). Consideraciones teóricas. *En Presencia de la Antropología en los estudios sobre alimentación, México, UNAM/UNNSZ* (cuaderno de trabajo), pp.13-19.
- Pehkonen, E. y Torner, G. (1996): Mathematical beliefs and different aspects of their meaning. *ZDM*, 96(4); pp. 101-108.
- Perales, C. (2006). Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. *Universitas Psychologica*. Vol5/n.3, pp. 613-626.
- Pepitone, A. (1990). El mundo de las creencias, un análisis psicosocial. *Revista de Psicología Social y Personalidad*. Vol. VII, No. 1, pp. 61-79.
- Plath, O. (1949). *La alimentación y los alimentos chilenos en la paremiología*. Santiago: Servicio Nacional de Salud.
- Ponte, J.P. (1994): Mathematics teacher's professional knowledge. En: PONTE, J.P. y MATOS, J.F. (eds.): *Proceedings of 18th PME Conference*, vol. I, pp. 195-210. Lisboa.
- Quintana, J. (2001). *Las creencias y la educación. Pedagogía cosmovisional*. Barcelona: Ed. Herder, S.A.
- Rivera, M. (2006). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol.32, No.3.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes and Values*. San Francisco: Jasssey-Bass.
- Rozin, P. (1982). Human food selection: The interaction of biology, culture and individual experience. En L. M. Barker (ed), *The psychobiology of human food selection*. Bridgeport, CT: AVI, pp. 225-254.
- Ruiz, L. (2009). Creencias y desarrollo integral: un estudio de casos de una docente costarricense y tres niños nicaragüenses. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. Vol. 9/3, pp. 1-29.

- Shepherd, R. (1989). Factors affecting food preferences and choice. En R. Shepherd (Ed.), *Handbook of the Psychophysiology of Human Eating*, Londres: Wiley, pp. 3-24.
- Sparks, P.; Conner, M.; James, R.; Shepherd, R. y Povey, R. (2001). Ambivalence about health related behaviours: an exploration in the domain of food choice. *British Journal of Health Psychology*, 6, pp 53-68.
- Steptoe, A., Pollard, T.M. y Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection food: The food choice questionnaire. *Appetite*, 25, pp. 267-284.
- Taren DL, Thomson CA, Alexander N, Gordon PR, Marian MJ, Bassford TL, Fulginiti JV, and Ritenbaugh Ch K. Effect of an integrated nutrition curriculum on medical education, student clinical performance, and student perception of medical-nutrition training. *Am J Clin Nutr* 2001;73:1107–12. Mazzi E. Curso universitario AIEPI. Primera experiencia nacional. *Rev Soc Bol Ped* 1998; 37: pp.12-9.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito; anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel S. A.
- Tourila-Ollikainen, H.; Latheenmaki, L. y Salovaara, H. (1986). Attitudes, norms, intentions and hedonic responses in the selection of low salt bread in a longitudinal choice experiment. *Appetite*, 7, pp. 127-139.
- Tuorila, H. (1987). Selection of milks with varying fat contents and related overall liking attitudes norms and intentions. *Appetite*, 8, pp 1-14.
- Torres, F. y Trápagan Y. (2001). La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio. *México, UNAM/IEE*, pp.254.
- Vargas L. (1984). Factores culturales de la alimentación. *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 20/4, Instituto Nacional de Nutrición, pp.17-32.
- Vargas L. (1993). ¿Por qué comemos lo que comemos? *En Presencia de la Antropología en los estudios sobre alimentación, México, UNAM/UNNSZ* (cuaderno de trabajo), pp.57-62.
- Wardle, J. (1995). Parental influences on children's diets. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54, pp. 747-758.
- Wolf, N. (1992): *El mito de la belleza*. Barcelona: Salamandra.
- Boletín consumer (2003). Ortorexia: "Adictos a la comida saludable". Disponible en URL [[http:// www.consumer.es/web/es/alimentacion/salud_y_alimentacion/adulto_y_vejez/2003/01/14/55947.php](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/salud_y_alimentacion/adulto_y_vejez/2003/01/14/55947.php)]

www.saludmania.com

www.terra.com.mx

Zamora, M.; Bote, B.; García, F. y Ríos, B. (2005). Ortorexia nerviosa. ¿Un nuevo trastorno de la conducta alimentaria? *Acta Española de Psiquiatría*. Vol. 33/1, pp. 66-68.

ANEXOS

Test de Elección de alimentos

Este trabajo es con el fin de conocer tus hábitos alimenticios y, en base a que seleccionas tus alimentos. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Edad: _____ Sexo: M F Facultad: _____ Semestre: _____
Edo. Civil: _____ ¿Además de estudiar trabajas? Si No

Elección del consumo de alimentos

Instrucciones: Hay cinco opciones de respuesta después de cada frase, debe marcar con una X el cuadro que mejor represente lo que usted cree que debe comer semanalmente para estar sano. Conteste en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada pregunta.

¿Qué cantidad de los siguientes alimentos cree usted que debe consumir a la semana para estar sano?	Porción				
	1	2	3	4	5
1. Frutas de estación: pera/manzana/naranja/plátano/mango/mandarina/tuna/guayaba. 1 porción igual a una pieza mediana o 120g	<input type="checkbox"/>				
2. Barbacoa/carnitas 1 porción igual a un taco	<input type="checkbox"/>				
3. Refresco 1 porción igual a un vaso o 240ml	<input type="checkbox"/>				
4. Sopa de pasta 1 porción igual a un plato mediano	<input type="checkbox"/>				
5. Frutas: papaya/piña/sandía/melón, etc. 1 porción igual a una pieza mediana o 120g	<input type="checkbox"/>				
6. Pan dulce (concha, hojaldra, etc.) 1 porción igual a una pieza 60g	<input type="checkbox"/>				
7. Azúcar/mermelada/miel/cajeta, etc. 1 porción igual a una cucharada sopera 10g	<input type="checkbox"/>				
8. Verdura: Acelgas/col/flor de calabaza/espinacas/verdolagas, etc. 1 porción igual a ¾ de taza o 75g	<input type="checkbox"/>				
9. Pollo 1 porción igual a 1 trozo pequeño 80g	<input type="checkbox"/>				
10. Huevo 1 porción igual a 1 pieza	<input type="checkbox"/>				
11. Dulces 1 porción igual 1 pieza pequeña 30g	<input type="checkbox"/>				
12. Yogurt 1 porción igual a ½ vaso o 150 ml	<input type="checkbox"/>				

13. Verduras: chayotes/ejotes/jitomate/nopales/calabacitas/zanahoria/betabel. 1 porción igual a media taza o 100g	<input type="checkbox"/>						
14. Agua de frutas 1 porción igual a un vaso o 240ml.	<input type="checkbox"/>						
15. Arroz 1 porción igual a una taza o 50g	<input type="checkbox"/>						
16. Tortillas de maíz 1 porción igual a una pieza	<input type="checkbox"/>						
17. Queso 1 porción igual a 1 trozo pequeño o 30g	<input type="checkbox"/>						
18. Hamburguesas 1 porción igual a 1 pieza mediana 100g	<input type="checkbox"/>						
19. Chocolates 1 porción igual a 1 pieza 26g	<input type="checkbox"/>						
20. Pan Blanco (bolillo o pan Bimbo) 1 porción igual a una pieza o 70g	<input type="checkbox"/>						
21. Carne de res 1 porción igual a un trozo pequeño 80g	<input type="checkbox"/>						
22. Papitas (frituras) 1 porción igual a una bolsita 60g	<input type="checkbox"/>						
23. Hot dog 1 porción igual a una pieza	<input type="checkbox"/>						
24. Leche 1 porción igual a un vaso o 240ml	<input type="checkbox"/>						
25. Frutas: uva/chabacano/tejocote, etc. 1 porción igual a una taza o 120g	<input type="checkbox"/>						
26. Frijoles 1 porción igual a ½ taza o 40g	<input type="checkbox"/>						
27. Aderezos: mantequilla/margarina/mayonesa 1 porción igual a una cucharada cafetera 5g	<input type="checkbox"/>						
28. Pescado 1 porción igual a 1 trozo pequeño 80g	<input type="checkbox"/>						
29. Comida rápida 1 porción igual a un plato mediano	<input type="checkbox"/>						
30. ¿Cuántas veces al día comes?	<input type="radio"/>						
31. ¿Cuántas frutas y/o verduras consumes en promedio al día?	<input type="radio"/>						
32. Pizza 1 porción igual a 200g	<input type="checkbox"/>						

33. Pastel 1 porción igual a 50g	<input type="checkbox"/>				
34. Café 1 porción igual a 1 taza o 120ml	<input type="checkbox"/>				
35. Carnes procesadas (salchichón, chorizo, mortadela, salchichas) 1 porción igual a 30g	<input type="checkbox"/>				
36. Té 1 porción igual a 1 taza o 240ml	<input type="checkbox"/>				
37. Tacos (al pastor, suadero, cecina, etc.) 1 porción igual a 1 taco	<input type="checkbox"/>				
38. Galletas 1 porción igual a 4 piezas o 20 g	<input type="checkbox"/>				
39. Productos de maíz (excluyendo tortilla) (sopes, quesadillas, atole de maíz, pozole, tamal) 1 porción igual a 100g	<input type="checkbox"/>				
40. Frituras 1 paquete 35g	<input type="checkbox"/>				

Test de *Hábitos y Creencias de Alimentación Sana.*

Creencias y conducta de la alimentación sana en jóvenes

Instrucciones: Hay **cinco** opciones de respuesta después de la frase, debe marcar con una **X** el cuadro que más se aproxime a la manera en cómo ve la situación o que más se acerque a su forma de ser o de pensar. Conteste en todos los renglones, dando solo una respuesta en cada renglón. La clave de las respuestas es como sigue:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
<input type="checkbox"/>				

1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	<input type="checkbox"/>				
2. Ingiere comidas y/o bebidas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi salud.	<input type="checkbox"/>				
3. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo(a) antes de consumir alimentos insanos.	<input type="checkbox"/>				
4. Como lo que es bueno para mi salud.	<input type="checkbox"/>				
5. El pensamiento acerca de la comida me produce preocupación por más de tres horas al día.	<input type="checkbox"/>				
6. Consumo alimentos chatarra.	<input type="checkbox"/>				
7. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	<input type="checkbox"/>				
8. Evito las tortillas y/o el pan para mantenerme delgado(a).	<input type="checkbox"/>				
9. Procuro comer verduras.	<input type="checkbox"/>				
10. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	<input type="checkbox"/>				
11. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasa.	<input type="checkbox"/>				
12. Procuro tomar complementos vitamínicos.	<input type="checkbox"/>				
13. Con frecuencia la comida es un tema de discusión con mi familia, amigos o conocidos.	<input type="checkbox"/>				
14. Comer sano no lleva más tiempo que hacerlo de forma insana.	<input type="checkbox"/>				
15. Hacer la comida a la parrilla o a la plancha son formas sanas de cocinar.	<input type="checkbox"/>				

16. Comer sano no tiene que implicar abandonar por completo mis comidas favoritas.

17. Comer sano debería ser un estilo de vida.

18. Sólo las comidas con mucha grasa saben bien.

19. La clave de una dieta sana es lograr un equilibrio sobre lo que se come.

20. Si algo es "light" puedes comer todo lo que quieras.

21. Las grasas no saturadas son mejores que las saturadas.

22. El desayuno es la comida más importante del día.

23. Uno/a debería esforzarse por tomar cinco raciones al día de frutas y verduras.

24. Es importante tomar al menos seis raciones al día del grupo de alimentos que incluye pan, cereales, arroz o pasta.

25. Comer sano puede reducir el riesgo de algunas enfermedades como el cáncer, la diabetes o la enfermedad coronaria.

26. Los alimentos como frutas y verduras no tienen calorías.

27. Uno/a debería elegir carnes bajas en grasa.

28. Una pequeña cantidad de grasa es necesaria en una dieta sana.

29. Lo que alguien come, realmente no tiene efecto en su salud.

30. Es un castigo tener que comer ciertos alimentos como frutas y verduras.

31. Uno/a debería esforzarse por hacer tres comidas saludables al día.

32. Comer puede ayudar a superar la soledad.

33. Conozco lo que es "el plato del buen comer" (si es así pasa a la pregunta 34, sino pasa a la pregunta 35).

34. Creo en el plato del buen comer como guía para comer de forma saludable.

35. Mi alimentación es una combinación de alimentos sanos.

36. Establezco una forma específica para comer (hora, cantidad, lugar).

37. Selecciono mi comida en base a la cantidad de calorías que tienen.

38. Procuro comer frutas.

39. Procuro que mis alimentos contengan fibra.

40. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.

41. Me salto comidas para controlar mi peso.

42. Los alimentos nutritivos tienen buen sabor.

43. Son mis opciones de alimentación condicionadas por la preocupación de mi estado de salud.

44. Es el sabor de la comida más importante que la calidad al evaluar la comida.

45. Estoy dispuesto(a) a gastar más dinero para tener una alimentación más sana.

46. Mi estado de ánimo afecta a mi comportamiento alimentario.

47. La condena a comer sólo alimentos sanos aumenta la autoestima.

48. El consumo de alimentos saludables puede mejorar mi apariencia.

49. Me siento culpable cuando rompo mi dieta.

50. Creo que en el mercado hay alimentos poco saludables.

51. Bebo generalmente 2 litros de agua diarios.

52. Cuando como más de lo normal me siento culpable.

53. Comer me hace sentir alegre.

54. Comer me permite rendir mejor en la escuela.

55. Las actividades académicas que tengo no me permiten alimentarme sanamente.

56. Cuando me siento estresado como para sentirme mejor.

57. Cuando estoy triste recorro a la comida para sentirme mejor.

58. Por lo general, mi grupo de amigos se alimenta sanamente.

59. Elijo mi comida en base a lo que mi familia selecciona.

60. Al elegir mi comida tomo en cuenta lo que mis amigos eligen.

61. Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de la comida.

62. Me da mucho miedo enfermarme de algo por comer comida insana.

63. Disfruto comiendo en restaurantes.

64. Siento que los alimentos controlan mi vida.

65. Me deprimó cuando como demás.

66. Me avergüenza comer tanto.

67. Me siento incomodo (a) después de comer dulces.

68. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve.

69. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.