

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE MEDICINA

**RELACIÓN ENTRE ROLES DE GÉNERO Y ACTITUD HACIA LA
PROMOCIÓN DE LA DELGADEZ EN LA TELEVISIÓN CHILENA COMO
FACTOR DE RIESGO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MUJERES
ADOLESCENTES DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO**

**SEMINARIO DE TÍTULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO Y AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

POR

PAULINA VERÓNICA GILI GRAF

EVELYN AMÉLIA MADRID BRITO

PROFESOR PATROCINANTE

LILIANA CONTRERAS ALARCÓN

VALPARAÍSO, CHILE

ENERO DE 2005

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABLAS	viii
RESUMEN	xii
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes Generales.....	3
1.1 Prevención en Trastornos Alimentarios.....	3
1.2 Trastornos Alimentarios.....	5
1.3 Prevalencia de los Trastornos Alimentarios.....	5
1.4 Modelos de Riesgo.....	6
1.5 Identidad de Género.....	7
1.6 Valoración de la Delgadez e influencia de los Medios de Comunicación.....	9
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	13
1. Trastornos Alimentarios.....	13
1.1 Antecedentes Conceptuales.....	13
1.2 Etiología.....	19
1.3 Epidemiología.....	20
1.4 Pronóstico.....	24
2. Prevención.....	25
2.1 Factores de Riesgo.....	27
2.1.1 Valoración Sociocultural de la Delgadez.....	32

2.1.1.1	Influencia de la Valoración Sociocultural en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	34
2.1.2	Antecedentes de los Esquemas de Género.....	37
2.1.2.1	Características de los Roles de Género.....	39
2.1.2.1	Roles de Género y Trastornos Alimentarios.....	43
2.1.3	Influencia de los Medios de Comunicación de Masas.....	51
2.1.3.1	Medios de Comunicación Masivos y Teoría del Aprendizaje Social.....	53
2.1.3.2	Medios de Comunicación y Trastornos Alimentarios.....	54
2.1.3.3	Teorías de Influencia de los Medios de Comunicación relacionadas a los Trastornos Alimentarios.....	60
3.	Roles de Género, Influencia de los Medios de Comunicación y Trastornos Alimentarios.....	62
	CAPÍTULO3: METODOLOGÍA.....	65
1.	Pregunta de Investigación.....	65
2.	Objetivos.....	65
2.1	Objetivo General.....	65
2.2	Objetivos Específicos.....	65
3.	Hipótesis.....	66
4.	Participantes.....	67
4.1	Definición y Características de la Muestra.....	67
5.	Tipo y Diseño de Investigación.....	67
6	Definición de Variables.....	68

6.1 Definición Conceptual de Variables.....	68
6.2 Definición Operacional de Variables.....	69
7 Técnicas de Recolección de Datos.....	70
8. Procedimiento de Aplicación de los Instrumentos.....	73
9. Análisis de Datos.....	75
CAPÍTULO 4: RESULTADOS.....	76
1. Estadística Descriptiva.....	76
1.1 Estadística Descriptiva del Cuestionario EAT-40.....	76
1.2 Estadística Descriptiva del Inventario de Roles Sexuales de Bem.....	78
1.2.1 Estadística Descriptiva según la Mediana del Grupo.....	79
1.2.2 Estadística Descriptiva según el Punto de Corte 4.5 puntos para la Escala Masculina y Femenina.....	80
1.2.3 Comparación en Términos de Porcentajes respecto a Roles de Género encontrados según Mediana de Grupo y Punto de Corte 4.5 puntos.....	82
1.3 Estadística Descriptiva del Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en Spot de Productos Light en la Televisión Chilena.....	83
1.4 Riesgo de Trastorno Alimentario y Actitudes hacia los Mensajes Mediáticos respecto a los Roles de Género.....	85
1.4.1 Categorización según Mediana de Grupo.....	85
1.4.1.1 Roles de Género y Riesgo de Trastorno Alimentario.....	85
1.4.1.2 Roles de Género y Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez.....	86

1.4.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 puntos para las Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	87
1.4.2.1 Roles de Género y Riesgo de Trastorno Alimentario.....	87
1.4.2.2 Roles de Género y Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez.....	88
1.4.3 Alto Riesgo de Trastorno Alimentario y Actitudes Favorables hacia los Mensajes que Promocionan la Delgadez respecto a los Roles de Género....	89
1.4.3.1 Categorización según Mediana de Grupo.....	89
1.4.3.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 para Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	90
2 Análisis de Relación.....	92
2.1 Cálculo de Correlaciones.....	92
2.1.1 Correlación entre Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	92
2.1.1.1 Correlación entre EAT-40 y Escala de Masculinidad.....	92
2.1.1.2 Correlación entre EAT-40 y Escala de Feminidad.....	92
2.1.2 Correlación entre Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	93
2.1.2.1 Correlación entre Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escala de Masculinidad.....	93
2.1.2.2 Correlación entre Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escala de Feminidad.....	93

2.2 Cálculo de Diferencia de Medias.....	94
2.2.1 Categorización según Mediana de Grupo.....	94
2.2.1.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Roles de Género..	94
2.2.1.2 Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Roles de Género.....	96
2.2.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 puntos para Escala de Masculinidad y Feminidad.....	98
2.2.2.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Roles de Género..	98
2.2.2.2 Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Roles de Género.....	100
2.3 Análisis de Varianza.....	101
2.3.1 Categorización según Mediana de Grupo.....	101
2.3.1.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	101
2.3.1.2 Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	103
2.3.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 puntos para Escala de Masculinidad y Feminidad.....	104
2.3.2.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	104
2.3.2.2 Riesgo de Trastorno Alimentario y Escalas de Masculinidad y Feminidad.....	106

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN.....	107
Proyecciones.....	117
REFERENCIAS.....	119
APÉNDICE	
APÉNDICE A: Base de Datos.....	126
APÉNDICE B: Modelo de Levine y Smolak (1992).....	136
APÉNDICE C: Carta de Autorización.....	138
APÉNDICE D: Carta de Consentimiento.....	140
APÉNDICE E: Cuestionario EAT-40.....	142
APÉNDICE F: Inventario de Roles Sexuales de BEM.....	144
APÉNDICE G: Cuestionario de Actitudes Hacia la Promoción de la Delgadez en Spot Publicitarios de la Televisión Chilena.....	146

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO 4	Pág.
1. Porcentajes de riesgo según cuestionario EAT-40.....	77
2. Porcentaje de roles de género respecto mediana grupo.....	79
3. Porcentaje de roles de género respecto al punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	81
4. Porcentaje de actitudes encontrados hacia los spot publicitarios que promueven la delgadez	84
5. Porcentaje de EAT-40 igual o sobre 30 puntos respecto a roles de género según mediana grupo.....	85
6. Porcentaje de actitud favorable hacia los mensajes mediáticos respecto a roles de género según mediana grupo.....	86
7. Porcentaje de EAT-40 igual o superior a 30 puntos respecto a roles de género según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad	87
8. Porcentaje de actitud favorable hacia los mensajes mediáticos respecto a los roles de género según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad	88
9. Porcentaje de roles de género con puntaje EAT-40 igual o superior a 30 puntos más actitud favorable hacia la promoción de la delgadez según mediana del grupo.....	89
10. Porcentaje de roles de género con puntaje EAT-40 igual o superior a 30 puntos más actitud favorable hacia la promoción de la delgadez según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	91

LISTA DE TABLAS

No.	Pág.
1. Factores de riesgo predisponentes de trastornos alimentarios.....	28
2. Factores de riesgo desencadenantes de trastornos alimentarios.....	29
3. Factores de riesgo de mantención de trastornos alimentarios.....	29
4. Estadística descriptiva cuestionario EAT-40.....	76
5. Sujetos y porcentaje de cuestionario EAT-40.....	77
6. Estadística descriptiva Inventario de Roles Sexuales de Bem.....	78
7. Roles de género respecto mediana grupo.....	79
8. Sujetos y porcentajes de roles de género respecto a la mediana de grupo.....	79
9. Roles de género respecto al punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	80
10. Sujetos y porcentajes de roles de género respecto al punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	81
11. Comparación porcentual respecto a la mediana de grupo y punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	82
12. Estadística descriptiva Cuestionario de Lemus y Rodríguez.....	83
13. Sujetos y porcentajes de Cuestionario hacia la promoción de la delgadez.....	83
14. Probabilidad de riesgo de un trastorno alimentario en roles de género categorizados según mediana de grupo.....	85

15. Actitud hacia la promoción de la delgadez en roles de género categorizados según mediana de grupo.....	86
16. Probabilidad de riesgo de un trastorno alimentario en roles de género categorizados según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	87
17. Actitud hacia la promoción de la delgadez en roles de género categorizados según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	88
18. Roles de género con EAT-40 igual o sobre 30 puntos más actitud favorable según mediana del grupo.....	89
19. Roles de género con EAT-40 igual o sobre 30 puntos más actitud favorable según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.....	90
20. Correlación entre riesgo de presentar un trastorno alimentario y escala de masculinidad.....	92
21. Correlación entre riesgo de presentar un trastorno alimentario y escala de feminidad..	92
22. Correlación entre actitudes hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de masculinidad.....	93
23. Correlación entre actitudes hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de feminidad.....	94
24. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.....	94
25. Análisis de diferencia de medias entre roles andrógino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.....	95
26. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.....	95

27. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.....	96
28. Análisis de diferencia de medias entre roles masculino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.....	97
29. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.....	97
30. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.....	98
31. Análisis de diferencia de medias entre roles andrógino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.....	99
32. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.....	99
33. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.....	100
34. Análisis de diferencia de medias entre roles masculino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.....	100
35. Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.....	101
36. Análisis de varianza entre actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de masculinidad.....	102
37. Análisis de varianza entre actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de feminidad.....	102

38. Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de masculinidad.....	103
39. Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de feminidad.....	104
40. Análisis de varianza entre actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de masculinidad.....	105
41. Análisis de varianza entre actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de feminidad.....	105
42. Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de masculinidad.....	106
43. Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de feminidad.....	106

RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo enmarcado en el contexto de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios. Se centra, específicamente, en el estudio de los roles de género asumidos por una muestra de 371 adolescentes de un establecimiento educacional municipalizado de la V Región y la actitud que presentan dichas adolescentes hacia los mensajes mediáticos de la televisión chilena que promueven la delgadez.

El objetivo central de esta investigación es explorar la actitud hacia los mensajes mediáticos relacionados con la promoción de la delgadez y su relación con los roles sexuales asumidos por las adolescentes, comparando ambos factores con el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

Para esto se midieron las actitudes alimentarias de la muestra total de adolescentes con el cuestionario EAT-40 (Eating Attitudes Test), se categorizaron los roles de género asumidos por ellas con el Inventario de Roles de Género de Bem (I.R.S.B.) y se midieron las actitudes hacia los mensajes televisivos con el Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en los Spot Publicitarios de Productos Light en la Televisión Chilena de por Lemus y Rodríguez.

De acuerdo a los resultados del I.R.S.B., se dividió la muestra total en las cuatro categorías de roles de género (androginia, masculinidad, feminidad, indiferenciado), luego se analizaron en relación al riesgo de presentar un trastorno alimentario y, a su vez, con las actitudes hacia los spot publicitarios.

Los datos obtenidos no permitieron establecer relación entre los roles femeninos, riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y actitudes favorables hacia la promoción de la delgadez, que era lo esperado. En cambio, se estableció relación entre los roles con características masculinas y alta probabilidad de presentar un trastorno. Respecto a las actitudes hacia los spot publicitarios que promueven la delgadez no se logró establecer diferencias estadísticamente significativas con los roles de género asumidos por las adolescentes.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

En el último tiempo, la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria ha ido en un progresivo aumento. Algunos estudios demuestran que desde hace 20 años atrás, se ha producido un incremento preocupante en la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosas entre las adolescentes y adultas jóvenes (Kendler y col., 1991; Lucas y col., 1991; Gordon, 1990; cit. en Levine, M., Smolak, L. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000). Debido a este progresivo aumento es de fundamental importancia identificar prontamente los factores que pudiesen desencadenar un trastorno alimentario, a modo de prevenir su aparición. La idea de la prevención es tomar tanto factores específicos de cada enfermedad como los generales, es decir, factores comunes a otras patologías. Como es sabido, no sólo existen factores determinados para desarrollar un trastorno del comer, sino que esta es una enfermedad multifactorial, ya que resulta de la interacción de elementos psíquicos, genéticos, familiares, culturales, sociales, entre otros (Branda, C; 2002). Por lo tanto, no se puede hablar de un sólo factor que precipite un trastorno alimentario y conduzca por si solo a explicar su etiología.

La mujer del siglo XX se ha incorporado rápidamente en el mundo laboral y académico, dominado originalmente por el sexo masculino, en el cual no sólo debe ser competente, sino que debe presentar valores como la belleza, independencia, éxito profesional y social, lo cual está asociado directamente a la delgadez; esto porque el cuerpo correcto es aquel cuerpo sano, delgado, fuerte, es decir, un cuerpo que esté preparado para

una sociedad altamente competitiva. Además de esto, la exposición constante al ideal de la delgadez exagerada de la belleza femenina que rige nuestra cultura y su intolerancia al sobrepeso, contribuyen al riesgo de presentar un trastorno de la imagen corporal y de una alimentación perturbada (Steiner-Adair, C., Striegel-Moore, R.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000).

La perspectiva feminista, en relación a las patologías del comer, se focaliza en cuestiones vinculadas con la igualdad social y el modo en que las diferencias entre los hombres y las mujeres pueden favorecer el desarrollo de un trastorno alimentario (Steiner-Adair, C., 1993; Steiner-Adair, C. y Purcell, 1996; cit. en Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000). Desde esta perspectiva, las características de género son consideradas como un factor significativo en el estudio de los trastornos alimentarios, ya que proporcionan uno de los caminos determinantes para el análisis del contexto sociocultural que subyace a estos trastornos. Diversos autores han encontrado evidencias que vinculan los roles de género a las patologías de la conducta alimentaria y, específicamente, a la insatisfacción con el propio cuerpo (Behar, R., 2003). Un aspecto importante es el papel que pudiesen cumplir los medios de comunicación masiva al emitir mensajes que promocionan la delgadez como ideal de belleza y éxito. Al investigar la relación entre los medios de comunicación y la alimentación distorsionada se debe tomar en consideración que las imágenes acerca de la silueta y la moda tienen una estrecha relación con las comunicaciones persuasivas sobre la identidad femenina, ya que los medios de comunicación han rebosado de “imágenes” de modelos y actrices jóvenes altas de piernas largas y muy delgadas que incitan a las mujeres jóvenes a comparar sus

cuerpos con estas imágenes llegando a adoptar prácticas poco saludables para alcanzar un atractivo similar al de ellas.

Desde esta lógica, la presente investigación se plantea como objetivo explorar la vulnerabilidad a los mensajes mediáticos que promocionan la delgadez en función de la adopción o no de estereotipos sexuales tradicionales en mujeres adolescentes, es decir, contestar las siguientes preguntas: ¿Existe relación entre el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria y los roles de género asumidos por mujeres adolescentes entre 14 y 18 años? ¿Qué relación existe entre los roles de géneros asumidos por estas adolescentes y la actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez?

1 Antecedentes Generales

La presente investigación se inserta en el campo de la psicología clínica y social, específicamente, en la prevención de los trastornos alimentarios, por la relevancia que estos han cobrado en las últimas décadas debido a que se relacionan con un significativo deterioro tanto psicológico, físico, como social (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000).

A continuación se presentan los antecedentes relacionados con estas patologías del comer y que destacan la pertinencia del tema específico a tratar.

1.1 Prevención en Trastornos Alimentarios

La prevención de los trastornos de la conducta alimentaria está dirigida a evitar, retrasar la aparición o atenuar la severidad y duración de los trastornos de salud mental en personas y grupos con mayor riesgo (MINSAL, 2001). Los estudios de resultados de

tratamiento demuestran que la intervención temprana es el mejor factor para la recuperación y el método más económico para eludir trastornos potencialmente muy costosos. Para ser eficaz, la prevención primaria debe reducir el riesgo, ya sea suprimiendo las causas que lo provocan o logrando que el individuo sea invulnerable a él (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000). Este tipo de prevención abarca los esfuerzos para atenuar la incidencia de los trastornos alimentarios en los individuos que todavía no han desarrollado ningún síntoma clínico significativo. Los esfuerzos de prevención se basan en el supuesto de que es posible identificar los factores causales que actúan en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Además, la prevención exige suponer que los factores causales pueden eliminarse o anularse (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000).

En el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, la prevención primaria plantea modificar un fenómeno de tipo cultural, sugiriendo un esquema de trabajo en 3 niveles: el primer nivel apunta a generar un cambio en el concepto y énfasis cultural sobre delgadez; el segundo nivel, se intenta modificar el concepto de apariencia y autoestima, y en el tercer nivel se realiza prevención específicamente en grupos de alto riesgo, como mujeres adolescentes y adultas jóvenes. Según esto, es de suma importancia abordar la detección temprana de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios, como ser mujer adolescente o adulta-joven, aquellos que afectan el concepto de delgadez, el concepto de sí mismo y de la propia apariencia física, entre otros, de manera de poder intervenir de forma oportuna y eficaz (García, 2000; cit. Chacón, Jiménez, Peña y Rain, 2004).

1.2 Trastornos Alimentarios

En la investigación clínica actual los trastornos alimentarios constituyen un foco de gran interés. Según el DSM-IV-TR (2002), éstos se caracterizan por alteraciones graves de los hábitos alimentarios. Se distinguen dos trastornos específicos: Anorexia Nerviosa, que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales; y Bulimia Nerviosa, caracterizada por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Es común para ambos trastornos la presencia de una alteración en la percepción de la forma y el peso corporal.

Estos trastornos aparecen generalmente en la adolescencia y, especialmente, en mujeres. Su edad de inicio es entre los 13 y 18 años de edad, presentando, por tanto, esta población un alto riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Al parecer los sectores más sensibles son aquellos que viven en países desarrollados y poseen un alto status económico (Chacón, Jiménez, Peña & Rain, 2004).

1.3 Prevalencia de los Trastornos Alimentarios

Según el DSM-IV-TR (2002) la prevalencia de anorexia nerviosa en la población femenina adolescente y juvenil se sitúa entre el 0,5 y el 1%, y la de bulimia nerviosa entre el 1 y el 3%. Siendo entre los varones 10 veces menor.

Según Josep Toro (2000) los trastornos del comportamiento alimentario - anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y cuadros afines o no especificados - han alcanzado en los últimos 30 años una especial relevancia, constituyendo un proceso patológico mayoritariamente identificado en la población femenina adolescente. Tal relevancia se

justifica por la aparente progresión de su prevalencia en las sociedades desarrolladas y occidentales, progresión que ocasionalmente ha sido etiquetada de epidémica. Otros estudios demuestran que en los últimos 20 años parece haberse producido un aumento significativo de la incidencia de la anorexia y bulimia nerviosas entre las mujeres de 15 a 24 años (Kendler y col., 1991; Lucas y col., 1991; Gordon, 1990, cit. Noordenbos & Vandereycken, 2000).

Debido a este aumento progresivo de su prevalencia a través de los años, producto de la influencia de diversos factores, se hace relevante el estudio de la prevención de los trastornos alimentarios. Dentro de estos factores se encuentran los socioculturales, como los medios de comunicación masivos; factores familiares; factores del desarrollo puberal/madurativo; factores psicológicos individuales; etc. los cuales son acumulativos, es decir, mientras más factores de riesgo se experimenten, mayores son las posibilidades de desarrollar un trastorno alimentario (Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000; cit. en Chacón, Jiménez, Peña y Rain, 2004).

1.4 Modelos de Riesgo

La etiología de los trastornos alimentarios es multifactorial, es decir, el riesgo de desarrollarlo nace de la combinación de factores específicos de riesgo, como los propios de cada enfermedad específica y de factores generales de riesgo, los cuales están relacionados con una serie de trastornos. Además, la exposición al riesgo ocurre en distintos ámbitos, como la familia y la escuela, entre otros; la fuerza que adquieran los factores de riesgo derivan en parte del momento evolutivo en que se encuentra la persona y el riesgo se torna acumulativo, es decir, mientras más factores de riesgo se experimentan son mayores las

posibilidades de que se desencadene un trastorno de la conducta alimentaria. A continuación se exponen las propuestas que se utilizarán como marco de referencia: el Modelo de las Transiciones Evolutivas propuesto por Smolak y Levine (1996) y el Modelo de Camino Doble de Stice y cols. (1994). El primer modelo considera los trastornos de la conducta alimentaria como el resultado de una transacción entre diferentes vulnerabilidades, tales como poseer creencias esquemáticas sobre la importancia de la delgadez, y los cambios que experimentan los adolescentes de forma simultánea (Smolak, L., Levine, M., 1996, cit. en Chacón, Jiménez, Peña y Rain, 2004).

Stice y col. (1994) destacan, entre los factores de riesgo, el rol que cumplen los mensajes culturales emitidos por los medios de comunicación de masas y el peso que tiene el reforzamiento que realizan los pares y familiares hacia dichos mensajes, además, destacan factores individuales como baja autoestima, identidad inestable y desorganizada y el estar con sobrepeso, específicamente en el caso de la bulimia nerviosa. La discrepancia entre el estereotipo internalizado de delgadez y una percepción negativa de sí mismo produce insatisfacción consigo mismo, que podría causar una alimentación restringida, inadecuada y/o emociones negativas. Estos dos factores o consecuencias conforman el camino doble, que aumenta la posibilidad de los atracones y las purgas de forma independiente o sinérgica en la bulimia nerviosa (Striegel – Moore, R., Steiner – Adair, C., cit. Vandereycken, W., Noordenbos, G., 2000).

1.5 Identidad de Género

Según datos recogidos de estudios realizados en Chile por Behar y cols., las características de género son un factor fundamental a la hora de estudiar las patologías

alimentarias, ya que proporcionan una vía para el análisis del contexto sociocultural que influye en estos trastornos. Basow, Deux y Major señalan que los rasgos genéricos reflejan estereotipos adquiridos mediante el aprendizaje de roles en lo que se refiere a creencias y conductas típicamente atribuidas al sexo masculino o femenino (Deux, K., Major, B., cit en Behar et al, 2003).

Algunas investigaciones señalan que existe una relación entre bajos puntajes en masculinidad, problemas en el comer e insatisfacción corporal (Holleran PR, Pascale J, Fraley J.; cit en Behar et al, 2003) (Klingenspor B.; cit en Behar et al, 2003); contrariamente otras han determinado que una alta masculinidad se asocia con altos niveles de desórdenes alimentarios (Cantrell PJ, Ellis JB.; cit en Behar et al, 2003) (Silverstein B, Carpman S, Perlick D, Perdue L.; cit en Behar et al, 2003). Lewis y Johnson encontraron que una personalidad con rasgos indiferenciados de género, se asociaban con problemas alimentarios en una muestra clínica (Lewis LD, Johnson C.; cit. en Behar et al, 2003). Otra investigación realizada por Usmiani y Daniluk arrojó que una baja feminidad se vinculó con insatisfacción corporal en un grupo de muchachas adolescentes premenárquicas, mientras que una alta masculinidad se asoció con insatisfacción corporal en muchachas postmenárquicas (Usmiani S, Daniluk J.; cit. en Behar et al, 2003). Sin embargo estos hallazgos contradictorios, la mayoría de los estudios que han incluido poblaciones no clínicas han mostrado que una alta identificación con rasgos femeninos se relaciona significativamente con trastornos alimentarios e insatisfacción corporal (Hawkins R, Turell S, Jackson L. Wichstrom L.; cit en Behar et al, 2003).

Behar y cols., al comparar pacientes con trastornos alimentarios de sexo femenino con estudiantes universitarias sin dicha patología, confirmaron que la condición de

feminidad se muestra como la principal categoría de identidad genérica en pacientes portadoras de una patología alimentaria, mientras que la androginidad, con la que se identificaron las adolescentes no portadoras de estos desórdenes, implicó una mejor adaptabilidad y flexibilidad para el manejo de situaciones vitales difíciles. En otro análisis, destinado a precisar los datos anteriores, Behar et al. (2002) compararon un grupo de pacientes mujeres que presentaban desórdenes alimentarios con un grupo de hombres y mujeres sin dicha patología, corroborando los resultados previos en relación a los roles de género femenino y andrógino. Además, encontraron que las mujeres sin patología alimentaria estaban más motivadas para alcanzar la delgadez y mostraban más insatisfacción corporal que los sujetos de sexo masculino (Behar y cols., cit en Rev Med Chile, 2002).

1.6 Valoración de la Delgadez e Influencia de los Medios de Comunicación

En la antigüedad la gordura constituía un símbolo de estatus, belleza y poder, siendo entonces una condición social privilegiada. Sin embargo, con el paso del tiempo la imagen del cuerpo fue sufriendo importantes modificaciones, de modo que el cuerpo delgado fue sustituyendo al redondeado como modelo a seguir; produciéndose un cambio en los cánones de belleza femenina imperantes en los países occidentales. La implantación y difusión de un nuevo modelo corporal, en el que se promueve la delgadez como sinónimo de éxito, belleza y bienestar, va de la mano con los trastornos de conducta alimentaria, debido a que este cambio en los ideales de belleza lleva consigo un cambio en las dietas y hábitos de ejercitación física; además de un cambio en la propia percepción de sí mismo y un aumento en la autoexigencia.

Los medios de comunicación masivos han influido en la propagación y difusión de este modelo corporal delgado. Entre los medios que pueden tener relevancia respecto de la etiología o la prevención de los trastornos alimentarios, están las revistas de moda, la televisión y los libros de autoayuda para adelgazar (Rice y Atkin, 1989; cit. en Smolak, L., Levine, M. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000).

Diferentes investigaciones de la Psicología Evolutiva, de los medios de comunicación y la semiótica, y sobre la mujer concuerdan en que los medios de comunicación no producen un cambio significativo de creencias. En cambio, provocan un complejo proceso de atención e interpretación por parte de los individuos, quienes ponen en acción diversas motivaciones y estrategias para procesar la información, según su etapa evolutiva, personalidad, situación inmediata y otros contextos socioculturales (Austin, 1995; Buckingham, 1990; Budgeon y Curie, 1995; McCracken, 1993; cit en Levine, M., Smolak, L. en Noordenbos, G., Vandereycken, W.; 2000).

Otros aspectos importantes a tener en consideración al plantearse la relación entre los medios de comunicación y la alimentación trastornada son que las imágenes acerca de la silueta y la moda tienen una estrecha relación con las comunicaciones persuasivas sobre la identidad femenina (Budgeon y Curie, 1995; Gordon, 1990; McCracken, 1993; cit. en Levine, M., Smolak, L. en Noordenbos, G., Vandereycken, W.; 2000).

El modelo de las transiciones evolutivas propuesto por Smolak y Levine sostiene que los medios de comunicación pueden constituir un factor influyente en varios puntos del proceso de desarrollo de un trastorno alimentario. Es posible que la exposición a programas y anuncios comerciales televisivos sea una causa directa de la creencia esquemática de una niña de 10 años de que la “gordura es muy mala”. O quizás los medios incidan de forma

más indirecta sirviendo como una fuente de conocimiento e inspiración que goza de aprobación social para una adolescente de 13 años ya preocupada de su figura que lucha por comprender el aumento de peso en la pubertad y su creciente interés por los muchachos (Smolak, L., Levine, M. en Noordenbos, G., Vandereycken, W., 2000).

El modelo de Stice (1994) del Camino Doble hace alusión a lo dañino que pueden ser los mensajes mediáticos respecto a los trastornos del comer, si el individuo que los recepciona no tiene una identidad establecida, una autoestima adecuada y, además, si estos mensajes son reforzados por su medio familiar.

Un estudio realizado por Lemus y Rodríguez (2004) con 157 mujeres estudiantes de segundo año de educación superior de la Universidad de Valparaíso, demuestra que es posible afirmar que los spot de productos light contribuyen a promover un patrón estético corporal, el cual estaría caracterizado por la asociación entre delgadez y éxito, belleza y otros aspectos valorados positivamente en nuestra sociedad, cuya aceptación está relacionada con el riesgo de desarrollar algún tipo de trastorno alimentario (Lemus, A., Rodríguez, C., 2004).

Sin embargo, existen algunos estudios que demuestran que la relación entre los medios de comunicación y los trastornos del comer aún no está del todo clara, si bien es cierto que algunos autores afirman que existe una relación entre ambas variables, otros indican lo contrario, como lo demuestra la investigación realizada por Shaw y Waller en 1995, la cual revela que la exposición a imágenes televisivas de cuerpos femeninos ideales durante 6 a 7 minutos no afecta la imagen corporal de mujeres que presentan o no trastornos alimentarios. Otro estudio realizado por Borzekowski en el año 2000, el cual correlacionaba la cantidad de horas que las niñas utilizaban los distintos medios de

comunicación y la preocupación por el peso y la apariencia física, demostró que no existía una correlación significativa entre estas variables (cit. por Lemus, A., Rodríguez, C., 2004).

Se vuelve necesario en la época actual determinar qué influencia y qué papel tienen los medios de comunicación en esta implantación de modelo corporal delgado como sinónimo de éxito, con la finalidad de poder abordar a tiempo el tema de la imagen corporal, hábitos alimentarios, vida sana, etc. en adolescentes, ya que no se puede desconocer que la televisión es un medio que se encuentra al alcance de todos y que tiene una fuerte influencia en individuos vulnerables.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

1 Trastornos Alimentarios

1.1 Antecedentes Conceptuales

Los trastornos del comportamiento alimentario constituyen un tipo de problema clínico que en las últimas décadas ha aumentado considerablemente, afectando de manera primordial a personas jóvenes y de sexo femenino. Clínicamente se pueden clasificar distintas alteraciones, el elemento común puede considerarse como la intención de disminuir el peso corporal (FUMTAPID, 1999).

Las características fundamentales de los trastornos alimentarios están constituidos por: un temor a engordar; una visión distorsionada de la imagen corporal y uso de conductas poco saludables con la finalidad de adelgazar, lo que causa sensación de bienestar. En estos trastornos, prácticamente todos los aspectos de la vida de la adolescente pasan a depender del peso, como por ejemplo, su autovaloración, éxito social, logros personales, entre otros (FUMTADIP, 1999).

Investigaciones recientes han confirmado que las alteraciones de la imagen corporal tienen una participación causal en los trastornos alimentarios. Richards, Thompson y Coover (1990) confirman que la relación entre alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) y disfunción alimentaria es unidireccional, es decir, serían las alteraciones de la imagen corporal las que contribuyen en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria y no a la inversa.

Según Richards, Thompson y Coover (1990) el peligro ocurre cuando la persona que ya se ha iniciado en un trastorno alimentario no consigue lograr su objetivo de sentirse bien, ya que su autoestima se deteriora cada vez más, lo que provoca, a su vez, el aislamiento y la insatisfacción, empieza a aparecer la angustia y la tristeza en relación a su propio cuerpo, conformando así un círculo vicioso (Richards, Thompson, Coover, 1990; cit en Giménez, Ardevol, Fernández, 2002).

Otros estudios sugieren que la insatisfacción con el cuerpo está relacionada, principalmente, con el modelo estético corporal vigente en la cultura occidental. Está sobradamente demostrado el papel de los factores socioculturales en el origen de la insatisfacción corporal. La “cultura de la delgadez” preconiza para la mujer cuerpos delgados y con formas poco redondeadas, relacionándolos con el éxito y bienestar personal (Vandereycken y Merman, 1984; Andersen y Di Domenico, 1992; Levine, Smolak y Hayden, 1994; Ángel y Jones, 1992).

Para los trastornos alimentarios existen características comunes en lo que se refiere a los diferentes sistemas de respuestas en pacientes anorécticas y bulímicas. Algunas de las áreas que se ven seriamente afectadas en ambas patologías son la cognitiva, fisiológica, emocional y conductual. En el área cognitiva/emocional, se manifiesta un miedo obsesivo e irracional a engordar, por eso ocurre también una excesiva preocupación por el peso y calorías de los alimentos que ingieren. Gran parte de las cogniciones se relacionan con la imagen corporal y valoración estética, donde estas pacientes niegan su enfermedad y persisten en la idea de lograr el objetivo de tener un cuerpo delgado, sintiéndose gordas y adoptando este pensamiento como forma de vida (Raich, 1994).

Tanto en el caso de la anorexia como en el de la bulimia, están presentes alteraciones de la imagen corporal, donde la adolescente ve su cuerpo distorsionado y cree estar gorda aún estando extremadamente delgada, negando tanto su delgadez como la enfermedad. Así, conforme la enfermedad progresa, se hace cada vez más intenso el miedo a engordar llegando, finalmente, a tener la preocupación por la delgadez como estilo de vida, sin darse cuenta del daño que ella misma se provoca, ya que sigue restringiendo cada vez más su alimentación y continúa encontrándose gorda, transformando este proceso en un círculo vicioso (Raich, 1994) (Toro y Villardel, 1987).

En el aspecto fisiológico, en el caso de la anorexia es necesario realizar un examen físico detallado con la finalidad de verificar bajo peso, hipotensión y bradicardia, donde las consecuencias más visibles son piel reseca, extremidades frías, uñas quebradizas y caída del pelo. En lo que se refiere a molestias gastrointestinales, estas pacientes tienen la sensación de hinchazón, estreñimiento y dolores abdominales. En cuanto al funcionamiento de riñones, se forman cálculos y, en la parte endocrina, puede presentarse amenorrea. Un mal pronóstico se presenta en los casos donde la paciente hace uso, además, de métodos purgativos, lo que puede llegar a ser motivo de muerte (Raich, 1994).

La bulimia, por su parte, es más difícil de ser detectada, ya que a las pacientes les da mucho miedo y vergüenza ser descubiertas en un episodio de sobreingesta o atracones, los cuales son episodios incontrolables de ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, que puede variar de minutos a horas, seguido de sentimientos de culpa donde pueden ocurrir conductas purgativas, como vómitos y abuso de laxantes y/o diuréticos. El aspecto físico de estas pacientes suele ser el de una persona normal y rara vez se encuentran desnutridas, lo que dificulta aún más su detección (Dorr, 1995).

A diferencia de la bulimia, la anorexia es más fácil de detectar, ya que ocurren cambios drásticos en el aspecto físico y en la alimentación de la paciente, donde existe una intensa preocupación por el valor calórico de lo que se come, llegando incluso en algunas ocasiones a restringir el consumo de agua, aumentando de esta forma, la posibilidad de deshidratación. Socialmente, comienzan a evitar situaciones que se relacionen con la ingesta de alimentos. Comienzan, también, a presentar cambios en la forma de vestirse, ya que prefieren usar ropas amplias para poder disfrazar su extrema delgadez y ropas superpuestas con la misma finalidad y, además, la de no pasar frío, ya que estas pacientes sufren de hipotermia.

Beumont, George & Smart (1976) citados en Belloch y cols., 1995) clasificaron la anorexia en dos subtipos: Anorexia Restrictiva, donde la pérdida de peso se consigue exclusivamente haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicios físicos de manera exagerada, y Anorexia Compulsiva o Purgativa, en la cual la persona recurre regularmente a atracones y/o purgas, provocando vómitos o usando laxantes y/o diuréticos. Es así como también ocurren casos donde no hay presencia de atracones, pero las personas llevan a cabo las purgas aún después de haber ingerido pequeñas cantidades de alimento (Beumont, George, Smart, 1976; cit en Belloch y cols., 1995).

Los trastornos alimentarios frecuentemente aparecen asociados a otras psicopatologías, donde el diagnóstico se encuentra en el Eje I según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Los más frecuentes son trastorno de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad y abuso de sustancias, como drogas inhibidoras del apetito, antidepresivos y ansiolíticos.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR:

307.1 Anorexia Nerviosa (DSM-IV-TR)

Las características esenciales de la anorexia nerviosa son el rechazo del individuo a mantener un peso corporal normal mínimo, temor intenso a engordar y una perturbación significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. El individuo mantiene un peso corporal bajo el nivel normal mínimo para su edad y altura. Este criterio requiere que el individuo tenga un peso corporal menor que el mínimo normal (<85%) para la edad y la talla o un IMC menor de 17,5 kg/m²; un miedo intenso a subir de peso, aunque la paciente se encuentre en ese momento con un bajo peso corporal; alteración en la percepción del peso y de su figura y, en las mujeres postmenárgicas, ausencia de al menos 3 ciclos menstruales consecutivos. En la anorexia nerviosa el fenómeno central es el intenso miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal. Es importante tomar en consideración la constitución física y el histórico ponderal de la persona.

La distorsión de la imagen corporal puede iniciarse en la adolescencia, en respuesta a los cambios biopsicológicos experimentados en esta etapa, como la aparición de caracteres sexuales secundarios, el aumento del peso a expensas del tejido adiposo y la poca información con que cuentan los adolescentes respecto a este período evolutivo (Behar, 1998).

Los métodos usados por las pacientes anorécticas para bajar de peso son la dieta, el ejercicio exagerado y, a veces, los vómitos autoinducidos. El hecho de ganar peso en este trastorno es percibido como un inaceptable fracaso del autocontrol.

Como ya se señaló, existen 2 subtipos de anorexia nerviosa: la restrictiva y la purgativa, los cuales tienen diferencias en sus manifestaciones clínicas, epidemiológicas, psicopatológicas, neurobiológicas e, incluso, en las características de la familia de la

paciente. El subtipo restrictivo tiene características más obsesivas y, socialmente, manifiesta mayor aislamiento. El subtipo purgativo presenta mayor peso premórbido, una historia familiar de obesidad y mayores niveles de impulsividad.

Las relaciones entre la anorexia y la bulimia son complejas. Ambos cuadros comparten la preocupación por el peso, la imagen corporal y el deseo de controlar el impulso de comer. De las pacientes con anorexia un 40-50% pasan por la fase bulímica.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con enfermedades somáticas que producen pérdida de peso, entre ellas las gastrointestinales, las endocrinas y neurológicas; y con otros trastornos mentales que presentan trastornos de la conducta alimentaria, como la depresión.

307.51 Bulimia Nerviosa (DSM-IV-TR)

La característica central consiste en episodios de hiperfagia y métodos compensatorios inadecuados para evitar ganar peso, además de una autoevaluación excesivamente influenciada por la silueta y por el peso. Para calificar este trastorno debe haber alternancia de períodos de restricciones alimentarias con períodos de ingestión voraz o atracones, seguidos de vómitos autoinducidos y/o uso de laxantes/diuréticos. En muchos casos el cuadro se inicia a partir de una dieta para adelgazar y luego se instalan los síntomas descritos. Típicamente los atracones se realizan en forma oculta, con gran vergüenza de ser descubiertos. Las bulímicas tragan la comida sin saborearla y casi sin masticarla. El atracón finaliza debido al malestar físico que produce la distensión abdominal o por factores externos, como por ejemplo, la llegada inesperada de un tercero. Al igual que en las anorécticas, siempre está presente el temor a engordar y la preocupación por la imagen corporal, lo que les produce gran ansiedad.

Los métodos de eliminación de lo ingerido son los vómitos autoinducidos (>85%), el uso de laxantes (<15%), de diuréticos (muy bajo porcentaje), el ejercicio físico (60%) y el ayuno (30%). Generalmente, quienes padecen de esta patología consultan a un profesional cuando llevan meses o años con este problema.

En el examen físico, generalmente, las pacientes se encuentran eutróficas o con sobrepeso, con variaciones de peso agudas y frecuentes. Puede encontrarse crecimiento de glándulas salivales; el signo de Russel, que son erosiones y callosidades en las manos, y erosión del esmalte dentario producto del ácido gástrico presente en los vómitos.

Los síntomas psíquicos que ocurren con más frecuencia corresponden a la depresión y baja autoestima.

1.2 Etiología

Numerosos modelos teóricos han sido propuestos para explicar la etiología de los trastornos alimentarios. Estos modelos tienen en común que incluyen el contexto cultural y familiar, la vulnerabilidad constitucional y los sucesos adversos de la vida personal (Striegel – Moore, 1993b, 1997. cit. en Striegel-Moore, R., Steienr-Adair, C., cit. en Vandereycken, W., Noordenbos, G., 2000), donde entenderemos la vulnerabilidad como la existencia de una serie de factores personales de índole biológica o psicológica, o factores sociales preexistentes que pueden influir en la aparición, mantenimiento y evolución de las enfermedades (Marin, V., 2002).

Es de común acuerdo entre los especialistas que la etiología de los trastornos alimentarios es multifactorial. El riesgo parte de una combinación de factores específicos y generales y la exposición a éstos ocurre en diferentes ámbitos. El momento evolutivo es

muy importante en lo que se refiere a la fuerza y poder de los factores de riesgo y se debe tener en consideración que éste es acumulativo, o sea, cuanto más factores de riesgo se experimentan, mayor la posibilidad de desarrollar un trastorno alimentario (Striegel – Moore, 1993b, 1997. cit. Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C., cit en Vandereycken, W., Noordenbos, G., 2000).

La etiología no está totalmente resuelta. Existiría una combinación de factores tales como los biológicos (genéticos y neuroquímicos), psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás, baja autoestima), familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos, evitadores de conflictos) y sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer junto con estímulos ambientales de ingesta de alimentos de alta densidad energética). Por ejemplo, en las pacientes bulímicas las familias son más conflictivas, presentando sentimientos negativos e inestables, mientras las familias de anorécticas son más aglutinadas (Marin, V., 2002).

1.3 Epidemiología

Según información de la Revista Chilena de Nutrición (agosto, 2002), se ha comprobado que ha habido un aumento de casos de trastorno de la conducta alimentaria en países occidentales industrializados en los últimos decenios (0.5 a 1%), produciéndose la gran mayoría de ellos en mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, con una edad promedio de inicio entre los 13 y 20 años en el 85% de los casos.

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ocurren, aproximadamente, a un 2% de la población femenina, mientras las manifestaciones subclínicas de estos trastornos afectan a un 10% de la población general (Saldaña, C. 2001).

Según el DSM-IV-TR, la prevalencia de la anorexia nerviosa entre las mujeres es de 0,5% aproximadamente. Se encuentran con mayor frecuencia personas con trastornos de la alimentación sin otra especificación, es decir, trastornos que no satisfacen todos los criterios diagnósticos. Entre los individuos de sexo masculino, la prevalencia es de un décimo de la tasa encontrada en individuos de sexo femenino (DSM-IV-TR, 2002).

Estudios epidemiológicos relacionados a la anorexia nerviosa señalan que, para diagnosticar este trastorno completo, se debe cumplir con todos los criterios diagnósticos que aparecen en el DSM-IV, lo que ocurre en un 0,5 a 1% de las adolescentes entre 14 y 17 años. Otro estudio realizado por Morandé (1999) demostró que la prevalencia ha subido del 0,3% en el año de 1985 al 1,3% en el año 1994, cifras que corresponden a países industrializados, donde la comida está en abundancia y el cuerpo delgado está relacionado al ideal de belleza (Morandé, G., 1999).

El curso de la anorexia nerviosa, generalmente, comienza a partir de la mitad de la adolescencia o en el final del mismo período (entre 14 y 18 años de edad). El inicio del trastorno raramente ocurre en mujeres con más de 40 años. La aparición de la enfermedad frecuentemente está asociada con un acontecimiento vital estresante. El curso y resultado son altamente variados, algunos individuos se recuperan completamente, mientras que otros viven el curso crónico deteriorante a largo plazo. La hospitalización puede ser necesaria para la restauración del peso de la paciente y para la corrección de algunos

niveles hidroelectrolíticos. La muerte ocurre con mayor frecuencia por inanición, suicidio o desequilibrio hidroelectrolítico.

Investigaciones realizadas para verificar la evolución de la anorexia nerviosa, demuestran que un 25% de las pacientes diagnosticadas continúan padeciendo el mismo trastorno en un período de 5 años de haber sido hecho el diagnóstico, mientras en lo que se refiere a las tasas de recuperación los resultados oscilan entre el 17% y el 77% (Fischer y Quadflieg, 1999; cit. Saldaña, C. 2001). Esta gran variabilidad dentro de los estudios se debería al período de tiempo en que se ha hecho el seguimiento a las personas que sufren dicho trastorno.

En cuanto a la mortalidad, hay cifras documentadas que arrojan desde un 3,3% en un seguimiento realizado a los 8 años por Patton (1988), hasta un 18% en un seguimiento realizado a los 33 años por Thender (1992), habiéndose estimado un riesgo medio de 5,6% por década de acuerdo a otras investigaciones (Fischer y Quadflieg, 1999; Herzog y cols., 2000 cit Saldaña, C., 2001).

En cuanto a la bulimia nerviosa, este trastorno ocurre con mayor frecuencia que la anorexia nerviosa y su epidemiología es más compleja, ya que su delimitación como entidad nosológica es más reciente.

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las mujeres adolescentes y adultas jóvenes, según el DSM-IV-TR, es de aproximadamente de un 1% a un 3%, mientras en hombres, la tasa es de aproximadamente un décimo de la correspondiente a mujeres. Las cifras oscilan entre un 2% y 3% de la población femenina, con una edad media de 24 años y con una edad de inicio promedio de 16 a 18 años según Morandé (1995; cit. Saldaña, C., 2001).

Sin embargo, los estudios de prevalencia difieren por usar distintos criterios diagnósticos y, también, porque muchos casos pueden mantenerse ocultos por no tener comprometido el peso corporal. La edad de inicio se ubica con mayor frecuencia en los últimos cursos del colegio y primeros años de universidad (Marin, V., 2002).

El curso de la bulimia nerviosa empieza en el final de la adolescencia o inicio de la edad adulta, ocurriendo las crisis bulímicas frecuentemente durante o después de una dieta. El comportamiento alimentario perturbado persiste por al menos varios años y el curso puede ser crónico o intermitente, con alternancia de períodos de remisión y recurrencias de crisis bulímicas. En acompañamientos a largo plazo, los síntomas clínicos parecen disminuir.

Según Saldaña (2001), el tiempo medio que las bulímicas demoran en buscar un tratamiento varía entre 3 y 5 años desde que ocurren los primeros síntomas y, al igual que en la anorexia nerviosa, el mayor número de casos afecta a la población de países industrializados. La tasa de recuperación es satisfactoria en aproximadamente 50% de los casos y cerca de un 20% de la población afectada abandona el tratamiento.

En Chile no se dispone de información acerca de la prevalencia de estos trastornos. Los resultados de un estudio realizado por Behar, Botero, Corsi y Muñoz en el que se aplicó el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) a escolares de tercero y cuarto de educación media de la V región, arrojan que el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario era de un 18%. No se ha publicado un seguimiento de estos grupos, lo que permitiría evaluar si efectivamente estas jóvenes evolucionaron hacia una patología del comer (Marin, V., 2002).

Aproximadamente, el 95% de las personas que sufren de un trastorno de la conducta alimentaria son adolescentes de sexo femenino y adultas jóvenes, constituyéndose la población femenina como el grupo con mayor predisposición a desarrollar estos tipos de trastornos. Esto se apoya en investigaciones que han demostrado que la socialización asociada a la identidad de género femenina propicia que ya en la edad escolar aparezca la preocupación por la imagen corporal, la que se asocia al aspecto de la popularidad, inteligencia y éxito rechazando la gordura. Las mujeres, con mayor frecuencia que los hombres, centrarían su ideal en un cuerpo delgado, en la insistente preocupación por la apariencia externa y el éxito social, tendencia que se distingue con facilidad cuando se encuentra en la fase de adolescencia. Por otro lado, los hombres también han demostrado aversión por el sobrepeso, pero con menos preocupación por engordar y no expresan tanta insatisfacción con algunas partes de su cuerpo como lo hacen las mujeres, haciendo que la prevalencia en hombres sea inferior a la prevalencia para el caso del sexo femenino (Marin, V., 2002).

1.4 Pronóstico

Según información de la Revista chilena de Nutrición de agosto de 2002, la anorexia nerviosa tiene un buen pronóstico entre el 71 y el 86% de los casos, pero los estudios de seguimiento muestran que dos tercios de los casos persisten con alguna restricción alimentaria y un tercio mantiene el bajo peso. En un 50% de las pacientes permanece el temor a engordar.

La bulimia tiene un buen pronóstico en 60% de los casos y regular en un 30% adicional. El mal pronóstico se asocia a la presencia de una depresión significativa,

drogadicción, a un desorden de la personalidad coexistente o al antecedente de abuso sexual. La mortalidad de esta enfermedad con un tratamiento adecuado es menor del 5%. (2002).

2 Prevención de los Trastornos Alimentarios

La prevención en estos trastornos ha sido un factor importante estudiado en los últimos tiempos. Los esfuerzos de prevención se basan en el supuesto de que es posible identificar los factores causales que inciden en el desarrollo de un trastorno alimentario con el objetivo de eliminarlos o anularlos (Rodin y col., 1985 cit. Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C., cit. en Noordenbos, G., Vandereycken W, 2000).

Prevenir significa interrumpir la historia de la enfermedad en cualquiera de sus fases, es decir, anticipar los hechos que podrían ocurrir y adoptar medidas adecuadas para que sean aplicadas a una población definida en un tiempo y lugar determinado.

Dejando atrás el modelo epidemiológico tradicional, se impuso el concepto de campo de salud, que incluye factores agrupables en cuatro divisiones primarias: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud y biología humana. Relacionándose y modificándose entre sí, forman los paradigmas de bienestar y el campo de fuerzas de la salud, que incluyen la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales (FUMTADIP, 1999).

Dentro de la prevención primaria, hay dos maneras distintas de trabajar con el objetivo de reducir la incidencia de los trastornos alimentarios. Uno de ellos, se destina a eliminar los factores causales del trastorno; el otro, busca fortalecer a la adolescente con la finalidad de protegerla del impacto de las influencias que están presentes en el ambiente y

que pueden ser absorbidos por ellas de forma negativa (Levine y Smolak, 1996; Steiner-Adair, 1995; Steiner-Adair y Purcell, 1996; Striegel-Moore y Silberstein, 1989 cit. Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C., cit. en Noordenbos, G., Vandereycken W, 2000).

Para las intervenciones preventivas, es necesario tener una buena comprensión de los factores de riesgo existentes para los trastornos alimentarios y, desde ahí, estudiar la posibilidad o no de modificarlos (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C., cit. en Noordenbos, G., Vandereycken W, 2000). Actualmente, se han realizado programas de prevención en el país llevados a cabo por el Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile (INTA). Se generó un programa de mejoramiento de la calidad de la educación, incorporando un módulo denominado “Módulo de ciencias naturales y educación física, estilos de vida y conducta alimentaria”, que tiene la finalidad de sensibilizar y promover estilos de vida saludables en el adolescente.

Según Cobelo y cols. (1998) los trastornos alimentarios resultan de una interacción de muchos factores, como los biológicos, psicológicos y sociales, por lo que trabajar sobre los principios básicos nutricionales y sobre los hábitos alimentarios para tener una vida saludable, enseñar habilidades específicas para ayudar a las adolescentes a aceptarse a ellas mismas con una autoestima adecuada, entrenar habilidades sociales y enseñar estrategias de resolución de problemas, son algunos de los aspectos básicos que ayudan a prevenir los trastornos del comportamiento alimentario (Cobelo y cols., 1998; cit en Saldaña, C., 2001).

Saldaña (2001) entrega algunas pautas con la finalidad de promover un estilo de alimentación sano, empleando pautas como: informar a las adolescentes sobre la necesidad de seguir una dieta equilibrada, suficiente para la edad de desarrollo en la que se encuentra; informar a los adolescentes para que no tomen en cuenta los productos light que se

encuentran en el mercado; recomendar no iniciar una dieta para perder peso sin control de un profesional; promover horarios regulares de alimentación; informar sobre los efectos adversos de saltarse comidas; recomendar comer más cantidad de alimento en el desayuno y en el almuerzo que en la cena; recomendar comer algo a media mañana y media tarde; promover comer en lugares destinados a comer; entrenar a reconocer las señales de hambre y las señales de saciedad; promover realizar las ingestas por hambre más que como respuesta a estímulos emocionales; enseñar a no tener al alcance alimentos para comer a cualquier hora para controlar la ingesta compulsiva; mostrar las consecuencias de una mala nutrición para su desarrollo físico u psicosocial; etc. (Saldaña, C., 2001).

Según Marin (2002) como medida preventiva para la preadolescente y adolescente se debería estimular un uso más selectivo de los medios de comunicación social, pues tienden a colocar su atención en la figura corporal con lo que favorecen una imagen corporal distorsionada. Se recomienda a los profesionales ayudar a las jóvenes adolescentes a resistir la presión social para contrastar los estándares no realistas de la apariencia, proveerles de guías sobre nutrición e ideales corporales reales y alcanzables, estimular el logro de una mayor autoestima, autoeficacia, relaciones interpersonales sanas y la capacidad de funcionamiento adaptativo en las dificultades cotidianas, para así favorecer las relaciones saludables de las mujeres con su cuerpo y con su alimentación (Marin, V., 2002).

2.1 Factores de Riesgo

Existe evidencia que la insatisfacción corporal es el principal factor predictor del trastorno alimentario en la adolescencia. La actitud hacia la imagen corporal que mantiene la adolescente hacia su propio cuerpo puede predecir posibles recaídas en estos trastornos.

Estudios de los factores de riesgo han identificado varios agentes específicos de los trastornos alimentarios, donde se consideraron la obesidad infantil, actitudes negativas respecto del peso y la silueta, las creencias irracionales sobre los beneficios de seguir una dieta, y la presión social para controlar el peso y las mismas dietas (Fairburn y col., 1992 cit. Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C., cit. en Noordenbos, G., Vandereycken W, 2000).

La literatura especializada ha establecido una distinción entre factores de riesgo predisponentes, como la influencia genética y concepto de delgadez como sinónimo de éxito dentro del grupo familiar y cultural; factores desencadenantes, los cuales precipitan el apareamiento de la enfermedad en un momento determinado; y factores de mantención, que perpetúan la enfermedad a través del tiempo.

A continuación se presentan tablas de distinción entre los factores de riesgo, según Morandé (1999), Chinchilla (1995) y Toro y Vilardell (1987, cit en Belloch y cols., 1995), citados por González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas en la Revista de Psicología de la Universidad de Chile (2001).

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*
<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición genética - Obesidad premórbida - Enfermedad crónica infantil - Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil - Familia muy sensible a las apariencias - Perfeccionismo - Aceptación de normas sociales - Aparente autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposición genética - Sexo femenino - Clase media alta - Dependencia parental - Identidad personal incompleta - Disminución de la actividad sexual - Dificultad para ser independiente - Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto - Períodos de negativismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos - Etapa adolescente - Sexo femenino - Trastorno afectivo - Introversión / inestabilidad - Obesidad - Nivel social medio / alto - Familiares con trastorno afectivo - Familiares con adicciones - Familiares con trastorno de la ingesta - Obesidad materna - Valores estéticos dominantes

* Toro y Vilardell, 1987, citados en Belloch y cols., 1995

TABLA 1: Factores de riesgo predisponentes de trastornos alimentarios

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*
<ul style="list-style-type: none"> - Ayuno o dieta adelgazante - Vómitos autoinducidos - Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso - Ejercicio físico excesivo - Enfermedad física con baja de peso - Subida significativa de peso - Malestar o insatisfacción emocional - Pérdida amorosa - Ruptura con amigos - Cambio de ciclo escolar o colegio - Agresión física o sexual - Separación de la familia - Conflictos de los padres - Enfermedad o muerte de familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones neuroendocrinas - Mediadores en conflictos familiares - Familia sobreprotectora - Matrimonio - Muerte de padre - Dieta 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios corporales - Separación y pérdidas - Rupturas conyugales del padre - Contactos sexuales - Incrementos rápidos de peso - Críticas sobre el cuerpo - Enfermedad adelgazante - Traumatismo desfigurador - Incremento de la actividad física - Acontecimientos vitales

* Toro y Vilardell, 1987, citados en Belloch y cols., 1995

TABLA 2: Factores de riesgo desencadenantes de trastornos alimentarios

Morandé (1999)	Chinchilla (1995)	Toro y Vilardell (1987)*
<ul style="list-style-type: none"> - Ayuno o dieta adelgazante - Ayuno - desnutrición - Vómito como purgación - Uso masivo de laxantes - Ejercicio físico compulsivo - Pérdida sostenida de peso - Digestiones lentas - Desaparición del hambre - Ausencia o negación de fatiga - Estudios o trabajo compulsivo - Terror a subir de peso - Obsesión de adelgazar - Disociación mental - Distorsión de la imagen corporal - Negación de enfermedad - Interacción familiar ante enfermedad - Aislamiento social - Consumo de drogas - Omnipotencia - Refuerzo social por bajas de peso - Ambivalencia ante trastorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones hormonales - Autoexigencia profesional - Responsables y vigilantes de obligaciones - Dificultad para expresar con palabras afectos y emociones - Influencias externas en actitudes hacia la comida - Reducción de carbohidratos y grasas - Hiperactividad - Pensamientos recurrentes hacia la comida - Amplios cambios de humor 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios corporales - Consecuencias de la inanición - Interacción familiar - Aislamiento social - Cogniciones anoréxicas - Actividad física excesiva

* Toro y Vilardell, 1987, citados en Belloch y cols., 1995

TABLA 3: Factores de riesgo mantenedores de trastornos alimentarios

Según De Vega (2000), los factores de riesgo también pueden ser diferenciados de acuerdo a la índole biológica, sociocultural y psicológica:

Los *factores biológicos* son de índole genética, en lo que se refiere a estudios con gemelos y de agregación familiar. Si hay una mayor concordancia en gemelos y hay una mayor frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria entre los miembros de la familia

de pacientes con dichos trastornos, existirá una mayor vulnerabilidad para padecer un trastorno del hábito del comer. Como dice Toro (1995): *se plantea así la existencia de una posible predisposición o vulnerabilidad genética, aunque se desconoce su concreción. Pudiera tratarse de una disposición a la inestabilidad emocional o a la ansiedad, a un escaso control de los impulsos o a posibles combinaciones de estos factores, todo ello mediatizado por la acción neurotransmisora* (Toro, J., 1995; cit en De Vega, J., 2000).

También considerados como factores biológicos están las características somáticas, perinatales, traumatismos, convulsiones, exposición al alcohol, edad madura de la madre, bajo peso al nacer, sexo - pertenecer al sexo femenino es un factor de vulnerabilidad, ya sea por influencias hormonales o por factores socioculturales relacionados con el papel sexual, edad, etc. También se encuentran dentro de estos factores los metabólicos, endocrinos y bioquímicos (Lázaro y Toro, 1999; cit en De Vega, J., 2000).

Entre los *factores socioculturales* se encuentra la predisposición familiar, interacciones padres-hijos, tipo de funcionamiento familiar, mayor o menor conflictividad familiar, etc. Estos factores pueden predisponer la aparición de una patología alimentaria o pueden influir sobre determinados momentos del desarrollo de la persona, que puede ser más sobre un sexo que otro, así como las actividades, profesiones, etc.

La cultura de la delgadez es un factor importante a ser considerado en los últimos tiempos, principalmente en la cultura occidental. El deseo de delgadez como factor de vulnerabilidad puede ser el principal entre los factores socioculturales, así como el estigma relacionado a la obesidad, que también se ha considerado factor de riesgo para los trastornos alimentarios. Según Toro (1995), dentro de los deportes femeninos son actividades de riesgo la gimnasia, el patinaje, natación, atletismo y la de cheersleader o

porrista. Entre los masculinos figuran algunas formas de lucha, boxeo, halterofilia, carreras de caballos (jockey), etc. Otras actividades con mayor riesgo son la danza, en todas sus modalidades, y la profesión de modelo de pasarela (Toro, J., 1995; cit en De Vega, J., 2000).

Dentro de los *factores psicológicos* están los factores psicopatológicos previos, como la depresión, la ansiedad, trastornos de personalidad, factores cognitivos, emocionales y ciertos factores estresantes que se presentan a lo largo de la vida. Pueden existir vivencias traumáticas, como catástrofes naturales u otras, que den lugar a ciertos cambios en la personalidad, los que podrían favorecer a la aparición de los trastornos alimentarios.

Dentro de los traumas de gran intensidad se pueden considerar los abusos sexuales que, según varios autores, se encuentran con cierta frecuencia entre los antecedentes de los pacientes con estas patologías (De Vega, J., 2000). Oppenheimer et al. (1985) sugieren que el abuso sexual tiene como consecuencia una repugnancia hacia la feminidad y la sexualidad. Esta repugnancia podría expresarse en relación con la imagen corporal, conduciendo a la anorexia (Oppenheimer et al., 1985; cit en De Vega, J., 2000).

Aún refiriéndose a los factores de riesgo, existe un modelo de interacción de factores en la aparición de los trastornos alimentarios, propuesto por Smolak y Levine (1992), en el cual defienden una continuidad parcial entre lo que ellos denominan dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario propiamente dicho. Según este modelo, la aparición de alguna de estas modalidades podría depender de la interacción de diversos factores, como las influencias familiares, de amigos y particularidades personales (Raich, R., 2001).

Un elevado perfeccionismo y la imperiosa necesidad de aprobación social es lo que Smolak y Levine (1992) llaman “complejo de superwoman”, considerándolo como determinante en la eclosión del trastorno alimentario (Raich, R., 2001) (ver apéndice 2: Esquema del Modelo de Smolak y Levine, 1992).

La presente investigación se centrará particularmente en el estudio de tres factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario: la valoración sociocultural de la delgadez, los roles genéricos que adquieren las adolescentes, la influencia de los mensajes mediáticos televisivos en ellas, y la relación entre dichos factores.

2.1.1 Valoración Sociocultural de la Delgadez: En la antigüedad la belleza estaba asociada a lo masculino y no precisamente a lo femenino. El cuerpo bello y admirado era el del hombre joven. La admiración por la belleza femenina es una creación del siglo XVI. *Históricamente estamos en ese momento en el Renacimiento. Y bien, como se renace a una cultura antigua, en lugar de la figura de la virgen como la mujer idealizada, o de las diosas, se toma el cuerpo de la mujer y se lo valoriza* (Branda, C., 2002). Esta admiración por el cuerpo femenino respondía a distintos tipos de mujer ideal, como por ejemplo, en la Edad Media, aunque el ideal de mujer era la virgen, la corpulencia femenina era considerada un símbolo de fertilidad; en el siglo XVII se valorizaban las nalgas y los pechos de la mujer, ya que representaban la maternidad. Sin embargo, con el paso del tiempo la imagen del cuerpo fue sufriendo importantes modificaciones, de modo que el cuerpo delgado fue sustituyendo al redondeado como modelo a seguir; produciéndose un cambio en los cánones de belleza femenina imperantes en los países occidentales. Sólo en el siglo XX aquellos símbolos vigentes en épocas anteriores

comienzan a desdibujarse para comenzar a valorarse y exaltarse la delgadez femenina (Raimbault, Ginette, Eliacheff, Caroline, ob; cit. en Branda, C., 2002).

El modelo de mujer delgada se ha ido desplazando en el tiempo y en el espacio siguiendo el ritmo del desarrollo económico. Va de los países más desarrollados a los menos desarrollados. Aparece primero en las jóvenes de clase alta, para pasar posteriormente al gran público, difundidos por los medios de comunicación masiva.

La cultura occidental contemporánea le ha entregado mayor relevancia a la apariencia física y ha diseñado un amplio abanico de prácticas y representaciones que necesariamente implican un grado mayor de manipulación del cuerpo. Los valores son más apreciados, tanto por hombres como mujeres, son la belleza, el tener un cuerpo delgado y vigoroso, la autonomía, el autocontrol, la juventud, el poder económico, entre otros. Alcanzar el modelo de cuerpo delgado y competitivo y estos valores implica un incesante trabajo. *Este cuerpo se adquiere, no es un don de la biología. La mujer debe ser atlética porque éste es el símbolo de la competitividad. Su musculatura debe mostrar su capacidad agresiva, debe mostrarse masculinizada para alcanzar posiciones en el campo laboral aún a costa de sus caracteres biológicos ligados a la maternidad, función que, por otra parte le es exigida con la misma intensidad* (Saslavsky, L.; cit en Branda, C., 2002).

Es importante destacar, que estos ideales estéticos, además de formar parte del inconsciente colectivo como parámetro de lo socialmente deseable y aceptable, se han constituido en parámetro de lo que es moralmente correcto. Entonces, un cuerpo al cual se entrega una serie de cuidados y preocupaciones simbolizaría una actitud racional por parte de la persona, un alto grado de autoestima, una gran capacidad de autodominio. Se presupone que quien es capaz de gobernarse a sí mismo, ejercerá las mismas acciones y

poseerá las mismas aptitudes en la esfera de sus relaciones interpersonales, vinculadas a su campo laboral, profesional, afectivo, familiar, etc. (Branda, C., 2002).

En el siglo XX, además, se consolida la noción de que se “es” en virtud del propio cuerpo. El cuerpo se presenta como identidad personal, la identidad sería equivalente a cuerpo, por lo tanto, la apariencia física pasa a ser la medida de valor del individuo en su totalidad. Según el profesor Soldevilla, este proyecto de identidad se materializa en la construcción de un cuerpo joven, sexualmente atractivo, que se modela con dietas, ropas ajustadas al cuerpo, ejercicios físicos, cirugía estética, entre otras prácticas (Cisneros Britto, P., 2001).

2.1.1.1 Influencia de la Valoración Sociocultural en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: La implantación y difusión de un nuevo modelo corporal a partir de los años 60, en el que se promueve la delgadez como sinónimo de éxito, belleza y bienestar, va de la mano con los trastornos de conducta alimentaria, ello debido a que este cambio en los ideales de belleza lleva consigo un cambio en las dietas y hábitos de ejercitación física; además de un cambio en la propia percepción de sí mismo y un aumento en la autoexigencia. Debido al importante número de mujeres que han desarrollado este tipo de trastornos se vuelve importante pensar en la relación existente entre los cambios sociales y culturales y la rigurosidad de los mecanismos de control ponderal (Prince, R; cit. Behar, R.).

En la cultura actual las diversas formas de cambiar el cuerpo, como cirugías plásticas, cosméticos, ejercicios físicos y dietas, persiguen la finalidad de adaptarse a los modelos estéticos imperantes. El alcanzar la delgadez, en mujeres con patología alimentaria, aumenta en ellas la confianza en sus capacidades, su autoestima, sintiéndose poseedoras de

un control total sobre sus cuerpos y vidas. Así, ser portador de un cuerpo delgado, joven y vigoroso, sobre el cual se ejerce cierto tipo de control, no sólo implica alcanzar los deseados cánones estéticos, sino que satisface la imperiosa necesidad de los individuos de formar parte de un mercado de consumo cada vez más competitivo. La gran amenaza es la posibilidad de quedar fuera de una sociedad, en la cual no se tiene existencia si no se responde a los códigos imperantes (Branda, C., 2002).

En las mujeres que pasan de ser púberes a adolescentes y de ser adolescentes a adultas jóvenes, se manifiesta un gran preocupación por la apariencia física, la silueta corporal y el mantenerse delgadas, lo que conlleva en muchas ocasiones a una restricción alimentaria con la finalidad de disminuir el peso corporal. Además, las adolescentes experimentan una creciente ansiedad relacionada con la sexualidad, en el sentido de sentirse apreciadas por el sexo opuesto, y con los cambios sexuales secundarios que se viven en estos períodos vitales, principalmente el aumento de peso a expensas del tejido adiposo. El hacer dieta y su consecuente incursión en un potencial trastorno del hábito del comer, se encuentra potenciada por el estado de confusión muy común en los adolescentes, además de presentar un vago concepto de sí mismos, de su identidad y de su cuerpo. Las adolescentes están sujetas a numerosas transformaciones físicas y psíquicas y por esto se encuentran más vulnerables. Pero en un entorno social donde los valores que representan su identidad sexual tradicional están obsoletos, no es de extrañar que sucumba a la propuesta de ser la mujer que los medios de comunicación difunden, asociada a libertad y modernidad.(Branda, C.; 2002).

Los valores estéticos de las jóvenes que presentan algún tipo de trastorno alimentario se corresponden con una concepción distinta de mujer, concepto o figura artificialmente

construida, que se opone a su realidad y que, incluso, puede contraponerse al mundo del adulto. Ya está demostrada la crisis del modelo de ama de casa, asociado a la maternidad y sus redondeles, y que las jóvenes contemporáneas no están interesadas en seguir. La masiva incorporación de la mujer a la mayoría de los campos de estudio y laborales y su mayor preparación respecto a sus antecesoras, ha hecho caducar el modelo tradicional de mujer y ha generado nuevas expectativas en ellas. De hecho el perfil psicológico de estas adolescentes coincide con el de una joven estudiosa y perfeccionista (Cisneros Britto, P., 2001).

Según Behar (1996) existirían dos transformaciones sociales básicas que se asocian de manera fundamental a los trastornos de la conducta alimentaria: la actitud sociocultural hacia el alimento y las expectativas respecto a los roles genéricos.

En ese sentido, la expansión de la cultura occidental a partir de la Segunda Guerra Mundial ha desarrollado variadas y extraordinarias innovaciones tecnológicas y comerciales, diversificando así el abanico de productos alimentarios, cada vez más diversos, elaborados y sometidos a técnicas de conservación que reducen o acentúan sus sabores y texturas. Ante esta diversidad de alimentos los consumidores modernos tendrían menos control individual sobre la comida que en épocas anteriores, ya que sus preferencias serían el resultado del imperante sistema socio-económico, donde el apetito, el comer y el gusto adquieren gran complejidad. Día a día, los consumidores se enfrentan a una abundante oferta de alimentos, lo que conlleva una lucha individual en torno a la ingesta de comida, debido al rechazo de nuestra sociedad hacia la obesidad (Behar, R., 1996).

A partir de la segunda mitad de la década de los 60 surge paulatinamente la necesidad de restringir el apetito y el consumo de alimentos, debido a la presencia simultánea de dos

mensajes contradictorios: por una parte, la inundación de alicientes para consumir y, por otra, una magnitud similar de mensajes para no hacerlo; lo que pasó a convertirse en una situación álgida (Jacobs, J; cit. en Behar, R., 1996).

En general, existe un fuerte acuerdo entre los especialistas en considerar que el actual modelo cultural y la estética corporal que promociona, la cual promueve la delgadez como atributo de belleza, operaría como factor disparador de los trastornos de la conducta alimentaria con mucha más fuerza que antes. Claro que la presión sociocultural puede considerarse como un factor disparador, pero jamás como única variable, en la medida que en el sujeto operen concomitantemente factores predisponentes relacionados con el aspecto psicobiológico, familiar e interpersonal, como también factores protectores como la seguridad y aceptación de sí mismo (Branda, C.; 2002).

2.1.2 Antecedentes de los Esquemas de Género: La palabra género fue rescatada en la psicología en la década de los 50, en el momento en que John Money (1955) propuso el término “papel de género” para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y a las mujeres, es decir, características masculinas y femeninas, respectivamente. (Aguilar, M., Silva, M., 2001).

Sandra Bem, en 1978, planteó que la “identidad de sexo” estaba basada tradicionalmente en tres componentes: la preferencia sexual, que para ella no integra la definición de una persona; la identidad de género y la identidad sexual. De esto se desprende que la identidad de género se sustenta en el sexo asignado a cada individuo, ya sea hombre o mujer, pero no necesariamente significa que coincida con el sexo biológico.

Estudios anteriores a este año relacionados con la identidad de sexo clasificaban a las personas solamente como masculinos o femeninos. En 1974, Bem propone y desarrolla el concepto de androginia como alternativa a los tradicionales estudios de la masculinidad y feminidad que provocaban una simplificación exagerada de las personas y acentuaban artificialmente las diferencias entre los géneros.

La androginia se concibió como la fusión entre las características femeninas y masculinas, siendo una misma persona portadora de ambos tipos de características, lo que hasta entonces no había sido posible ya que ambas dimensiones se contemplaban como opuestas y mutuamente excluyentes.

Según la teoría de Bem, durante el proceso de identidad de los seres humanos, algunos sujetos asumen cognitivamente que hay una tipificación social en función del género y construyen un esquema o “lente cognitiva”, con el cual computan la realidad social externa referida a los estereotipos de género, masculino o femenino, a la vez que les sirven para dirigir su propio comportamiento. Estas personas representarían a los masculinos o femeninos o “esquemáticos”. Otros sujetos consideran que no es necesario un esquema cognitivo particular para asimilar la realidad de género, dada la baja relevancia práctica del mismo, por lo que los esquemas generales de comprensión de la realidad serían suficientes para alcanzar una adecuada identidad. Estos últimos sujetos representarían a los andróginos o “no esquemáticos” (Fernández, 1998; cit en Aguilar, M., Silva, M.; 2001).

A partir de su teoría de esquema de género y sus investigaciones sobre la personalidad andrógina, pone de relieve cómo quienes tienen un esquema de género rígido (masculino o femenino) perciben, sienten, piensan y actúan en dependencia de él y quienes,

por el contrario, han llegado a trascender los roles típicamente asignados (andróginos) perciben, sienten, piensan y actúan en libertad.

Esta autora elaboro su teoría de esquema de género luego de publicar a principio de la década de los 70 el IRSB, Inventario de Roles Sexuales de Bem como el primer instrumento orientado a medir la masculinidad y feminidad como dimensiones independientes. Este cuestionario mide las respuestas de las personas en función de la posesión autopercibida de atributos expresivos e instrumentales positivos que se consideran deseables para mujeres y hombres, respectivamente.

En un principio este instrumento clasificaba a los sujetos como masculinos femeninos y andróginos de acuerdo a sus puntuaciones en la escala femenina y masculina, pero luego de posteriores estudios llevados a cabo con este instrumento y una reformulación en cuanto al criterio de puntuación se puso una nueva clasificación basada en una cuádruple tipología de esquemas de género que clasifica a los individuos en masculinos, femeninos, andróginos e indiferenciados.

2.1.2.1 Características de los Roles de Género: Una de las ideas centrales al hablar de género, desde la perspectiva descriptiva, es que las formas de sentir, pensar y actuar de ambos géneros - masculino y femenino -, más que tener una base biológica e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a hombres y mujeres. El género sería la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres. El género se construye históricamente, dentro de las esferas macro y microsociales, como el Estado, el colegio y la familia (Bustos, 1994; cit en Aguilar, M., Silva, M., 2001).

Dentro de la categoría de género se articulan 3 instancias:

- La asignación, atribución o rotulación de género, es decir, la que se hace según los genitales que tenga cada persona. La rotulación sería macho o hembra, u hombre o mujer.

- Identidad de género, es la confluencia de factores biológicos y psicológicos, que se establece entre los 2 y 3 años y es anterior a la diferencia anatómica entre los sexos, es decir, el sentirse o identificarse como hombre o mujer.

- Rol de género, que sería el conjunto de prescripciones y proscipciones para una conducta dada, así como las expectativas acerca de cuales son las conductas apropiadas para cada persona, según su sexo específico (Bustos, 1994; cit. en Aguilar, M., Silva, M., 2001).

Los roles de género se refieren a definiciones sociales o creencias acerca del modo de ser hombres y ser mujeres y la diferencia entre ellos en una sociedad dada y que funcionan como mecanismos cognitivos y perceptivos por lo que la diferenciación biológica pasa a ser una diferenciación social, que delimita los contenidos de feminidad y masculinidad (Bonilla, 1998; cit. en Aguilar, M., Silva, M., 2001). Se crean normas y prescripciones sociales y estereotipos sexuales, donde las personas interiorizan estos estereotipos masculinos y femeninos y desarrollan una identidad sexual biológica y genérica. Se trata a las personas del mismo sexo como si fueran equivalentes o iguales entre sí y diferentes del otro sexo (Raguz, 1995; cit. en Aguilar, M., Silva, M., 2001).

Tradicionalmente, el rol femenino se asocia con conductas y actitudes de cuidado maternal, ligándose al rol reproductivo, cálido y expresivo. Por feminidad se entiende que la mujer debe ser tierna, cálida, amar a los niños, sensible, comprensiva, flexible, compasiva, sumisa leal, suave u dedicada a los demás. El rol masculino, tradicionalmente

se ha asociado con el rol reproductivo, de proveedor económico y el rol instrumental, de mediador entre la familia y el mundo social. A diferencia de lo que ocurre con las mujeres, aquí no existe la creencia de “instinto paternal” (Raguz, 1995; cit. en Aguilar, M., Silva, M.; 2001).

De los hombres se espera que sean fuertes, seguros de sí mismos e inteligentes, mientras que de las mujeres, que sean maternales, dóciles, aunque también inteligentes y, por supuesto, bellas y delgadas. Rausch Herscovici *afirma que la paradoja de la mujer de nuestra era es que a pesar de haber adquirido mayor independencia económica, educación y autonomía como nunca antes en la historia de la humanidad, se siente aun insegura frente a su propio cuerpo y se somete sin vacilar a este mandato cultural absurdo* (Branda, C., 2002).

Sandra Bem (1972) señala que una personalidad más equilibrada y completa es aquella más andrógina (*andro* = hombre, *gyn* = mujer), es decir, la que surge de la unión de algunos rasgos masculinos y de otros propiamente femeninos, los cuales se suavizarían mutuamente obteniendo de este modo un funcionamiento más efectivo y saludable, ya que no considera la feminidad y la masculinidad como polos opuestos de un continuum, sino como dos dimensiones independientes. Entonces, si en el Inventario de Roles de Género un individuo presenta elevados puntajes en las características masculinas, no necesariamente presenta a su vez una puntuación baja en los rasgos femeninos. La persona andrógina posee altos puntajes tanto en los rasgos femeninos como masculinos. Individuos con rasgos andróginos son quienes presentan conductas tanto masculinas como femeninas y su conducta sobrepasaría los estereotipos de roles de género impuestos socialmente (Bustos, 1995; cit. en Aguilar, M., Silva, M.; 2001). Estas personas pueden ser agresivas o

condescendientes, fuertes o dóciles, sensibles o asertivas, según la situación lo requiera. Es decir, se adapta de mejor manera, actúan de modo efectivo frente a una situación dada, sin importar si la conducta es masculina o femenina; las mujeres con estas características andróginas son más asertivas que las mujeres con rasgos femeninos y los hombres andróginos son más apoyadores que los hombres masculinos. Las personas andróginas eligen dentro un amplio abanico de comportamientos, pueden adaptar sus conductas, según sus necesidades y las demandas que implica la situación. Sandra Bem señala que estos individuos se sienten más libres, adaptados y emocionalmente saludables que aquellos que restringen su conducta a los roles sexuales tradicionales (Bem, S.; cit. en Behar et al, 2002).

El autoconcepto de las personas andróginas no excluye ni la masculinidad ni la feminidad, son sensibles a las demandas situacionales y son capaces de comprometerse en comportamientos que son efectivos para la situación, sin preocuparse por el estereotipo como apropiado para un sexo o para otro (Aguilar, M., Silva, M.; 2001). El autoconcepto de androginia según Heilbrum y Pitman (1979) desde el punto de vista de la teoría de Bem presenta tres supuestos:

- La androginia permite el mayor grado de flexibilidad en los comportamientos típicos del género.
- Este mayor grado de flexibilidad lleva al individuo a tener un comportamiento más adaptado
- Estas dos cuestiones son asumidas para los dos sexo por igual (Sebastián, 1998; cit. en Aguilar, M., Silva, M.; 2001).

Según numerosas y diversas investigaciones, las personas andróginas presentan mayor flexibilidad conductual y mayor autoestima, así como mejor adaptación y ajuste

personal, que aquellas personas orientadas a su estereotipo de rol de género. El modelo andrógino, propuesto por Bem (1974,1975), Spence y Helmreich (1975,1978), Gilbert (1981), Kaplan (1976) y Nickerson (1977), entre otros investigadores, señala que las personas andróginas tienen un mayor nivel de autoestima. Por otra parte, el modelo masculino plantea que no es la integración de las características masculinas y femeninas lo que está relacionado con una alta autoestima, sino sólo los rasgos masculinos que tiene la persona andrógina. Desde esta perspectiva, la masculinidad es la que más contribuye a un mayor grado de autoestima. En consecuencia, serían los individuos masculinos, y no los andróginos, quienes presentarían una mayor adaptación psicosocial (Carrasco, M., García-Mina, A., Martínez, M., 2001).

Hasta ahora no existe una definición clara y precisa acerca de las características de los roles indiferenciados, sólo que los individuos son clasificados como indiferenciados cuando sus puntajes en la escala de masculinidad y feminidad están por debajo de la mediana o punto de corte establecido.

2.1.2.1 Roles de Género y Trastornos Alimentarios: Desde los años 60, la mujer occidental ha ido abandonando paulatinamente la vida doméstica/familiar, incorporándose rápidamente en el mundo laboral/social, estimulada por la aparición del Movimiento de Liberación Femenina en USA, en el cual no sólo debe ser competente, sino que debe presentar valores como la belleza, independencia, éxito profesional y social, lo cual está asociado directamente a la delgadez (Behar, 2002).

Diversos enfoques feministas tienen en común que consideran al género como una variable central pertinente para el entendimiento de la conducta humana, tienen una postura positiva respecto de las mujeres, adoptan un enfoque contextual, valoran un amplio

espectro de métodos de investigación y tienen en cuenta la influencia de las investigaciones en el cambio social (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W.; 2000).

La perspectiva feminista, en relación a los trastornos alimentarios, se centra en cuestiones vinculadas con la igualdad social y el modo en que las diferencias de poder entre los hombres y las mujeres pueden favorecer el desarrollo de dichas patologías. Por una parte, ofrece una comprensión de estas patologías criticando las normas o valores socioculturales que crean el contexto en que se dan dichos trastornos, como por ejemplo, como la influencia de los mensajes publicitarios al mostrar mujeres sumamente delgadas “exitosas” entre el sexo opuesto. Por otra parte, introduce la idea de que la prevención debería incluir la posibilidad de resistir en forma activa y expresar la disconformidad contra las fuentes posibles del problema, por ejemplo, a través del lanzamiento de una campaña anti-dieta al interior de los colegios (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W.; 2000).

Las terapeutas feministas intentan demostrar que los desórdenes alimentarios son una consecuencia inevitable de una sociedad que devalúa la experiencia y los valores de la mujer, objetivando sus cuerpos y desacreditando amplias áreas de logros femeninos pasados y presentes (Rewal, V., Kapur V.; cit en Behar et al, 2001). Consideran a los trastornos alimentarios como un medio para sobrellevar dificultades, para lo cual proponen métodos alternativos más saludables para superar estas dificultades; examinan los sistemas sociales en que viven las niñas y requieren que el sistema se modifique de un modo tal que brinde apoyo a la salud de cada una (Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C.; cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W.; 2000).

Beren y Chrisler proponen que el tratamiento más apropiado para la anorexia nerviosa y la bulimia debería incluir una terapia feminista, que realce las influencias socioculturales que plasman los trastornos del hábito del comer y que reconozca la importancia de la autoestima, el autocontrol y la fortaleza de estas pacientes (Beren, S., Chrisler, J.; 1990).

Para esta perspectiva, los roles de género asumidos individual y socialmente son considerados como un factor importante en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que proporcionan una de las vías determinantes para el análisis del contexto sociocultural que subyace como trasfondo a estas patologías.

Basow, Deux y Major sugieren que las características de género reflejan estereotipos adquiridos por el aprendizaje de roles en relación a creencias y conductas típicamente atribuidas al sexo masculino o femenino. Numerosos autores han encontrado evidencias que vinculan los rasgos de género a las patologías alimentarias, específicamente, a la insatisfacción corporal (Deux K, Major, B.; cit en Behar et al, 2003).

Aproximadamente entre el 90 y 95% de los pacientes con trastornos alimentarios son mujeres adolescentes y adultas jóvenes, período del ciclo vital en el que la identidad y confianza en sí misma es muy importante en el desarrollo del género (Behar, R.; cit en Behar et al, 2001) (Cantrell, P.J., Ellis, J.B.; cit en Behar et al, 2001). Respecto a este predominio de las mujeres sobre los hombres, se cree que el mismo se asocia con aspectos psicosocioculturales del género, a las distintas valoraciones sociales que se le dan a los distintos sexos y debido a las prescripciones que cada uno debe cumplir (Branda, C., 2002).

Además, se han encontrado diferencias respecto al esquema corporal de cada género, las que podrían influir en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en la mujer. El cuerpo ideal del hombre se ajusta a un modelo de máximo desarrollo corporal,

presentando un importante volumen muscular, exhibiendo mayor fuerza y una cierta superioridad frente a la mujer. El modelo corporal ideal que persigue la mujer, sería más bien tubular, delgado, grácil y con una buena tonicidad muscular (Branda, C., 2002).

En relación a la conducta alimentaria, existe una diferencia genérica entre hombres y mujeres consistentemente demostrable, que emerge en la educación secundaria y posiblemente también en la enseñanza básica en los hábitos alimentarios, tanto en el comer compulsivo, como en la dieta y el grado de insatisfacción corporal agregado (Smolak, L., Levine, M.; cit. en Behar et al, 2002). Por ejemplo, el acto de comer no es apreciado socialmente de la misma manera en hombres que en mujeres. Comer en cantidades abundantes es, en el caso de los hombres, un comportamiento asociado a su masculinidad, su fuerza, su resistencia y su poder. Es un acto aceptado y exhibido sin grandes reparos. Opuestamente a esto, para las mujeres el comer en abundancia, con voracidad, suele ser considerado impropio, causando, en muchas ocasiones, un sentimiento de profunda vergüenza y culpa en ellas, y en quien lo observa, un sentimiento de reprobación (Branda, C., 2002).

Varios autores han sugerido que la orientación del rol de género y, específicamente, la socialización relacionada con la identidad de género femenina, sitúa a la mujer en riesgo para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, especialmente durante la adolescencia y la adultez joven. Especialistas en el tema aseguran que existe una relación entre la condición de feminidad, como una orientación específica de rol sexual, y los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia y bulimia nerviosas (Lancelot, C., Kaslow, J.; cit en Behar et al, 2001). En una investigación realizada por Szymanski et al, las mujeres catalogadas como femeninas en el inventario de Bem,

obtuvieron puntajes bastante más elevados en la subescala Bulimia del Inventario de Trastornos Alimentarios (Szymanski, L., Chrisler, J.; cit en Behar et al, 2001). A su vez, Brown et al utilizando para su investigación una escala de actitudes hacia las mujeres, la escala de Ideología del Rol Sexual y el cuestionario de Atributos Personales, determinaron que un grupo de jóvenes estudiantes bulímicas tendían a ser más tradicionalmente femeninas en su identidad e ideología ligadas al rol genérico que sus pares que no padecían de dicha patología (Brown, J., Cross, H., Nelson, J.; cit en Behar et al, 2001). Por tanto, según los investigadores, el perfil de rol de género femenino en la mujer que padece algún tipo de trastorno alimentario surgiría como eminentemente dependiente, inmaduro, complaciente, con una necesidad de aceptación por los demás que conlleva una baja autovalía, escasa autoestima y una dificultad en la adquisición de la identidad genérica, es decir, buscarían cumplir expectativas sociales más que las propias. En este contexto, las potenciales pacientes anorécticas y/o bulímicas se encontrarían particularmente susceptibles a los estereotipos sociales y culturales, que en su mayoría son difundidos por los medios de comunicación, que otorgan gran relevancia a la apariencia corporal esbelta, la que a su vez es sinónimo de belleza, atractivo sexual, éxito en diversos ámbitos, e inteligencia, y, por ende, al logro de ciertas ambiciones y de la felicidad (Behar, R.; cit en Behar et al, 2001) (Cantrell, P.J., Ellis, J.B.; cit en Behar et al, 2001).

Behar et al (2002) en una investigación realizada en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria versus un grupo control de estudiantes universitarias sin esta patología, confirmaron empíricamente las evidencias arrojadas por la literatura especializada y las observaciones clínicas que relacionan la feminidad como el principal rasgo genérico en pacientes que presentan patologías alimentarias, en contraste con la

androginia mostrada por el grupo control, la cual resultó relacionada con una mejor adaptabilidad y flexibilidad para afrontar diversos tipos de situaciones (Behar, R., de la Barrera, M., Michelotti, J.; cit. en Behar et al, 2002).

En un segundo estudio realizado por Behar (2003) a jóvenes de ambos sexo, con y sin patología alimentaria, se encontró que mientras más femenina fue la identificación de los participantes, tanto hombres como mujeres, mayor era la posibilidad de obtener puntajes altos en el EAT-40, de presentar una mayor motivación por adquirir una figura corporal delgada - el índice de mayor sensibilidad y especificidad para predecir un trastorno de este tipo -, y una mayor insatisfacción corporal, rasgo característico de las pacientes con trastornos del hábito del comer, lo que podría implicar el riesgo para el desarrollo manifiesto o latente de una afección alimentaria. Esto hace pensar en la feminidad como factor predisponente para un trastorno en el hábito del comer (Behar y cols., 2003).

Por otra parte, algunos investigadores han establecido que entre las pruebas que evalúan estos trastornos, el EAT-40 (Test de Actitudes Alimentarias), tradicionalmente arroja puntajes más bajos en hombres en comparación con las mujeres. Los hombres generalmente obtienen puntajes inferiores en todos los ítems que directamente reflejan motivación por la delgadez o distorsión de la imagen corporal. Por lo que estos autores sugieren que estas disparidades podrían deberse a la influencia de factores sociales y culturales (Drewnowski, A., Yee, D.; Edwin, D., Andersen, A.; cit. en Behar et al, 2002).

En otras investigaciones realizadas con hombres y mujeres, se encontraron diferencias significativas de género respecto a la percepción del peso actual corporal como porcentaje de una norma de referencia para la edad y la altura. De acuerdo a estos estudios, las mujeres adultas se consideran a sí mismas delgadas en menos de un 87% del peso

saludable. Sin embargo, los hombres se califican a sí mismos delgados hasta 105% de una norma de referencia ponderal. La autopercepción de estar con sobrepeso es, por lo tanto, altamente dependiente del género. Además, las adolescentes y mujeres jóvenes parecen estar más dedicadas a lograr el ideal de delgadez por encima de cualquier norma religiosa, moral o social, mientras que la mayoría de los hombres no demuestran una preocupación así con la imagen corporal (Drewnowski, A., Yee, D.; cit. en Behar et al, 2002) (Andersen, A.; cit. en Behar et al, 2002).

Un amplio estudio en Estados Unidos que incluyó a jóvenes de educación secundaria y a adultos reveló que, entre estos últimos, el 38% de las mujeres y 24% de los hombres estaban intentando por diversos medios bajar de peso (Serdula, M., Collins, E., Williamson, D., Anda, R., Pamuk, E., Byers T.; cit. en Behar et al, 2002). El ideal cultural de la figura corporal masculina versus la femenina continúa favoreciendo a las mujeres esbeltas y atléticas en contraste con los hombres musculosos y de torso triangular (Rosen, J., Gross, J.; cit. en Behar et al, 2002). En general, los hombres parecen sentirse más cómodos con su peso y percibir menos presiones socioculturales para estar delgados que las mujeres. Al respecto, otra investigación concluyó que sólo un 41% de los hombres estaban insatisfechos con su peso corporal en comparación a un 55% de las mujeres. Inclusive, al 77% de los hombres con bajo peso corporal les gustaba su apariencia en oposición al 83% de las mujeres con bajo peso (Cash, T., Winstead, B., Janda, L.; cit. en Behar et al, 2002).

Skoe señala que las mujeres que presentan cualidades andróginas e indiferenciadas poseen características que las habilitan para manejar de manera más adaptativa las diversas demandas y problemas que conllevan los roles masculinos y femeninos (Skoe, E.E.; cit en Behar et al, 2001). Bradley sugiere que la androginidad se relaciona con una mayor

autonomía, con una independencia en el pensar, actuación y autoestima. Existirían ciertos factores protectores en la mujer con rasgos de androginidad respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, como una alta autoestima, estabilidad emocional, limitada conciencia de sí misma y un interés en una sana corporalidad más que en la apariencia (Bradley, J. J.; cit. en Behar et al, 2001). Jurna y Powell demostraron que individuos andróginos manejan mejor situaciones conflictivas que sus pares con rasgos masculinos o femeninos (Jurma, W., Powell, M.; cit en Behar et al, 2001). Además, la androginidad se ha relacionado con el establecimiento y mantención de amistades estrechas, conceptos positivos de amigos y orientación comunitaria, los que también actuarían como factores protectores frente a un trastorno alimentario. Según estos estudios, podría suponerse que los rasgos típicamente femeninos serían un factor de riesgo para desarrollar una patología alimentaria (Jones, D., Bloys, N., Word, M.; cit en Behar et al, 2001).

Las características genéricas no sólo afectan a las mujeres respecto a desarrollar un trastorno alimentario, ya que el conflicto de la identidad de género o de la orientación sexual puede precipitar su aparición en hombres también (Crisp, A.; cit. en Behar et al, 2002). Fichter y Daser encontraron que los hombres con anorexia nerviosa se percibían a sí mismos, y eran vistos por los demás, como más femeninos que otros hombres, tanto en sus actitudes como en sus conductas (Fichter, M., Daser, C.; cit. en Behar et al, 2002). Herzog et al encontraron que hombres homosexuales pesaban significativamente menos que los hombres heterosexuales, tenían un peso corporal bajo y, de igual manera, deseaban un peso ideal bajo. Comparados con los hombres heterosexuales, los homosexuales estaban menos satisfechos con sus cuerpos y obtuvieron puntajes significativamente más elevados en el ítem Motivación por la delgadez del EDI (Eating Disorders Inventory) (Herzog, D.,

Bradburn, I., Newman, K.; cit. en Behar et al, 2002). Estos hallazgos también hacen reflexionar respecto a la feminidad como factor de riesgo para un trastorno alimentario, pero no se puede suponer que todos los homosexuales, y sólo ellos, puntúen alto en esta escala, ya que Whitman encontró que la proporción de hombres homosexuales en la población se estima entre un 3% a un 5% (Whitman, F.; cit. en Behar et al, 2002), mientras que el porcentaje de hombres con trastornos alimentarios es comúnmente dos o más veces mayor (Fichter, M., Daser, C.; cit. en Behar et al, 2002).

2.1.3 Influencia de los Medios de Comunicación de Masas: En la época contemporánea, la sociedad ha hecho de los medios de comunicación algo muy cercano y familiar desde el nacimiento de un individuo, considerando que un niño antes de ser lector ya es un espectador, en otras palabras, los medios de comunicación están presentes e influyen en la formación de valores, ideologías, perspectivas de género, creencias e imágenes acerca del mundo (Lemus, A., Rodríguez, C., 2004).

Los medios masivos de comunicación han ido progresivamente influyendo profundamente en las estructuras sociales de la población a través, especialmente, de la publicidad. Las costumbres y tradiciones se han modificado sustancialmente, logrando de esta forma una cultura universal, fuertemente estereotipada y opuesta a las costumbres y tradiciones culturales (Bohmann, 1989; cit en Bernard, A., Domínguez, P., 2002). El primer informe acerca de los efectos de la televisión en niños fue publicado en 1960. El Ministerio del Interior de Gran Bretaña y la UNESCO publicaron la primera bibliografía universal en 1965, sólo 20 años después que apareciera la televisión.

La televisión es considerada como uno de los medios de comunicación masivo con mayor fuerza socializadora. En comparación con otros medios de comunicación masivos, es la que ha causado mayor influencia en la población diariamente (Palmer y Dorr, 1980; cit en Bernard, A., Domínguez, P., 2002). Los niños y adolescentes son parte del numeroso público expuesto a los mensajes mediáticos televisivos y, probablemente, los más vulnerables a la información que entrega, dado el momento de su desarrollo en el cual se encuentran, donde su formación ideológica, social, cultural y valórica están incompletas (Baños, M. Carmen, 1998). Según los estudios de Erausquin, Mantilla y Vásquez (1988) serían los niños quienes ven más televisión que los adultos, condición presente desde el comienzo de sus vidas, haciéndolo en etapas donde se están desarrollando mental y físicamente, por lo tanto, estarían más vulnerables a sus mensajes (Bernard, A., Domínguez, P., 2002).

En los países industrializados, ver televisión es la tercera actividad a la que más tiempo dedican los ciudadanos adultos, las dos primeras son el trabajo y el sueño (Ferrés 1994; cit en Yañez, M; Amenazar, N. y Correa, J., 2000). La cotidianeidad y significancia de la televisión, la polivalencia de funciones que cumple en la vida de las personas, las horas de dedicación que invierten las audiencias, las características de su lenguaje y las intenciones de sus mensajes, hacen de la televisión el medio más significativo y uno de los instrumentos más importantes de difusión y manipulación de los significados y representaciones sociales (Sartori, 1998; Sánchez Noriega, 1997; Alvarez y Caballero, 1997; Colombo, 1997; Chomsky, 1996; cit en Yañez, M; Amenazar, N. y Correa, J., 2000).

Desafortunadamente, la influencia de los medios, y en especial la de la televisión, es muy importante y ante sus mensajes se encuentran importantes lagunas de información. La

influencia y modo de consumo de este medio está determinada por factores como la edad, escolarización, clase social, sexo y profesión de la audiencia (Callejo, 1995; Matilla, 1996; cit en Yañez, M; Amenazar, N. y Correa, J., 2000).

2.1.3.1 Medios de Comunicación Masivos y Teoría del Aprendizaje

Social: La influencia de los mensajes mediáticos en las personas respecto a ideales estéticos, valores, ideologías, perspectivas de género y creencias imperantes en nuestra sociedad puede explicarse según la teoría de aprendizaje social de Bandura quien, como idea central, postula que los seres humanos somos capaces de aprender diversas conductas y actitudes a través de la observación de un modelo, teoría conocida como Aprendizaje Vicario. Esta cualidad de las personas de adoptar conductas de otros a través de la observación, permitiría aumentar habilidades y conocimientos a partir de influencias recibidas; según Bandura a través de la observación deliberada o casual se producen la mayoría de las experiencias de aprendizaje resultantes de vivencias directas. Además de adquirir conductas, se obtienen diversos tipos de informaciones acerca de la cultura, de valores de creencias, etc. (Bryan y Zilman, 1996; cit. en Lemus, A., Rodríguez, C., 2004).

Uno de los aspectos más relevantes del modelado simbólico relacionado por la influencia que provocan los medios de comunicación masivos tiene que ver con la propiedad del modelado de multiplicar su efecto, es decir, un único modelo puede difundir simultáneamente nuevas formas de actuar y pensar a una gran cantidad de público en un amplio rango de espacio físico a través de un medio masivo, puesto que así lo permiten los avances tecnológicos en la comunicación, la velocidad y el espectro de la difusión social. Esto ha modificado el entorno simbólico difundiendo rápidamente nuevas ideas y prácticas

sociales a través del proceso de modelación simbólica dentro de una cultura y entre ellas (Lemus, A., Rodríguez, C., 2004).

2.1.3.2 Medios de Comunicación y Trastornos Alimentarios: Los medios masivos de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información y, paralelamente, ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.

El incremento de los trastornos alimentarios ha generado una alarma social por cuanto los especialistas han demostrado el componente social de estas enfermedades. Su carácter epidémico y su propagación a través de los medios de comunicación, y más concretamente por las imágenes, le agregan un carácter incontrolable para el sector sanitario y, por tanto, ponen en manifiesto la necesidad de intervenir con políticas sociales que regulen la transmisión de ciertos programas que puedan influir negativamente en la auto percepción de los televidentes (Cisneros Britto, P., 2001).

Muchas veces se responsabiliza a los medios de comunicación de masas, y más concretamente a los modelos de extrema delgadez que propugnan como ideal de belleza, como factores influyentes en la distorsión de la imagen corporal y el posterior desarrollo de patologías alimentarias. Este ideal de belleza representado por las top-model, mujeres cuyas proporciones, peso y estatura son una excepción estadística, provocaría una autoimagen negativa en las mujeres al compararse con ellas. La moda como fenómeno social, combinado con la publicidad, sería lo que ha modificado silenciosamente el significado de la delgadez, la que se ha convertido en símbolo de independencia, belleza y éxito profesional y social (Cisneros Britto, P., 2001).

Algunas reflexiones sobre influencia de los medios masivos de comunicación en trastornos alimentarios utilizan el concepto de "imagen corporal elástica" para explicar cómo los medios contribuyen a la representación social del cuerpo ideal ofreciendo imágenes de "mujeres idealmente atractivas" que proporcionan un patrón con el cual las mujeres establecen comparaciones. Sugieren que las adolescentes crean un cuerpo ideal internalizado al comparar su propio cuerpo con la figura ideal socialmente representada y avalada como modelo a seguir. Lo anterior resulta en una imagen corporal elástica en el sentido de que, a diferentes momentos y bajo diversas situaciones de estrés, las mujeres pueden comparar sus propios cuerpos con diversos puntos de referencia (Myers, P. N. y Bicoa, F. A., 1992; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002). El peligro surge cuando el cuerpo ideal se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez provocando mayor presión en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como menos atractivos y deseables, con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente.

Pipher (1994) también señala que los medios de comunicación influyen en la presión social existente en las jóvenes adolescentes, ya que por ese medio, ellas hacen comparaciones de sus cuerpos, con los ideales impuestos encontrando como respuesta insatisfacción y, siendo así, pueden llegar a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, ya que la cultura ha desarrollado un estándar de belleza que es prácticamente imposible alcanzar de forma saludable haciendo que, muchas veces, las jóvenes lleguen a hacer uso de medidas innaturales para alcanzar ese estándar. El autor dice que *vivimos en una cultura mediáticamente saturada y obsesionada por la apariencia* (Pipher, 1994, en Bissell, 2002; cit. en Lemus, A., Rodríguez, C., 2004).

Entre los medios de comunicación que pueden tener relevancia especial, en relación a la etiología o a la prevención de los trastornos alimentarios, están las revistas de moda, la televisión y los libros de autoayuda para adelgazar (Rice y Atkin, 1989, cit. en Noordenbos, G., Vandereycken, W.; 2000).

En la imagen televisiva lo corporal se evapora, los cuerpos reales combaten por presentar cualidad de imagen electrónica. Este es el ámbito de la “cultural light”, donde es necesario mostrarse elásticos y ligeros, debiendo perder peso a toda costa para poder cumplir dichos requisitos, negando el peso corporal, disfrazando también los signos que indican el paso del tiempo. La constitución de los trastornos alimentarios es en parte un fenómeno social, es el producto lógico de este “universo light”. Se busca presentar un cierto look: ser imagen, poseer valor de cambio, cotizarse en el mercado. Este es el deseo latente: existir como imagen seductora y alcanzar el status fascinantes de los cuerpos light de la televisión (Zocco, J., 1997).

El concepto de imagen corporal, en tanto representación física y cognitiva del cuerpo que implica actitudes de aceptación y rechazo, ha sido clave para comprender la influencia de los medios masivos de comunicación en la población (Mc Phail Fanger, E., 2002). Diversos estudios señalan que la imagen corporal está muy relacionada con la autoestima. Una imagen corporal negativa se puede vincular con los trastornos alimentarios. Se ha señalado que las imágenes y mensajes mediáticos pueden ser particularmente importantes en la producción de modificaciones en la manera de percibir y evaluar el cuerpo.

Virginia Woolf señala que *es más difícil asesinar a un fantasma que a una realidad*, lo que puede aplicarse a los medios, ya que manejan realidades virtuales que no son fácilmente detectables. La dificultad está en descifrar aquellos mensajes que relacionan la

belleza con la aceptación social, el prestigio y el éxito, al utilizar palabras e imágenes cuyos significados están ocultos, son contradictorios o confusos (Woolf, W., cit en Zocco, J., 1997).

Dentro de los mensajes emitidos por los medios de comunicación de masas, los avisos publicitarios tienen un fuerte componente de imágenes que promocionan la delgadez como sinónimo de bienestar, éxito y salud; utilizando indiscriminadamente cuerpos femeninos sumamente delgados que pueden influenciar a las televidentes a compararse con estas figuras y sentirse desvalorizadas por no tener “el cuerpo perfecto”, lo que podría provocar el inicio de un desorden alimentario.

2.1.3.2.1 La Publicidad: Desde 1980, las investigaciones de Garner y Garfinkel y su equipo sobre contribuciones biológicas, familiares y psicológicas en la aparición de trastornos alimentarios principalmente en población femenina adolescente en occidente, otorgan una gran responsabilidad a la publicidad *por su impacto potencial de establecer modelos identificadorios* (Garner, D. F. y Garfinkel, P., 1980; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

Los estilos corporales van de la mano de la moda y se promueven a través de la publicidad y de las revistas femeninas, cuyo contenido editorial se confunde y disimula frecuentemente con los anuncios.

Un estudio realizado en Estados Unidos por Myers (1995) reveló que en una muestra de 4.294 comerciales televisivos, 1 de cada 3.8 incluían mensajes sobre atractivo físico, indicando a los consumidores lo que es o no atractivo. El mismo estudio señaló que el adolescente promedio ve más de 5.260 mensajes al año que definen el ser atractivo (Myers, S. et. al., 1995; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

Otro estudio realizado por la fundación Commonwealth en 1997, informó que las principales fuentes de información sobre salud entre adolescentes son los medios de comunicación y que la adolescente promedio ve la televisión 4 horas diariamente (The Commonwealth Fund., 1997; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

Hamburg, psiquiatra e investigador de la escuela de medicina de Harvard en Estados Unidos, se refiere sobre la publicidad como normalizadora de cuerpos irreales para estimular un deseo no satisfecho que mueve hacia el consumo. Lo anterior puede apoyar el incremento exponencial de las ganancias de la industria dietética que ha generado 33 billones de dólares según datos de finales de los años 90 (Hamburg, P., 1998; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

2.1.3.2.2 Imágenes Femeninas: En general, las imágenes de mujeres idealmente atractivas y delgadez provocan sentimientos de inferioridad en la mayoría de las mujeres. Estos mensajes producen autoevaluaciones negativas hacia el propio cuerpo, sin considerar que estas mujeres idealmente atractivas que reflejan los medios son una minoría y no la población en general. Como resultado, más del 50% de las mujeres se someten a diversos tipos de dietas y más del 75% de mujeres con peso considerado normal, dicen estar gordas (Kilbourne; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

Un estudio longitudinal realizado en 1989 a 869 mujeres adolescentes australianas entre 14 y 16 años, reveló que dos tercios del total de la muestra se percibían como gordas, aunque sólo un 16% presentaba sobrepeso; un 87% deseaba parecerse a la imagen corporal promovida por los medios y 1 de cada 3 había utilizado alguna medida extrema de control de peso a lo largo del mes anterior - uso de dietas extremas (22%), ayunos (21%) y fumar (12%). Los factores que estimulaban dichas conductas, en orden de importancia, eran:

presión de grupo, presión de los medios y la creencia de que las dietas extremas eran inofensivas. Concluyeron también que los mensajes de belleza y atractivo visual en los medios contribuían a la distorsión corporal percibida por las adolescentes entrevistadas (Attie, I., 1989; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

En Gran Bretaña se realizó un estudio en 1994, el cual reveló que el estereotipo del ideal de extrema delgadez, difundido por los medios de comunicación, producía depresión, estrés, culpa, vergüenza, inseguridad e insatisfacción corporal en una muestra de mujeres adolescentes, sentimientos que podrían favorecer el apareamiento de un trastorno alimentario (Stice, E. y Shaw, H. E., 1994; cit. en Mc Phail Fanger, E., 2002).

En mayo de 2000 se publicó un informe sobre medios y su influencia en trastornos alimentarios preparado por la Asociación Médica Británica y el Consejo de Ciencia y Educación, el cual apuntaba hacia la necesidad de realizar investigaciones sistemáticas sobre el tema. Concluyeron lo siguiente: *La imagen de la mujer deseable se presenta como modelo de éxito. Ella, como imagen dolorosamente familiar aparece en los medios masivos y refleja las expectativas de otros. Son pocas mujeres las que no han negociado alguna relación con dicha imagen* (cit. textual en Mc Phail Fanger, E., 2002). Este reporte mostró datos de un sondeo aplicado en 1998 por la Asociación "Pan por la Vida" a una muestra de 901 mujeres británicas entre 18 y 24 años de edad, consideradas mujeres exitosas por su grupo de pares. Se les preguntó sobre sus influencias, fuentes de autoestima, imagen corporal y hábitos alimentarios. Se les aplicó la prueba EAT-40 y su reporte informó que un 61% de las mujeres entrevistadas decían sentirse mal al compararse con la imagen mediática de la mujer bella y solamente un 25% de las mujeres jóvenes estaban satisfechas con su peso. Afirmaban que los mensajes de los medios eran contradictorios, ya que se

esperaba que las mujeres fueran delgadas, atractivas, exitosas en el trabajo remunerado, ambiciosas e independientes económicamente, pero al mismo tiempo debían preservar los roles femeninos tradicionales como la maternidad, el afecto, el cuidado del marido y de los hijos.

Como medida preventiva en preadolescentes y adolescentes se debería estimular el uso más selectivo de medios de comunicación social que colocan su atención en la figura y que favorecen la distorsión de la imagen corporal (Shaw J, Waller G., 1995; cit. en Behar, R., 2001).

2.1.3.3 Teorías de Influencia de los Medios de Comunicación relacionadas a los Trastornos Alimentarios.

2.1.3.3.1 Modelo del Camino Doble (Stice y col., 1994): Estos autores señalan que los mensajes difundidos por los medios de comunicación pueden ser una base perniciosa para la bulimia nerviosa cuando el grupo de pares y la familia refuerzan estos mensajes y cuando su receptor tiene una baja autoestima, una identidad inestable y desorganizada y siente estar con sobrepeso. La disparidad entre el estereotipo internalizado de delgadez y una percepción negativa de sí mismo produce insatisfacción con el propio cuerpo que podría ocasionar una alimentación restringida y/o emociones negativas. Estos dos factores o consecuencias conforman lo que Stice llama Camino Doble, que incrementa la probabilidad de los atracones y las purgas de forma independiente o sinérgica (Striegel – Moore, R., Steiner – Adair, C., cit. Vandereycken, W., Noordenbos, G., 2000).

La influencia de los medios de comunicación puede que desempeñe un papel secundario en las vías que conducen a la bulimia nerviosa al entregar pautas, a través de las

imágenes y mensajes, respecto a las restricciones alimentarias excesivas, los ejercicios físicos desmesurados y la eliminación de los alimentos ingeridos (Stice, 1994., Stice y col., 1996., cit. en Vandereycken, W., Noordenbos, G., 2000).

2.1.3.3.2 Modelo de las Transiciones Evolutivas

(Smolak y Levine, 1994): Este modelo considera relevante las predisposiciones que se desarrollan en la infancia y que luego se mantienen a causa de las bromas sobre el cuerpo y el peso y los modelos culturales ofrecidos por el grupo de pares, la familia y los medios. Además, pone énfasis en la modificación que sufre el significado, la organización y las consecuencias de la conducta de los factores de riesgo individuales y sociales durante la infancia temprana, según la adolescente enfrente las transformaciones propias de esta etapa, tanto físicas, cognitivas, emocionales e interpersonales. Los trastornos alimentarios se consideran como el producto de una transacción entre vulnerabilidades, como creencias esquemáticas en la importancia de la delgadez, y cambios adolescente simultáneos, como el aumento de peso sumado a los primeros encuentros con el sexo opuesto. Estos caminos transaccionales hacia una mala alimentación se forman, y van ganando fuerza, dentro de un contexto conformado por diversos mensajes congruentes y poderosos provenientes de la familia, de los pares, de los medios de comunicación, entre otros.

Los medios de comunicación, según este modelo, serían un factor influyente en varios puntos de este proceso, debido a la reiterada exposición de imágenes que resaltan la delgadez y la belleza como sinónimo de éxito (Smolak y Levine, 1994., cit. Vandereycken, W., Noordenbos, G., 2000).

3 Roles de Género, Influencia de los Medios de Comunicación y Trastornos

Alimentarios

La cultura occidental post-industrial se ha tornado cada vez más consciente del cuerpo y ha diseñado un amplio abanico de prácticas y representaciones que necesariamente implican un grado mayor de manipulación. Tanto para el hombre como para la mujer, el cuerpo correcto es aquel cuerpo sano, delgado, fuerte, andrógino, es decir un cuerpo preparado para una sociedad altamente competitiva con determinados valores hegemónicos. Estos valores son: la belleza, la autonomía, el autocontrol, la juventud, el poder económico, entre los más ensalzados.

La gran diferencia con épocas pasadas radica en la forma de transmisión y alcances de ciertos modelos estéticos corporales, que fomentan los valores privilegiados por el mercado, al ser éstos difundidos de forma masiva por los medios de comunicación. Pinkola afirma: *La poderosa maquinaria publicitaria universaliza la prescripción de los cuerpos deseables, en base a la construcción de estereotipos de belleza* (Pinkola; cit en Branda, C., 2002).

El ideal de belleza representado por las top-model, mujeres cuyas proporciones, peso y estatura son una excepción estadística, provocaría una autoimagen negativa en las mujeres al compararse con ellas. La moda como fenómeno social, combinado con la publicidad, sería lo que ha modificado silenciosamente el significado de la delgadez, la que se ha convertido en símbolo de independencia, belleza y éxito profesional y social (Cisneros Britto, P., 2001).

El incremento de los trastornos alimentarios ha generado una alarma social por cuanto los especialistas han demostrado el componente social de estas enfermedades. Su carácter

epidémico y su propagación a través de los medios de comunicación, y más concretamente por las imágenes, le agregan un carácter incontrolable para el sector sanitario y, por tanto, ponen en manifiesto la necesidad de intervenir con políticas sociales que regulen la transmisión de ciertos programas que puedan influir negativamente en la autopercepción de los televidentes (Cisneros Britto, P., 2001).

Científicos sociales han catalogado a los trastornos alimentarios como síndromes propios de la cultura occidental actual (Prince, R; cit. Behar, R., 1996).

En la sociedad occidental contemporánea, la mujer paulatinamente ha ido adquiriendo atributos asociados tradicionalmente a la masculinidad, como la profesionalización y la independencia económica; esto se ha acompañado de un aspecto físico también más andrógino, como un cuerpo delgado y musculoso; con la finalidad de igualarse al hombre y competir con él en diferentes ámbitos, ganando con ello muchos derechos. Al respecto, Rausch Herscovici señala que en las últimas tres décadas, cuando se produce el mayor ingreso de la mujer en el campo laboral, las dietas y la delgadez se transforman en una obsesión cultural masificada. En esta época se considera atractiva, deseable y exitosa a la mujer sólo cuando es delgada y bella (Rausch Herscovici, C.; cit. en Branda, C., 2002). No obstante, no se ha desligado de ciertas obligaciones tradicionalmente femeninas. *Y aunque ahora la mujer es un sujeto político y jurídico, no ha dejado de ser, en muchos casos, un objeto de maternidad, de sexualidad* (Díaz, E.; cit en Branda, C., 2002). Las mujeres han ganado derechos, pero los han sumado a las obligaciones que ya tenían. La mujer actual al ir adaptándose a los cambios sociales, ha debido modificar sus roles genéricos, dejando ciertos rasgos tradicionalmente femeninos y adoptando otros típicamente masculinos, por

lo que se ha visto atrapada entre sentimientos de culpabilidad y frustración, por una parte, y su necesidad de libertad y éxito social y profesional, por otra.

Según Brumberg, el hecho de que las mujeres jóvenes tengan preocupaciones tempranas acerca del atractivo físico y la delgadez es una evidencia del poder que ejerce la socialización y los medios de comunicación de masas en la modelación del rol sexual (Brumberg, J.; cit en Behar et al, 2001).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

1 Preguntas de Investigación

¿Existe relación entre el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria y los roles de género asumidos por mujeres adolescentes entre 14 y 18 años?

¿Qué relación existe entre los roles de géneros asumidos por adolescentes entre 14 y 18 años de sexo femenino y la actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez?

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Explorar la actitud hacia los mensajes mediáticos relacionados con la promoción de la delgadez y su relación con los roles sexuales asumidos por las adolescentes, comparando ambos factores con el riesgo de Trastorno Alimentario.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Determinar el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en el grupo de adolescentes estudiadas, a través del Cuestionario EAT-40.

2.2.2 Determinar roles de género de las adolescentes estudiadas, a través del Inventario de roles sexuales de Bem.

2.2.3 Conocer las actitudes de las adolescentes hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez, a través del cuestionario de Lemus y Rodríguez.

2.2.4 Describir las diferencias en el riesgo de presentar un trastorno alimentario en relación a distintos roles de género.

2.2.5 Relacionar la actitud hacia los mensajes mediáticos con los roles de género asumidos por las adolescentes.

2.2.6 Explorar la actitud hacia los mensajes mediáticos y el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en los diferentes roles de género.

3 Hipótesis

H₁: Las adolescentes que presenten roles de género femeninos tendrán una actitud más favorable hacia la promoción de la delgadez y mayor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario.

H₂: Las adolescentes que presenten roles de género andróginos tendrán una actitud menos favorable hacia la promoción de la delgadez y menor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario en comparación a las adolescentes que presenten roles de género femeninos.

H₃: Las adolescentes que presenten roles de género masculinos tendrán una actitud menos favorable hacia la promoción de la delgadez y menor probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario en comparación con las adolescentes que presenten roles de género femeninos.

4 Participantes

La población estudiada está compuesta por 371 mujeres adolescentes entre 14 y 18 años, pertenecientes a la enseñanza media de un establecimiento educacional municipalizado de la comuna de Valparaíso.

4.1 Definición y Características de la Muestra

Se utilizó una muestra de 371 alumnas entre 14 y 18 años, quienes cursaban entre primero y cuarto de educación media, las que fueron sometidas voluntariamente a la aplicación del Test EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979), luego al Inventario de Roles de Género de Bem (1974) y, finalmente, al Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en Spot de Productos Light en la Televisión Chilena de Lemus y Rodríguez (2004).

La muestra recogida no es probabilística, ya que no se realizó una selección aleatoria de ella, sino que fue escogida y compuesta por jóvenes voluntarias. Este sector de la población fue escogido como muestra para esta investigación debido a la mayor vulnerabilidad que presentan las adolescentes en relación a ser mujer y a la etapa vital que vivencian.

5 Tipo y Diseño de Investigación

Debido a que este estudio no manipula deliberadamente las variables que se pretenden medir en un sólo momento dado, está clasificado como no experimental, transeccional, descriptivo-comparativo y correlacional:

- Diseño no experimental: Se estudiarán las variables sin manipularlas intencionalmente. Sólo se observará el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, en este caso, en el establecimiento educacional al que pertenecen las adolescentes.

- Transeccional o transversal: Se recolectarán los datos arrojados por las variables a medir en un sólo momento, en un tiempo único. El propósito es describir estas variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

- Descriptivo-comparativo: Se pretende indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables a medir, comparando los resultados obtenidos, según:

Tipología adscrita a rol genérico con riesgo de trastorno alimentario.

Tipología adscrita a rol genérico con actitud hacia mensajes mediáticos.

- Correlacional: Este estudio intenta dilucidar, como uno de sus objetivos específicos, las posibles correlaciones existentes entre el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y la actitud hacia la promoción en la delgadez, respecto a los roles genéricos, con la finalidad de saber cómo se relacionan las variables entre ellas.

6 Definición de Variables

6.1 Definición Conceptual de Variables

6.1.1 Cuestionario EAT-40.

- Riesgo de presentar un trastorno alimentario: Probabilidad de que un individuo desarrolle un cuadro clínico o subclínico de anorexia o bulimia nerviosas.

6.1.2 Cuestionario de Actitudes hacia los Spot Publicitarios de Productos Light en la Televisión Chilena.

- Actitud hacia los mensajes mediáticos que promocionan la delgadez:

Sistema de creencias, sentimientos y predisposiciones a actuar de un individuo, conformado a través de la experiencia y el aprendizaje, asociado y aplicable a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona (Lemus, A., Rodríguez, C.; 2004) .

6.1.3 Inventario de Roles Sexuales de Bem.

- Actuación del esquema de género o estructuras cognitivas encargadas de codificar y procesar la información proveniente de la realidad del género (Fernández, J., 1996; cit. en Carmona, A., Sáenz, D., 1997).

6.2 Definición Operacional de Variables

6.2.1 Cuestionario EAT-40.

- Alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario: Alta probabilidad de que un individuo desarrolle un cuadro clínico o subclínico de anorexia o bulimia nerviosas medido a través del Cuestionario EAT-40 de Garner y Garfinkel, arrojando un puntaje igual o mayor a 30 puntos.

- Bajo riesgo de presentar un trastorno alimentario: Baja probabilidad de presentar un cuadro clínico o subclínico de bulimia o anorexia nerviosas evaluado a través del Cuestionario EAT-40 de Garner y Garfinkeld, arrojando un puntaje menor a 30 puntos.

6.2.2 Cuestionario de Actitudes hacia los Spot Publicitarios de Productos Light en la Televisión Chilena.

- Actitud favorable hacia la promoción de la delgadez en spot de productos light de la televisión chilena: Sujetos que presentan puntajes que se encuentran entre 85 y 150 puntos en el Cuestionario de Actitudes de Lemus y Rodríguez.

- Actitud desfavorable hacia la promoción de la delgadez en spot de productos light de la televisión chilena: Sujetos que presentan puntajes que se encuentran entre 30 y 66 puntos en el Cuestionario de Actitudes de Lemus y Rodríguez.

6.2.3 Inventario de Roles Sexuales de Bem.

- Masculinidad: Sujetos que puntúan por encima del punto de corte en la escala de masculinidad y por debajo del punto de corte en la escala de feminidad, según el Inventario de Bem.

- Feminidad: Sujetos que puntúan por encima del punto de corte en la escala de feminidad y por debajo de la mediana en la escala de masculinidad, según el Inventario de Bem.

- Androginia: Sujetos que puntúan por encima del punto de corte tanto en la escala de feminidad como en la escala de masculinidad en el Inventario de Bem.

- Indiferenciados: Sujetos que puntúan por debajo del punto de corte tanto en la escala de feminidad como en la escala de masculinidad en el Inventario de Bem.

7 Técnicas de Recolección de Datos

Con la finalidad de obtener información acerca de los sujetos investigados, en relación al riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, a los roles de género asumidos y a la actitud hacia los mensajes mediáticos, se aplicaron los siguientes instrumentos:

7.1 Cuestionario EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979)

Este es un cuestionario de autoinforme ampliamente utilizado en la investigación y en la práctica clínica, en relación a los trastornos de la conducta alimentaria. Está compuesto

por 40 ítems diseñados tanto para obtener información acerca de los síntomas de la anorexia nerviosa, que era lo que se buscaba originalmente, como de bulimia nerviosa.

Los datos arrojan una puntuación total y puntuaciones para tres subescalas, las que entregan datos acerca del seguimiento de dietas, síntomas de bulimia y preocupación por el alimento, y sobre control oral. Cada uno de los ítems cuenta con seis alternativas de respuesta, de las cuales tres puntúan en sentido patológico. Su aplicación demora entre 10 y quince minutos aproximadamente. En la versión original del test de dio un puntaje de corte de 30 puntos. Su objetivo es clasificar entre sujetos con sintomatología anoréctica, bulímica y sujetos sin sintomatología o normales.

Actualmente, se puede encontrar una versión reducida de este test, EAT-26, derivada de un análisis factorial realizado en 1982 por Garner y cols. (Saldaña, 1994, en Fernández-Ballesteros, 1994; cit. en Lemus y Rodríguez, 2004).

7.2 *Inventario de Roles Sexuales de Sandra Bem (I.R.S.B) (1974, 1977)*

Este instrumento mide las respuestas de las personas en función de la posesión autopercebida de atributos expresivos e instrumentales positivos, que consideran socialmente deseables para hombres y mujeres. Indica el grado en que cada atributo es autodescriptivo. Consta de dos escalas, una de feminidad y otra de masculinidad, las cuales seleccionan atributos culturalmente asociados a mujeres y hombres, lo que es adecuado socialmente para cada uno, respectivamente (Jayme, M., Sau, V., 1996; cit. Carmona, A., Sáez, D., 1997).

En 1974 fue publicado el inventario de roles sexuales de Bem como primer instrumento orientado a medir la masculinidad-instrumentalidad y feminidad-expresividad

como dimensiones independientes y no consideradas como los extremos opuestos de una misma escala. Ambas dimensiones son por lo tanto bidimensionales y ortogonales; de esta forma, un mismo individuo puede puntuar con rasgos femeninos y masculinos (Hyde, J. 1991; cit. Carmona, A., Sáez, D., 1997).

Los ítems de este inventario se obtuvieron a partir de dos grandes muestras de sujetos las que incluían tanto hombres como mujeres quienes debían calificar la deseabilidad social de diversos adjetivos que se aplicaban a hombres y mujeres. Los adjetivos significativamente más deseables para hombres fueron clasificados como masculinos y aquellos significativamente más deseables para mujeres como femeninos (Pleck, 1981; cit en Contreras, L., 1997).

Este inventario cuenta con 60 ítems, 20 de los cuales apuntan a cualidades típicamente masculinas, 20 a características típicamente femeninas y otros 20 referidos a características neutras atribuibles a ambos sexos por igual (10 positivas y 10 negativas). Las características neutras no se califican. El formato de respuesta es del tipo escala Likert, que va de 1 (uno), nunca tienen esa característica, a 7 (siete), siempre presentan esa característica. El protocolo de los 60 (sesenta) ítems se basa en una traducción al español realizada por el Proyecto DIUV (Meléndez y cols., 1996., cit. Carmona, A., Sáez, D., 1997).

7.3 Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en Spot de Productos Light en la Televisión Chilena de Lemus y Rodríguez (2004)

Este es un cuestionario que mide actitudes respecto a la promoción de la delgadez en spot publicitarios de productos light en la televisión chilena. Fue realizado en el año 2003

por dos alumnos tesistas de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso, quienes estudiaron los mensajes mediáticos como factor de riesgo para los trastornos alimentarios. Los ítems son evaluados a través de una escala tipo Likert dividida en 5 (cinco) tramos que permiten determinar el grado de acuerdo o desacuerdo de cada afirmación. La escala consta de 30 ítems, de los cuales 12 corresponden al componente afectivo, 6 al conativo y 12 al cognitivo de la actitud. Sus puntajes varían entre un mínimo de 30 puntos (actitud desfavorable) y 150 puntos (actitud favorable) (Lemus y Rodríguez, 2004). El tiempo de aplicación del cuestionario es de 10 minutos aproximadamente.

El punto de corte fue estimado según los análisis de los datos obtenidos al aplicar el cuestionario a una muestra de 156 estudiantes mujeres de la Universidad de Valparaíso en 2003. Sus autores determinaron que los sujetos que obtienen entre 30 y 66 puntos manifiestan una “actitud desfavorable”, aquellos que obtienen puntajes entre 67 y 84 presentan una “actitud neutra” y los individuos que obtienen entre 85 y 150 puntos manifiestan una “actitud favorable”.

8 Procedimientos de Aplicación de los Instrumentos

La recolección de datos se realizó en las dependencias del establecimiento educacional, con alumnas de primero a cuarto de enseñanza media. Para ello se solicitó la autorización de la directora del establecimiento y del jefe del área de educación de la Corporación Educacional de la comuna de Valparaíso. Luego de obtenidos dichos permisos, se pidió a los profesores jefes de las alumnas que informaran acerca de esta investigación.

Posteriormente, se solicitó un videograbador o pasapelículas y un televisor, con la finalidad de mostrar la cinta con los spot publicitarios a las adolescentes, previo a la aplicación del cuestionario de Lemus y Rodríguez.

Llegado el momento de la medición, se entregó a las estudiantes un cuadernillo que contenía la carta de consentimiento informado, el Cuestionario EAT-40, el Inventario de Bem y el Cuestionario de Actitudes Hacia la Promoción de la Delgadez en Spot Publicitarios de Productos Light en la Televisión Chilena; cada uno con sus correspondientes instrucciones, las que fueron leídas en voz alta con el fin de aclarar posibles dudas. Se enfatizó en la necesidad de contestar la totalidad de los ítems y en la entrega de datos personales solicitados. Luego se continuó con los siguientes pasos:

- Aplicación del Cuestionario EAT-40. Los datos recogidos en este cuestionario permiten discriminar entre aquellas alumnas que presentan alto riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria de las que presentan bajo riesgo.

- Aplicación del Inventario de Bem. Este procedimiento permite determinar los estereotipos sexuales a los cuales se adscriben las adolescentes.

- Exposición de 3 spot publicitarios chilenos que promocionan la delgadez: “Fanta Light”, “Cachantún” y “Slim”.

- Aplicación del Cuestionario de actitudes hacia la promoción de la delgadez en spot publicitarios de productos light de la televisión chilena.

El tiempo total utilizado en la aplicación del procedimiento evaluativo fue, aproximadamente, de 40 minutos.

9 Análisis de Datos

Los resultados fueron analizados de las siguientes maneras, considerando la mediana obtenida en el grupo y el punto de corte de 4.5 puntos, esta última recomendada por Sandra Bem como posibilidad de comparación con otras investigaciones:

- Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en Spot Publicitarios y Cuestionario EAT-40: Fueron evaluados en términos de frecuencia de distribución en el grupo de estudio.

- I.R.S.B.: Se categorizó según la distribución de frecuencia de las adolescentes estudiadas con relación a la mediana del grupo y, paralelamente, en relación al punto de corte de 4,5 puntos con fines comparativos.

- Correlación múltiple entre las diferentes variables.

- Análisis de los datos a través de la prueba T de student, suponiendo varianzas iguales, con la finalidad de comparar las medias de los grupos medidos.

- Análisis de varianza de los datos a través de la prueba estadística ANOVA de una vía con la finalidad de establecer la existencia de diferencias significativas entre los grupos medidos.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos, en relación a los datos analizados, según la mediana del grupo y del punto de corte de 4.5 tanto para la escala de masculinidad como de feminidad.

1 Estadística Descriptiva

La muestra total de 371 casos fue evaluada con el Cuestionario EAT-40, el Inventario de Roles de Género de Bem y el Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en Spot Publicitarios de Productos Light en la Televisión Chilena de Lemus y Rodríguez.

1.1 Estadística Descriptiva del Cuestionario EAT-40

EST. DESCRIPTIVA	EAT-40	EAT-40 igual o sobre 30 puntos
MODA	17	30
MEDIANA	19	37
MEDIA	21,79	41,59
PUNT.+ OBS	89	89
PUNT. – OBS	2	30
RANGO	87	59
DESV. ESTÀNDAR	13,48	12,43
VARIANZA	181,88	154,51

TABLA 4: Estadística descriptiva cuestionario EAT-40.

EAT-40			
Puntajes igual o sobre 30 puntos		Puntajes bajo 30 puntos	
N	%	N	%
83	22.37	288	77.63

TABLA 5: Sujetos y porcentajes del cuestionario EAT-40.

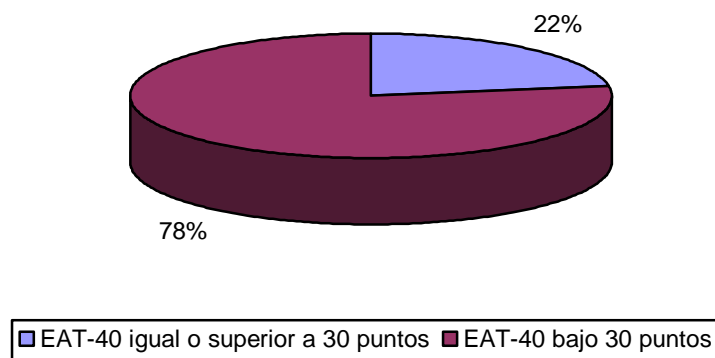


GRÁFICO 1: Porcentajes de riesgo según cuestionario EAT-40.

Del total de la muestra, se obtuvo 83 casos con puntaje igual o superior a 30 en el Cuestionario EAT-40 es decir, el 22.37% de casos presentan riesgo de desarrollar trastorno alimentario.

Según los datos arrojados en este cuestionario igual o sobre los 30 puntos, la mayoría de los sujetos se encuentran en el límite de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario (igual o sobre 30 puntos). En promedio, los sujetos se ubican en 41.6 puntos con una desviación Standard de 12.43 puntos.

1.2 Estadística Descriptiva del Inventario de Roles Sexuales de Bem

EST. DESCRIPTIVA	Escala de masculinidad	Escala de feminidad
MODA	4,55	5,95
MEDIANA	4,55	5,35
MEDIA	4,52	5,19
PUNT.+ OBS	6,6	7
PUNT. - OBS	1	2,3
RANGO	5,6	4,7
DESV. ESTÀNDAR	0,94	0,85
VARIANZA	0,89	0,73

TABLA 6: Estadística descriptiva Inventario de roles sexuales de Bem.

Según los datos arrojados en la escala de masculinidad, el puntaje con mayor frecuencia fue de 4.5 puntos y el 50% de la muestra se encuentra con un puntaje sobre 4.55, éste coincide con el punto de corte utilizado en la investigación de Behar y cols. (1998). En promedio se obtuvo un puntaje de 4.53 puntos y una desviación Standard de 0.95 puntos, por lo tanto, la mayoría de los puntajes se concentran alrededor de este valor, el cual está muy cercano a la mediana encontrada del grupo.

Para la escala de feminidad, el puntaje de mayor frecuencia fue de 5.95 puntos; el 50% de los casos se ubicaron sobre 5.35 puntos. En promedio se obtuvo un puntaje de 5.2 puntos y una desviación Standard de 0.86 puntos, en consecuencia, los datos se concentran alrededor del promedio, valor cercano a la mediana del grupo.

1.2.1 Estadística Descriptiva según la Mediana del Grupo:

	Puntajes escala femenina igual o sobre mediana de grupo (5,35 puntos)	Puntajes escala femenina bajo mediana del grupo (5,35 puntos)
Puntajes escala masculina igual o sobre mediana de grupo (4,55 puntos)	Andróginos N = 124 33,42%	Masculinos N = 70 18,87%
Puntajes escala masculina bajo mediana de grupo (4,55 puntos)	Femeninos N = 62 16,71%	Indiferenciados N = 115 31%

TABLA 7: Roles de género respecto a la mediana de grupo.

ROLES DE GÉNERO (BEM)							
Androginia		Masculinidad		Feminidad		Indiferenciado	
N	%	N	%	N	%	N	%
124	33.42	70	18.87	62	16.71	115	31

TABLA 8: Sujetos y porcentajes de roles de género respecto a la mediana de grupo.

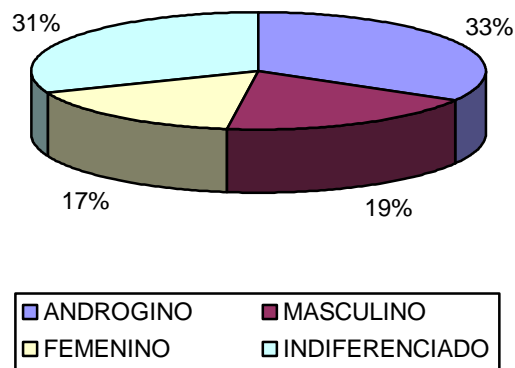


GRÁFICO 2: Porcentajes de roles de género respecto a la mediana de grupo.

La mediana encontrada en la escala de masculinidad es 4.55 puntos y en la escala de feminidad es de 5.35.

Respecto a los roles genéricos encontrados, 124 casos (33.42%) representan roles andróginos, es decir, arrojan puntajes sobre las medianas tanto en la escala masculina como femenina. Se encontraron 70 casos (18.87%) que presentan roles de género masculinos, es decir, sus puntajes en la escala masculina están sobre la mediana y en la escala femenina, bajo la mediana. En relación a los casos femeninos, se encontraron 62 (16.71%), estos presentan puntajes superiores a la mediana en la escala de feminidad y menores en la de masculinidad. Respecto al rol de género indiferenciado, se encontraron 115 casos (31%), lo que significa que presentan puntajes menores a la mediana en ambas escalas.

1.2.2 Estadística Descriptiva según el Punto de Corte 4.5 puntos para la Escala Masculina y Femenina:

Con fines comparativos, se analizaron los datos encontrados en la presente investigación considerando el punto de corte de 4.5 puntos para ambas escalas, definida en las investigaciones con muestra chilena de la Psiquiatra Rosa Behar (1998). Este punto de corte fue inicialmente propuesto por la autora del Inventario de Roles de Sexuales, Sandra Bem, en sus primeras investigaciones realizadas en el año 1977, en la Universidad de Standford.

	Puntajes escala femenina igual o sobre punto de corte 4,5 puntos	Puntajes escala femenina bajo punto de corte 4,5 puntos
Puntajes escala masculina igual o sobre punto de corte 4,5 puntos	Andróginos N = 183 49,32%	Masculinos N = 22 5,92%
Puntajes escala masculina bajo punto de corte 4,5 puntos	Femeninos N = 124 33,42%	Indiferenciados N = 42 11,32%

TABLA 9: Roles de género respecto al punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.

ROLES DE GÉNERO (BEM)							
Androginia		Masculinidad		Feminidad		Indiferenciado	
N	%	N	%	N	%	N	%
183	49.32	22	5.92	124	33.42	42	11.32

TABLA 10: Sujetos y porcentajes de roles de género respecto punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.

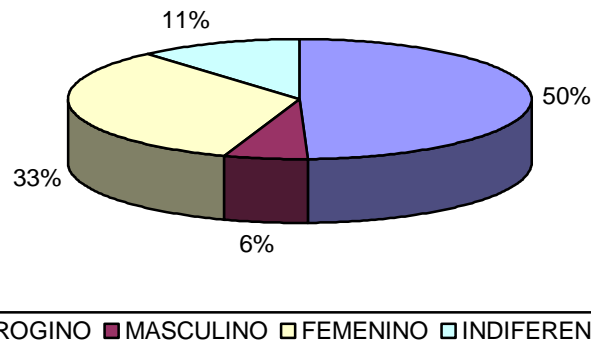


GRÁFICO 3: Porcentajes de roles de género respecto punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y feminidad.

De acuerdo a estos puntos de corte, se encontraron 183 casos (49.32%) que presentan roles andróginos, es decir, arrojan puntajes sobre el punto de corte tanto en la escala masculina como femenina. Se encontraron 22 casos (5.92%) que presentan roles de género masculinos, es decir, sus puntajes en la escala masculina están sobre la mediana y en la escala femenina, bajo en punto de corte. En relación a los casos femeninos, se encontraron 124 (33.42%), estos presentan puntajes superiores al punto de corte en la escala de feminidad y menores en la de masculinidad. Respecto al rol de género indiferenciado, se encontraron 42 casos (11.32%), lo que significa que presentan puntajes menores al punto de corte en ambas escalas.

1.2.3 Comparación en Términos de Porcentajes respecto a Roles de Género encontrados según Mediana de Grupo y Punto de Corte 4.5 puntos:

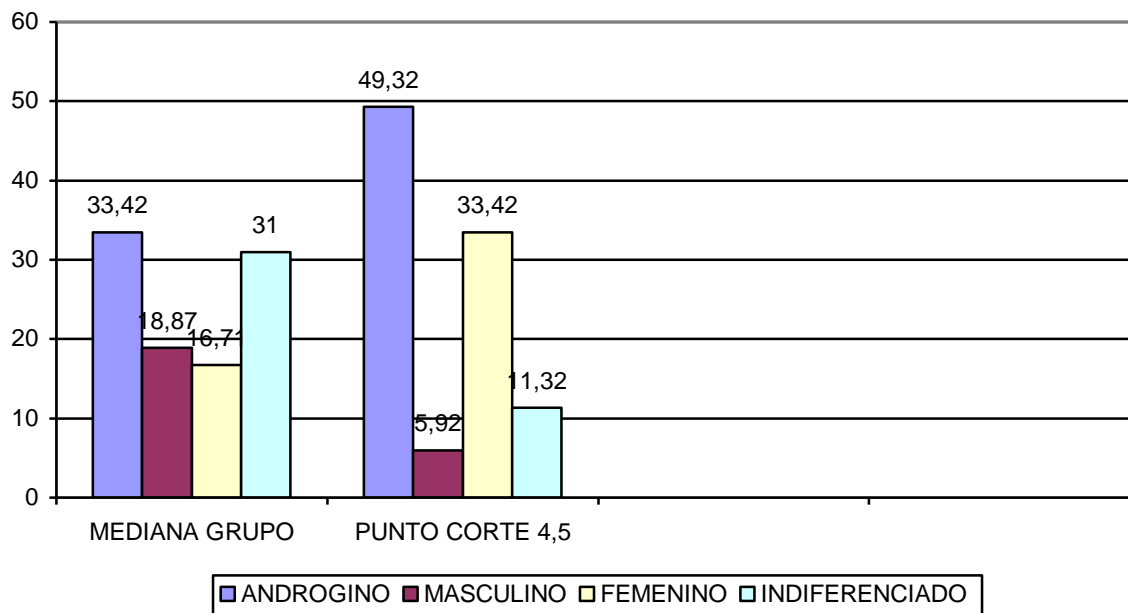


GRÁFICO 11: Comparación porcentual de roles de género respecto a la mediana de grupo .y al punto de corte de 4,5.

Al comparar los roles de género categorizados según la mediana del grupo y el punto de corte de 4.5 puntos, se encontró que el grupo andrógino era mayor en comparación a los otros roles genéricos en ambos análisis, con una diferencia de 15.9% a favor de la categorización realizada con el punto de corte de 4.5 puntos.

En la categorización hecha con el punto de corte 4.5, el rol de género masculino tuvo una disminución de un 13.5%. Por otro lado, el grupo con roles de género femeninos aumento en un 16.7%. Respecto al rol de género indiferenciado, este disminuyó en un 19.7% al clasificarlo con este punto de corte.

Se observa que la distribución de los roles de género cambia al modificar los puntos de corte, siendo la distribución encontrada con el punto de corte de 4.5 similar a la distribución obtenida por Behar y cols. (2001) en una muestra de mujeres chilenas sin patología alimentaria, en la cual el grupo con mayor porcentaje fue el andrógino, luego el femenino y el grupo con menor porcentaje fue el masculino. El grupo indiferenciado no fue considerado en dicha investigación por ser una categoría vagamente definida, por tanto, tampoco fue considerada con fines comparativos en los análisis del presente estudio.

1.3 Estadística Descriptiva del Cuestionario de Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez en Spot de Productos Light en la Televisión Chilena

EST. DESCRIPTIVA	Actitudes hacia los mensajes que promueven la delgadez	Actitud favorable hacia los mensajes que promueven la delgadez
MODA	76	88
MEDIANA	79	95
MEDIA	79,70	99,12
PUNT.+ OBS	146	146
PUNT. – OBS	30	85
RANGO	116	61
DESV. ESTÀNDAR	20,43	13,27
VARIANZA	417,64	176,22

TABLA 12: Estadística descriptiva cuestionario de Lemus y Rodríguez.

LEMUS Y RODRIGUEZ					
Actitud Favorable		Actitud Neutra		Actitud Desfavorable	
N	%	N	%	N	%
145	39.08	125	33.96	101	27.22

TABLA 13: Sujetos y porcentajes del cuestionario de actitudes hacia la promoción de la delgadez.

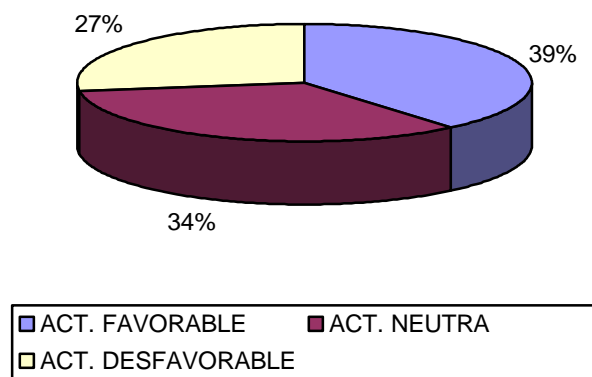


GRÁFICO 4: Porcentajes de actitudes encontradas hacia los spot publicitarios que promueven la delgadez.

En relación a los resultados obtenidos en la medición de la muestra con este cuestionario se encontraron 144 casos (38.81%) con actitud favorable hacia los mensajes mediáticos, es decir, arrojan puntajes entre 85 y 150 puntos; 126 casos (33.96%), presentan una actitud neutra frente a los spot publicitarios, debido a que sus puntajes se mantienen entre los 67 y 84 puntos, y 101 casos (27.22%) mantienen una actitud desfavorable hacia dichos mensajes, con puntajes entre 30 y 66 puntos.

1.4 Riesgo de Trastorno Alimentario y Actitudes hacia los Mensajes Mediáticos

respecto a los Roles de Género

1.4.1 Categorización según Mediana de Grupo

1.4.1.1 Roles de Género y Riesgo de Trastorno Alimentario:

	CASOS		EAT-40 >30	
	n	%	n	%
Androginos	124	33.42	39	31.45
Masculinos	70	18.87	21	30
Femeninos	62	16.71	9	14.51
Indiferenciados	115	31	14	12.17

TABLA 14: Probabilidad de riesgo de trastorno alimentario en roles de género categorizados según mediana de grupo.

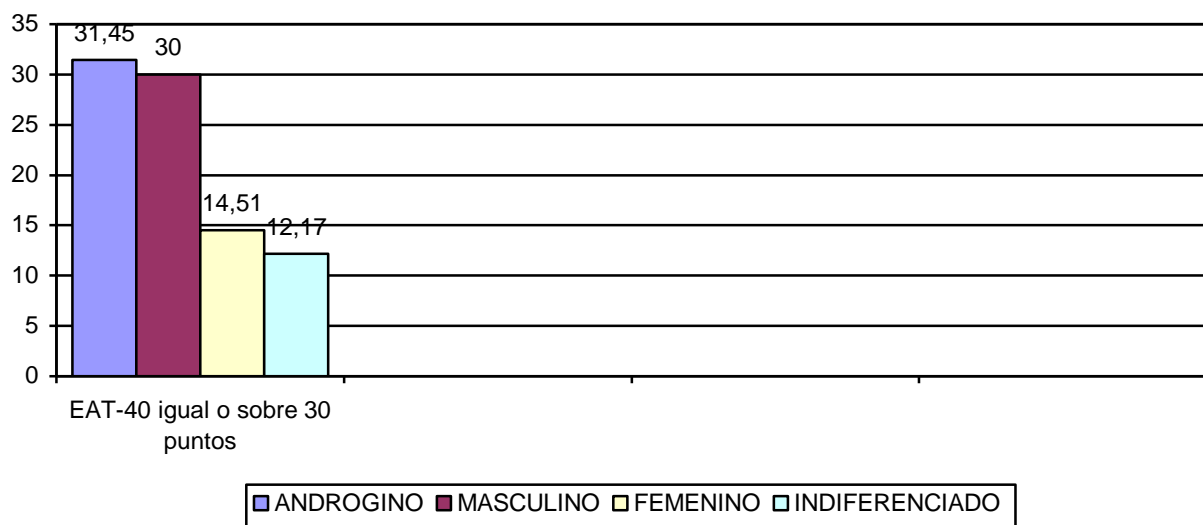


GRÁFICO 5: Porcentajes de EAT-40 igual o sobre 30 puntos respecto a roles de género según mediana grupo.

El grupo andrógino presenta mayor porcentaje de riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, seguido por el grupo con roles de género masculino. Estos roles

arrojan, aproximadamente, el doble de porcentajes que los grupos de roles genéricos femenino e indiferenciado.

1.4.1.2 Roles de Género y Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez:

	CASOS		LEMUS Y RODRIGUEZ			
	n	%	ACT. FAVORABLE		ACT. DESFAVORABLE	
			n	%	N	%
Androginos	124	33.42	50	40.32	39	31.45
Masculinos	70	18.87	29	41.42	17	24.28
Femeninos	62	16.71	19	30.65	17	27.42
Indiferenciados	115	31	47	40.87	28	24.35

TABLA 15: Actitudes hacia la promoción de la delgadez en roles de género categorizados según mediana de grupo.



GRÁFICO 6: Porcentajes de actitud favorable hacia los mensajes mediáticos respecto a roles de género según mediana grupo.

En relación a la actitud favorable hacia los mensajes que promueven la delgadez, los grupos de roles de género andróginos, masculinos e indiferenciados se comportan porcentualmente de manera similar. El rol de género femenino presenta una diferencia de

10%, aproximadamente, respecto a los demás roles genéricos, presentando este grupo menor porcentaje en torno a la variable.

1.4.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 puntos para las Escalas de Masculinidad y Feminidad

1.4.2.1 Roles de Género y Riesgo de Trastorno Alimentario:

	CASOS		EAT-40 >30	
	n	%	n	%
Androginos	183	49.32	55	30.05
Masculinos	22	5.93	6	27.27
Femeninos	124	33.42	17	13.7
Indiferenciados	42	11.32	5	11.9

TABLA 16: Probabilidad de riesgo de presentar un trastorno alimentario en roles de género categorizados según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y de feminidad.

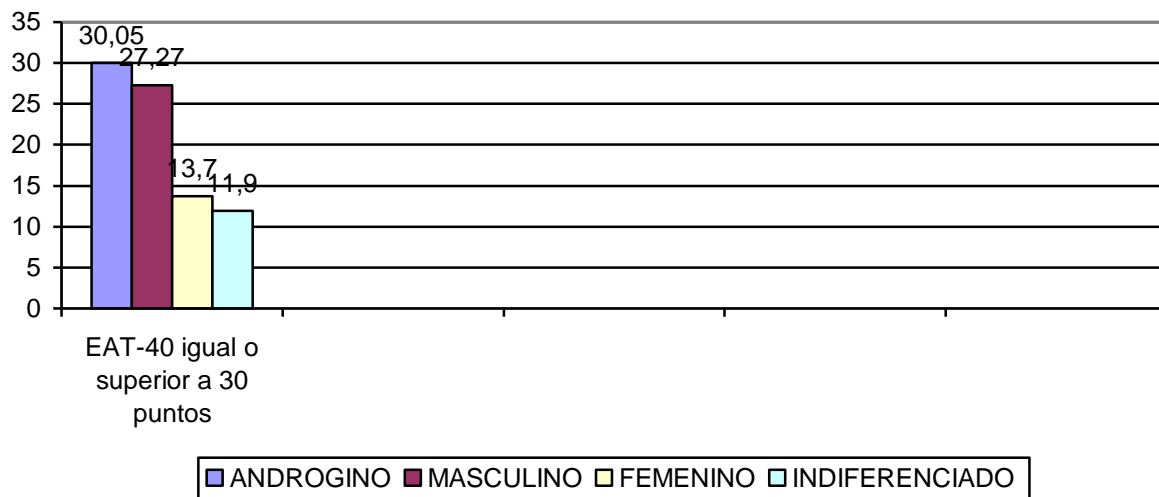


GRÁFICO 7: Porcentajes de EAT-40 igual o superior a 30 puntos respecto a roles de género según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y de feminidad.

El rol de género andrógino arroja mayor porcentaje de riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria, seguido por el grupo con roles de género masculino. Estos roles presentan, aproximadamente, el doble de porcentaje en comparación a los grupos femenino e indiferenciado.

1.4.2.2 Roles de Género y Actitudes hacia la Promoción de la

Delgadez:

	CASOS		LEMUS Y RODRIGUEZ			
			ACT. FAVORABLE		ACT. DESFAVORABLE	
	n	%	N	%	n	%
Androginos	183	49.32	72	39.34	54	29.5
Masculinos	22	5.93	11	50	6	27.27
Femeninos	124	33.42	44	35.48	32	25.8
Indiferenciados	42	11.32	18	42.85	9	21.42

TABLA 17: Actitudes hacia la promoción de la delgadez en roles de género categorizados según punto de corte 4.5 puntos para escalas de masculinidad y de feminidad.

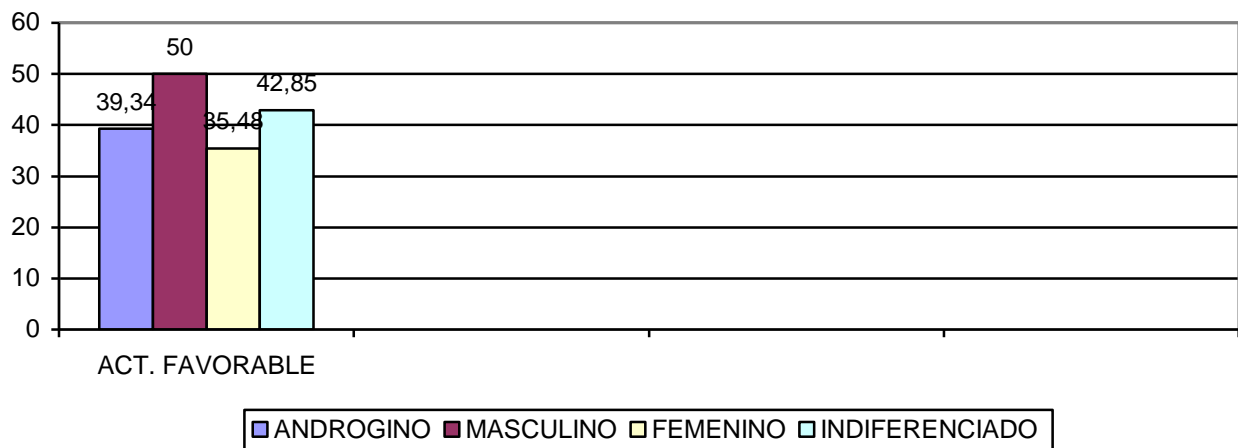


GRÁFICO 8: Porcentajes de actitud favorable hacia los mensajes mediáticos respecto a roles de género según punto de corte de 4.5 para escalas de masculinidad y feminidad.

En relación a la actitud favorable hacia los mensajes que promueven la delgadez, el grupo de roles de género masculino presenta mayor porcentaje en comparación a los demás grupos, mientras que estos se comportan de manera similar.

1.4.3 Alto Riesgo de Trastorno Alimentario y Actitudes Favorables hacia los Mensajes que Promocionan la Delgadez respecto a los Roles de Género

1.4.3.1 Categorización según Mediana de Grupo:

Roles de Género	EAT-40 igual o sobre 30 + Act. Favorable	
	N	%
Androgino	26	20,96
Masculino	13	18,57
Femenino	6	9,67
Indiferenciado	9	7,82

TABLA 18: Roles de género con EAT-40 igual o sobre 30 puntos más actitud favorable, según mediana de grupo.

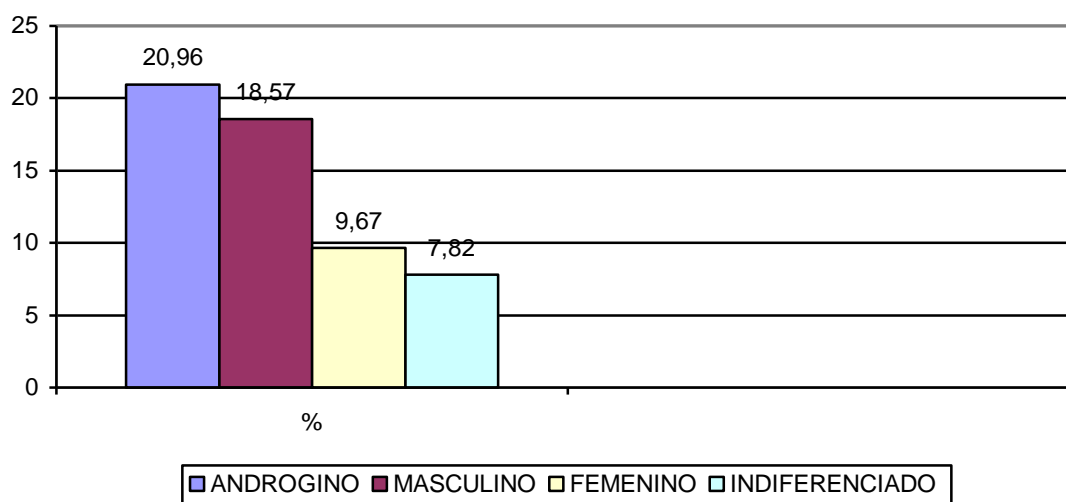


GRÁFICO 9: Porcentajes de roles de género con puntaje superior o igual a 30 puntos en EAT-40 más actitud favorable hacia la promoción de la delgadez según mediana de grupo.

Según los datos obtenidos al destacar los casos que presentan alto riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y una actitud favorable hacia la promoción de la delgadez, en relación a los roles de género asumidos, se observa que el grupo andrógino presenta mayor porcentaje, seguido por el grupo masculino. Estos grupos presentan el doble de porcentaje, aproximadamente que los roles de género femenino e indiferenciado, los cuales se comportan de manera similar.

1.4.3.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 para Escalas de Masculinidad y Femenidad:

Roles de Género	EAT-40 igual o sobre 30 + Act. Favorable	
	N	%
Androgino	26	19,12
Masculino	13	18,18
Femenino	6	8,87
Indiferenciado	9	9,52

TABLA 19: Roles de género con EAT-40 igual o sobre 30 puntos más actitud favorable según punto de corte 4.5 para escalas masculina y femenina.

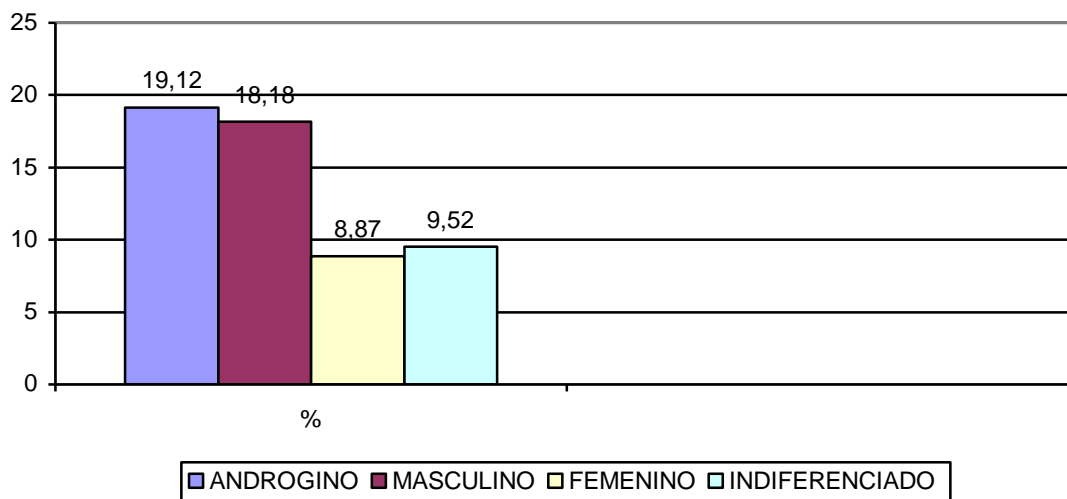


GRÁFICO 10: Porcentajes de roles de género con puntajes superior o igual a 30 puntos en EAT-40 más actitud favorable hacia la promoción de la delgadez según punto de corte 4.5 para escalas de masculinidad y feminidad.

Según los datos obtenidos al destacar los casos que presentan alto riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria y actitudes favorables hacia los spot publicitarios que promueven de la delgadez, en relación a los roles de género asumidos, se observa que los grupos andrógino y masculino presentan mayor porcentaje en comparación a los roles de género femenino e indiferenciado, los cuales se comportan de manera similar presentando, aproximadamente, la mitad del porcentaje arrojado por los otros dos grupos.

2 Análisis de Relación

2.1 Cálculo de Correlaciones

Para analizar la relación entre dos variables, se utilizó la prueba estadística de correlación de Pearson.

2.1.1 Correlación entre Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Escalas de Masculinidad y Feminidad.

2.1.1.1 Correlación entre EAT-40 y Escala de Masculinidad: La correlación obtenida fue de 0.24, esto indica que existe una débil correlación positiva, lo que significa que ambas variables no tienen relación entre sí.

	Riesgo de T.A.	Escala de masculinidad
Riesgo de T.A.	1	
Escala de masculinidad	0,24	1

TABLA 20: Correlación entre riesgo de presentar un trastorno alimentario.y escala de masculinidad.

2.1.1.2 Correlación entre EAT-40 y Escala de Feminidad: La correlación obtenida fue de 0.005, lo que indica que no existe relación entre las variables medidas.

	Riesgo de T.A.	Escala de feminidad
Riesgo de T.A.	1	
Escala de feminidad	0,005	1

TABLA 21: Correlación entre riesgo de presentar un trastorno alimentario y escala de feminidad.

2.1.2 Correlación entre Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escalas de Masculinidad y Feminidad.

2.1.2.1 Correlación entre Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escala de Masculinidad: La correlación obtenida fue de 0.001, esto indica que no existe relación entre la actitud hacia la publicidad que promueve la delgadez y las características masculinas.

	Escala de masculinidad	Actitud
Escala de masculinidad	1	
Actitud	0,001	1

TABLA 22: Correlación entre actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de masculinidad.

2.1.2.2 Correlación entre Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escala de Feminidad: La correlación que se obtuvo fue de -0,07 indicando que no existe relación entre la actitud hacia los spot publicitarios y las características femeninas.

	Escala de feminidad	Actitud
Escala de feminidad	1	
Actitud	-0,07	1

TABLA 23: Correlación entre actitud hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez y escala de feminidad.

2.2 Cálculo de Diferencia de Medias

Para evaluar si las variables difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias se utilizó la prueba estadística T para muestras independientes, asumiendo que

varianzas iguales, la cual permitió contrastar la hipótesis de igualdad entre los grupos determinados.

2.2.1 Categorización según Mediana de Grupo

2.2.1.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Roles de Género: En estos análisis, la variable de agrupación correspondió a los roles de género, lo que permitió dividir la muestra en dos grupos respecto a los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Lemus y Rodríguez.

- Femenidad – Androginia:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Actitud (feminidad)	Actitud (androginia)
Grados de libertad	184	
Estadístico t	-0,18	
P(T<=t) una cola	0,42	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 24: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.

Según los datos obtenidos, se observa que los roles de género femenino y andrógino no presentan diferencias de medias significativas en relación a la actitud hacia los spot publicitarios. Por tanto, las actitudes manifestadas hacia los spot no tienen relación con los roles de género andrógino y femenino asumidos por las adolescentes.

- Androginia – Masculinidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Actitud (androginia)	Actitud (Masculinidad)
Grados de libertad	192	
Estadístico t	-0,73	
P(T<=t) una cola	0,23	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 25: Análisis de diferencia de medias entre roles andrógino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.

Según los datos arrojados, se observa que los roles genéricos andrógino y masculino no presentan diferencias de medias significativas en relación a la actitud hacia los mensajes que promueven la delgadez. Por lo tanto, las actitudes manifestadas hacia los spot publicitarios no tienen relación con los roles de género andrógino y masculino asumidos por los sujetos.

- Masculinidad – Femenidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Actitud (feminidad)	Actitud (Masculinidad)
Grados de libertad	130	
Estadístico t	-0,83	
P(T<=t) una cola	0,20	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 26: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.

Según los datos, la actitud hacia los spot publicitarios presentada por las adolescentes masculinas y femeninas no difiere significativamente entre sí, por lo tanto, la actitud presentada hacia los spot publicitarios no tiene relación con asumir un rol de género masculino o femenino.

2.2.1.2 Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Roles de Género: En esta prueba, la variable de agrupación correspondió a los roles de género, lo que permitió dividir la muestra en dos grupos respecto al riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

- Feminidad – Androginia:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	EAT-40 (feminidad)	EAT-40 (androginia)
Grados de libertad	184	
Estadístico t	-2,53	
P(T<=t) una cola	0,006	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 27: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.

Como indican los datos, las medias en el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes andróginas y femeninas difieren significativamente entre sí, explicando que el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria sí tiene relación con el rol de género asumido, considerando que el promedio del grupo andrógino es mayor que el del grupo femenino.

- Androginia – Masculinidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	EAT-40 (masculinidad)	EAT-40 (androginia)
Grados de libertad	192	
Estadístico t	0,27	
P(T<=t) una cola	0,39	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 28: Análisis de diferencia de medias entre roles masculino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.

Según los datos obtenidos, las medias en el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes andróginas y masculinas no difieren significativamente entre sí, indicando que no existe diferencia entre los grupos respecto a la probabilidad de desarrollar un trastorno del comer.

- Masculinidad – Feminidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	EAT-40 (feminidad)	EAT-40 (masculinidad)
Grados de libertad	130	
Estadístico t	-2,72	
P(T<=t) una cola	0,003	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 29: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.

Como muestran los datos de la tabla, las medias en el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes con roles de género masculinos y femeninos difiere significativamente entre sí, explicando que el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria sí tiene relación con el rol de género asumido, considerando que el promedio es mayor en el grupo masculino.

2.2.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 puntos para Escala de Masculinidad y Feminidad

2.2.2.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Roles de Género: La variable de agrupación correspondió a los roles de género, lo que permitió dividir la muestra en dos grupos respecto a los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Lemus y Rodríguez.

- Feminidad – Androginia:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Actitud (feminidad)	actitud (androginia)
Grados de libertad	305	
Estadístico t	-0,10	
P(T<=t) una cola	0,45	
Valor crítico de t (una cola)	1,64	

TABLA 30: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.

Considerando los datos obtenidos, las medias en actitud hacia los spot publicitarios presentada por las adolescentes andróginas y femeninas no difieren significativamente entre sí. Por tanto, las actitudes manifestadas hacia los spot publicitarios no tienen relación con roles de género andrógino y femenino asumidos por las adolescentes.

- Androginia – Masculinidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	actitud (androginia)	actitud (masculinidad)
Grados de libertad	203	
Estadístico t	-0,88	
P(T<=t) una cola	0,18	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 31: Análisis de diferencia de medias entre roles andrógino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.

Analizando los resultados se aprecia que las medias en actitud hacia los spot publicitarios presentada por las adolescentes andróginas y masculinas no difieren significativamente entre sí. Por lo tanto, las actitudes manifestadas hacia los spot publicitarios no tienen relación con roles de género andrógino y masculino asumidos por estos sujetos.

- Masculinidad – Feminidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	actitud (feminidad)	actitud (masculinidad)
Grados de libertad	144	
Estadístico t	-1,01	
P(T<=t) una cola	0,15	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 32: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a actitudes hacia mensajes mediáticos.

Según los datos arrojados por el análisis, las medias en actitud hacia los spot publicitarios presentada por las adolescentes masculinas y femeninas no difieren significativamente entre sí. Entonces, las actitudes manifestadas hacia los spot publicitarios no tienen relación con roles de género masculino y femenino asumidos por estos grupos.

2.2.2.2 Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Roles de Género: En esta prueba, la variable de agrupación correspondió a los roles de género, lo que permitió dividir la muestra en dos grupos respecto al riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

-Feminidad – Androginia:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	EAT-40 (feminidad)	EAT-40 (androginia)
Grados de libertad	305	
Estadístico t	-3,33	
P(T<=t) una cola	0,0004	
Valor crítico de t (una cola)	1,64	

TABLA 33: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.

Como muestran los datos, las medias en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes andróginas y femeninas difieren significativamente entre sí, explicando que

el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria sí tiene relación con el rol de género asumido, específicamente con el rol andrógino.

-Androginia – Masculinidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	EAT-40 (masculinidad)	EAT-40 (androginia)
Grados de libertad	203	
Estadístico t	0,63	
P(T<=t) una cola	0,26	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 34: Análisis de diferencia de medias entre roles masculino y andrógino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.

Según los resultados obtenidos, el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes andróginas y masculinas no difiere significativamente entre sí, es decir, no existe gran diferencia entre los grupos respecto a la probabilidad de desarrollar un trastorno del comer.

- Masculinidad – Femenidad:

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	EAT-40 (feminidad)	EAT-40 (masculinidad)
Grados de libertad	144	
Estadístico t	-2,80	
P(T<=t) una cola	0,002	
Valor crítico de t (una cola)	1,65	

TABLA 35: Análisis de diferencia de medias entre roles femenino y masculino, respecto a riesgo de trastorno alimentario.

Como indican los datos, el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario en adolescentes con roles de género masculinos y femeninos difiere significativamente entre

sí, explicando que el riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria sí tiene relación con el rol de género, específicamente con el rol masculino.

2.3 *Análisis de Varianza*

2.3.1 Categorización según Mediana de Grupo

2.3.1.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escalas de Masculinidad y Femenidad: En estos análisis la variable de agrupación correspondió a la escalas de masculinidad y feminidad, permitiendo dividir la muestra en dos grupos, respecto a los puntajes arrojados en el cuestionario de Lemus y Rodríguez: sujetos sobre la mediana y sujetos bajo la mediana en la escala respectiva.

-Escala de Masculinidad y Actitudes hacia la Promoción de la Delgadez:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	1,14	1	1,14	0,14	0,69	3,86
INTRA GRUPOS	190,41	244	0,78			
TOTAL	191,55	245				

TABLA 36: Análisis de varianza entre actitud hacia la promoción a la delgadez y escala de masculinidad.

Según los datos arrojados, los grupos no difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, indicando que los grupos son similares entre sí respecto a la actitud hacia los spot publicitarios que promocionan la delgadez.

- Escala de Feminidad y Actitudes hacia la Promoción de la

Delgadez:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	1,56	1	1,56	0,45	0,50	3,86
INTRA GRUPOS	181,35	244	0,74			
TOTAL	182,92	245				

TABLA 37: Análisis de varianza entre actitud hacia la promoción a la delgadez y escala de feminidad.

Como indican los resultados, los grupos no difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, indicando que los grupos de sujetos sobre la mediana y sujetos bajo la mediana en la escala de feminidad son similares entre sí, respecto a la actitud manifestada hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez.

2.3.1.2 Riesgo de Presentar un Trastorno Alimentario y Escalas de Masculinidad y Feminidad: La variable de agrupación correspondió a la escalas de masculinidad y feminidad, permitiendo dividir la muestra en dos grupos, respecto a los puntajes arrojados en el cuestionario EAT-40: sujetos sobre la mediana y sujetos bajo la mediana en la escala respectiva.

- EAT-40 y escala de masculinidad:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	14,03	1	14,03	17,65	3,32E-05	3,86
INTRA GRUPOS	298,18	369	0,80			
TOTAL	312,21	370				

TABLA 38: Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de masculinidad.

De acuerdo a los datos encontrados, los grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, indicando que los grupos de sujetos sobre la mediana y sujetos bajo la mediana en la escala de masculinidad son distintos entre sí respecto al riesgo de presentar un trastorno alimentario, siendo el grupo más riesgoso el de sujetos con puntajes sobre la mediana en la escala de masculinidad.

- EAT-40 y escala de feminidad:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	4,23	1	4,23	1,01	0,31	3,86
INTRA GRUPOS	242,33	369	0,65			
TOTAL	246,57	370				

TABLA 39: Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de feminidad.

De acuerdo a los resultados, los grupos no difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, indicando que los grupos de sujetos sobre la mediana y sujetos bajo la mediana en la escala de feminidad no son distintos entre sí, respecto al riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

2.3.2 Categorización según Punto de Corte 4.5 puntos para Escala de Masculinidad y Femenidad

2.3.2.1 Actitud hacia los Mensajes Mediáticos y Escalas de Masculinidad y Femenidad: La variable de agrupación correspondió a la escala de masculinidad y feminidad, permitiendo dividir la muestra en dos grupos, respecto a los puntajes arrojados en el cuestionario de Lemus y Rodríguez: sujetos sobre el punto de corte y sujetos bajo el punto de corte en la escala respectiva.

- Actitud hacia los mensajes mediáticos y escala de masculinidad:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	137,32	1	137,32	0,03	0,86	3,86
INTRA GRUPOS	19692,38	245	80,37			
TOTAL	19829,71	246				

TABLA 40: Análisis de varianza entre actitud hacia los mensajes mediáticos y escala de masculinidad.

Respecto a los datos encontrados, los grupos no difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, es decir, las medias de las actitudes hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez de los grupos de sujetos sobre el punto de corte y sujetos bajo el punto de corte en la escala de masculinidad son similares entre sí.

- Actitud hacia los mensajes mediáticos y escala de feminidad:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	1,56	1	1,56	0,89	0,34	3,86
INTRA GRUPOS	181,35	244	0,74			
TOTAL	182,92	245				

TABLA 41: Análisis de varianza entre actitud hacia la promoción de la delgadez y escala de feminidad.

De acuerdo a los datos arrojados, los grupos no difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, entonces, los grupos son similares entre sí respecto a las actitudes hacia los mensajes mediáticos.

2.3.2.2 Riesgo de Trastorno Alimentario y Escalas de Masculinidad y

Feminidad: La variable de agrupación correspondió a la escala de masculinidad y feminidad, permitiendo dividir la muestra en dos grupos, respecto a los puntajes arrojados en el cuestionario EAT-40: sujetos sobre el punto de corte y sujetos bajo el punto de corte en la escala respectiva.

- EAT-40 y Escala de Masculinidad:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	2,44	1	2,44	15,61	9,32E-05	3,86
INTRA GRUPOS	6451,17	370	17,43			
TOTAL	6453,62	371				

TABLA 42: Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de masculinidad.

Como muestran los datos obtenidos, los grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas. Por lo tanto, el grupo con puntajes sobre el punto de corte en la escala de masculinidad presenta mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario.

- EAT-40 y Escala de Femenidad:

F DE V	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	VALOR P	VALOR CRÍTICO F
ENTRE GRUPOS	4,23	1	4,23	0,18	0,66	3,86
INTRA GRUPOS	242,33	369	0,65			
TOTAL	246,57	370				

TABLA 43: Análisis de varianza entre EAT-40 y escala de feminidad.

De acuerdo a los resultados, los grupos no difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, indicando que los grupos de sujetos sobre el punto de corte y sujetos bajo el punto de corte en la escala de feminidad no son distintos entre sí, respecto al riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

Si bien la revisión teórica relacionada con los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria coincide en adoptar un enfoque multifactorial para aproximarse a la comprensión de estos trastornos, el presente estudio, por razones metodológicas, se centró principalmente en el análisis de dos variables de riesgo, los roles de género y la actitud hacia los spot publicitarios que promueven la delgadez como éxito y bienestar; entendiendo que éstas no son determinantes por sí mismas del riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, sino que interactúan junto a otros factores.

Al analizar los resultados obtenidos, es posible señalar que el porcentaje de mujeres adolescentes con probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación (22, 27%) medido a través del cuestionario EAT-40 está dentro del rango esperado en relación a otros estudios. En Chile, en una investigación exploratoria efectuada entre los años 1994 y 1996 hecha por Behar, Botero, Corsi y Muñoz, donde se aplicó el test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) a escolares de tercero y cuarto año de educación media de la V región, los resultados indicaron que el 18% de las adolescentes podrían ser incluidas dentro de la categoría de “potencialidad patológica” para el desarrollo de un trastorno alimentario (Marin, V., 2002). En los últimos 3 años se han estudiado 4 grupos de adolescentes femeninas en el departamento clínico de la Universidad de Valparaíso, haciendo un total de, aproximadamente, 700 adolescentes. Los porcentajes de riesgo de presentar un trastorno alimentario en estos estudios han fluctuado entre el 15 y 26%. Algunas de estas

investigaciones son de Tapia (2004) con un 25.5% de probabilidad de presentar una patología alimentaria; Chacón y cols. (2004) con un 16%; Bárbara Moses y Angélica Rodríguez (2003) con un 23.7% y Lemus y Rodríguez (2004) con 14.7% de riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Con la finalidad de evitar que estas cifras aumenten, alcanzando cifras epidemiológicas, son fundamentales los esfuerzos para prevenir, informando y educando a la sociedad respecto a estos trastornos y promoviendo estilos de vida saludables.

En cuanto a los resultados obtenidos en el Inventario de Roles de Género de Bem, el interés de realizar la presente investigación radicaba en los escasos antecedentes en nuestro país acerca de la relación entre las características genéricas y los trastornos de la alimentación. Los objetivos eran aportar con mayor información acerca de los factores de riesgo para desarrollar una patología alimentaria, especialmente, en relación al sexo femenino y a la etapa evolutiva de la adolescencia, debido a que son 2 factores que se repiten en dichos trastornos; además, se pretendía comparar los datos arrojados por las investigaciones realizadas en Chile por Behar y cols. (1998-2003) con 2 muestras de adolescentes de la V región, una con trastornos de la conducta alimentaria y otra sin dichas patologías, en las cuales los rasgos femeninos estaban relacionados con la probabilidad de presentar una patología alimentaria.

Los hallazgos de la presente investigación muestran lo contrario, es decir, el riesgo de presentar un trastorno alimentario, medido a través del cuestionario EAT-40, fue mayor en el grupo de adolescentes andróginas y masculinas versus el riesgo obtenido en adolescentes categorizadas como femeninas en el IRSB, en términos porcentuales. Cabe señalar que se utilizaron 2 formas de evaluar los resultados del IRSB: se utilizó la mediana del grupo y el

punto de corte 4.5 puntos, sugerido por Sandra Bem, autora del inventario. La evaluación con este último punto de corte tenía fines comparativos, ya que Behar y cols. (1998-2003) lo utilizaron en sus investigaciones. En ambas modalidades los resultados se mantuvieron. Los resultados obtenidos con la mediana del grupo, arrojan que el grupo andrógino presentó un 31% de EAT-40 igual o sobre 30 puntos, el grupo masculino obtuvo un 30% y el femenino un 15% de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. De acuerdo a los datos arrojados según el punto de corte de 4.5 puntos, el grupo andrógino presentó un 30% de riesgo en desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, el masculino un 27% y el grupo con roles de género femenino presentó un 14% en EAT-40 igual o sobre 30 puntos.

Según estos hallazgos, las características masculinas serían un factor de riesgo para los trastornos alimentarios. De igual forma, no se puede afirmar que las características femeninas serían un factor protector para estas patologías, debido a que el grupo andrógino, que presenta características tanto masculinas como femeninas, arroja puntajes elevados en el cuestionario EAT-40. Sería conveniente indagar en las valoraciones que las adolescentes otorgan a las distintas características masculinas y femeninas presentes en las escalas del I.R.S.B., ya que algunas de ellas podrían considerarse como riesgosas y otras como protectoras. Esto con la finalidad de tener más herramientas a la hora de desarrollar planes preventivos para las patologías alimentarias.

Los análisis estadísticos realizados, tanto al categorizar los roles de género con la mediana del grupo y con el punto de corte 4.5, confirman los resultados anteriores. En la prueba estadística T, destinada a evaluar si 2 grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias, los datos demuestran que el rol de género femenino difiere significativamente tanto con el rol masculino como andrógino. Esto indica que el

riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria sí tiene relación con el rol de género asumido, considerando que el promedio del grupo andrógino y masculino es mayor que el del grupo femenino. En cambio, los roles andrógino y masculino no difieren entre sí, indicando que no existe diferencia entre los grupos respecto a la probabilidad de desarrollar un trastorno del comer. Por lo tanto, es posible asumir que presentar características masculinas es un factor de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria.

Según los resultados obtenidos en la prueba ANOVA de una vía, destinada a analizar si los grupos difieren entre sí en cuanto a sus medias y varianzas, los grupos de sujetos con puntajes sobre la mediana y de sujetos con puntajes bajo la mediana en la escala de feminidad, no difieren significativamente entre sí, indicando que se comportan de manera similar respecto al riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. En cambio, de acuerdo a los datos encontrados al analizar los grupos de sujetos con puntajes sobre la mediana y de sujetos con puntajes bajo la mediana en la escala de masculinidad en relación al riesgo de presentar un trastorno del comer, se obtuvo que los grupos difieren significativamente entre sí. Esto indica que los grupos se comportan de manera distinta respecto al riesgo de presentar un trastorno alimentario, siendo el grupo más riesgoso el de sujetos con puntajes sobre la mediana en la escala de masculinidad. Estos resultados refuerzan la idea de que el asumir características masculinas es un factor de riesgo frente a las patologías alimentarias.

Respecto a la diferencia encontrada entre los resultados de esta investigación y del estudio realizado por Behar y cols., en relación al riesgo de presentar un trastorno alimentario y los roles genéricos asumidos, ésta puede deberse a que las muestras no son comparables entre sí, debido a que difieren en varios ámbitos, tales como:

- En la investigación realizada por Behar y cols., las conclusiones se obtuvieron según los datos arrojados en el grupo de mujeres que presentaban trastornos alimentarios; en cambio, en el presente estudio las conclusiones se obtuvieron de un grupo de mujeres evaluadas al azar.

- Nivel sociocultural y socioeconómico, el grupo evaluado en esta investigación pertenece a un nivel socioeconómico y cultural bajo y medio-bajo; en cambio, la muestra estudiada por Behar pertenecía a un nivel socioeconómico y cultural medio;

- Diferencias evolutivas, el grupo estudiado por Behar pertenecía a la etapa de adultez joven (mayores de 21 años), donde la identidad ya está relativamente definida; en cambio las escolares estudiadas en esta investigación pertenecen a la etapa de la adolescencia (entre 14 y 18 años), donde se vivencia un vago concepto de su identidad.

- Diferencias en escolaridad, las adolescentes evaluadas en la presente investigación cursaban la educación media en un establecimiento municipalizado (entre primero y cuarto medio), en cambio, las jóvenes estudiadas por Behar pertenecían a la educación superior, a las carreras de Medicina y Psicología (segundo año).

Un aspecto importante a tener en consideración respecto a las diferencias entre ambas investigaciones es la etapa del desarrollo que vivencian las adolescentes de este estudio, ya que ellas están expuestas a numerosas transformaciones físicas y psíquicas y por esto se encuentran más vulnerables a desarrollar un trastorno alimentario. La distorsión de la imagen corporal puede iniciarse en la adolescencia como consecuencia de estos cambios experimentados, entre los que se encuentran la aparición de caracteres sexuales secundarios, el aumento del peso a expensas del tejido adiposo y la poca información con que cuentan los adolescentes respecto a este período evolutivo (Behar, 1998). En las

adolescentes se manifiesta una intensa preocupación por la apariencia física, la silueta y el peso corporal, lo que conlleva, en muchas ocasiones, a una restricción alimentaria con la finalidad de disminuir su peso. El hacer dieta y su consecuente incursión en un potencial trastorno del hábito del comer, se encuentra potenciada por el estado de confusión muy común en los adolescentes, además de presentar un vago concepto de sí mismos, de su identidad y de su cuerpo. Actualmente, la apariencia física se presenta como sinónimo de identidad personal, por lo tanto, el cuerpo pasa a ser la medida de valor del individuo en su totalidad.

Continuando con los aspectos que diferencian el presente estudio del realizado por Behar y cols., las adolescentes no tienen grandes preocupaciones relacionadas con tener una pareja estable, el formar una familia y la maternidad, preocupaciones típicamente femeninas y que se encuentran presentes en la adultez-joven, sino preocupaciones relacionadas por definir su identidad y sentido de pertenencia. Por lo tanto, en la adolescencia las mujeres con roles andróginos y masculinos se encuentran más permeables a los estereotipos socialmente valorados, los cuales le exigen muchas demandas para competir en la sociedad actual en sus diferentes escenarios, por lo que podrían estar más vulnerables frente al riesgo de desarrollar uno de estos trastornos. Además, como forma de ejercer cierto control en su vida, característica tradicionalmente masculina, las adolescentes andróginas y masculinas podrían controlar su apariencia física y peso corporal, ya que no tienen la independencia necesaria para controlar otros ámbitos. Al entrar a la adultez joven, las prioridades de estas mujeres andróginas o masculinas cambian, disminuyendo la preocupación por la apariencia física, ya que presentan otros recursos para sentirse valoradas dentro de la sociedad. En cambio, las mujeres femeninas, que en la adolescencia

estaban más protegidas, producto de sus mismas cualidades, al entrar a la adultez joven se ven desprovistas de recursos personales para competir en el mundo, por lo que vuelcan su preocupación a la apariencia física como método para sentirse valoradas y no quedar fuera de la sociedad, sumado a la ansiedad de encontrar una pareja estable para poder proyectarse y satisfacer sus demandas ligadas al rol maternal. Esto podría aumentar el riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria.

Los intentos explicativos de los resultados encontrados podrían orientarse hacia el cambio en los estereotipos ligados a los roles de género a través del tiempo. Algunos científicos sociales afirman que los trastornos alimentarios son un síndrome propio de la cultura occidental actual (Prince, R; cit. Behar, R., 1996). Es ese sentido, tanto el hombre como la mujer consideran que el cuerpo correcto es aquel sano, delgado, fuerte y andrógino: un cuerpo apto para competir en una sociedad altamente demandante.

Actualmente, la mujer actual al ir adaptándose a los cambios sociales, ha debido modificar sus roles genéricos, dejando ciertos rasgos tradicionalmente femeninos y adoptando otros típicamente masculinos. Los valores mayormente apreciados son la belleza, la autonomía, el autocontrol, la juventud y el poder económico; características tradicionalmente atribuidas para el sexo masculino. La mujer debe ser atlética porque esto simboliza la competitividad. Su musculatura debe mostrar su capacidad agresiva y competitiva, debe mostrarse masculinizada para alcanzar posiciones en el campo laboral, aún a costa de sus caracteres biológicos ligados a la maternidad, función que, por otra parte le es exigida con la misma intensidad (Saslavsky, L.; cit en Branda, C., 2002).

El alcanzar la delgadez, en mujeres con patología alimentaria, aumenta en ellas la confianza en sus capacidades, su autoestima, sintiéndose poseedoras de un control total

sobre sus cuerpos y vidas. Así, ser portador de un cuerpo delgado, joven y vigoroso, sobre el cual se ejerce cierto tipo de control, no sólo implica alcanzar los deseados cánones estéticos, sino que satisface la imperiosa necesidad de los individuos de formar parte de un mercado de consumo cada vez más competitivo. Además, un cuerpo al cual se entrega una serie de cuidados y preocupaciones simbolizaría una actitud racional por parte de la persona, un alto grado de autoestima, una gran capacidad de autodominio. Se presupone que quien es capaz de gobernarse a sí mismo, ejercerá las mismas acciones y poseerá las mismas aptitudes en la esfera de sus relaciones interpersonales, vinculadas a su campo laboral, profesional, afectivo, familiar.

En una sociedad donde los valores que representan la identidad sexual tradicional femenina están obsoletos, no es extraño que la mujer actual desee adquirir características consideradas como masculinas y mostrarse competitiva, moderna y, además, delgada y atlética, presentando mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Esto debido a que los valores estéticos que mantienen las jóvenes que presentan algún tipo de trastorno alimentario se corresponden con una concepción distinta de mujer, más masculinizada, que se opone al rol típicamente asignado para ellas. De hecho el perfil psicológico de estas adolescentes coincide con el de una joven estudiosa y perfeccionista, características típicamente asociadas a la masculinidad (Cisneros Britto, P., 2001). Un alto perfeccionismo y la imperiosa necesidad de aprobación social, conlleva a crear en la mujer lo que Smolak y Levine (1992) llaman como el “complejo de superwoman”, considerándolo como factor determinante en la aparición de un trastorno alimentario (Raich, R., 2001). Por lo tanto, la mujer actual sufre la presión no sólo de mantener su feminidad, ligada a la maternidad y al cuidado del hogar, sino que sufre la

presión de adaptarse a un mundo altamente competitivo y agresivo para ganar espacios y derechos dentro de él.

Respecto al cuestionario de Lemus y Rodríguez, en la totalidad de la muestra la distribución porcentual de las tres posibilidades de actitudes, favorable, neutra y desfavorable, hacia los mensajes mediáticos fue similar. El conocer las actitudes hacia los mensajes mediáticos que promueven la delgadez fue fundamental para descubrir cómo dichas actitudes se comportan al interactuar con la variable de riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y, también, como se comportan frente a los distintos roles de género.

Según los datos arrojados en la prueba estadística T y la prueba ANOVA realizados entre este cuestionario y los roles de género, categorizados tanto con la mediana del grupo como con el punto de corte de 4.5 puntos, se puede concluir que no existe relación alguna entre presentar un determinado rol genérico y una determinada actitud hacia los mensajes publicitarios que promocionan la delgadez. Por lo tanto, los roles no influirían en la actitud manifestada hacia los spot publicitarios, como se había supuesto inicialmente.

Esto puede deberse a que el instrumento utilizado no posea la sensibilidad requerida y que deba ser revisado, tanto en sus puntos de corte como en su construcción y coherencia interna.

Los cambios en los estereotipos sexuales producidos en el tiempo podrían explicar estos resultados, en el sentido de que los reactivos utilizados, dos de bebidas gaseosas, “Fanta Light” y “Cachantún” y uno de un producto adelgazante “Slim”, todos spot chilenos, sólo presentan mujeres delgadas que tienen éxito y aceptación entre el sexo opuesto, destacando que la apariencia lo es todo y situando el desarrollo personal y social sólo en el ámbito físico; pero no promueven valores como la inteligencia, el éxito en el

plano laboral, independencia, asertividad, liderazgo y autocontrol; cualidades altamente deseables en la mujer contemporánea y que sí están presentes en otros avisos publicitarios que no necesariamente promocionan productos light. Al afirmar esto, no se está negando la influencia que tienen los mensajes mediáticos en el riesgo de presentar un trastorno alimentario ni que las teorías y modelos postulados al respecto, sino que los reactivos utilizados en este estudio no representan la totalidad de mensajes que promueven la delgadez como sinónimo de éxito en diferentes ámbitos de la vida.

Por lo tanto, no es posible concluir de manera precisa debido a la limitación del instrumento utilizado y de los reactivos presentados a las adolescentes.

Es posible confirmar, basándose en los resultados obtenidos en el presente estudio y en otras investigaciones, que el hecho de mantener un elevado riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, es un fenómeno multifactorial, es decir, el riesgo de desarrollarlo surge de la interacción, tanto de factores específicos como de factores generales de riesgo. Además, la probabilidad de presentar uno de estos trastornos ocurre en diferentes ámbitos, como la familia, la escuela, etc.; y en diferentes dimensiones, como la individual, relacional, social, cultural, etc. Entonces, no es posible hablar de un sólo factor que precipite un trastorno alimentario, ya que mientras mayor sea el número de factores de riesgo que se experimenten, mayor es la posibilidad de presentar uno de estos trastornos.

En resumen, los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan que las características masculinas son un factor clave a la hora de evaluar el riesgo de presentar un trastorno alimentario. Así mismo, la actitud manifestada hacia los mensajes mediáticos no estaría relacionada con el rol de género que asumen las adolescentes. Por lo tanto, no es posible afirmar que las características femeninas son un factor de riesgo para el desarrollo

de un trastorno alimentario, considerando las características masculinas como factores de riesgo y, en relación a los puntajes obtenidos en la actitud favorable hacia los mensajes mediáticos, no es posible concluir que las adolescentes que presentan características femeninas manifiestan actitud favorable hacia los spot publicitarios que promocionan la delgadez, así como tampoco es posible determinar que aquellas que presentan características masculinas mantengan una actitud desfavorable hacia dichos mensajes.

Limitaciones

- El I.R.S.B no da cuenta de los cambios de los estereotipos sexuales ocurridos a través del tiempo.
- El cuestionario de Lemus y Rodríguez puede que no posea la sensibilidad requerida y deba ser revisado en sus puntos de corte y en su construcción y coherencia interna.
- Los reactivos (spot publicitarios) utilizados en el Cuestionario de Lemus y Rodríguez no eran representativos de la valoración de la delgadez en diversos ámbitos.
- Los conceptos utilizados en el I.R.S.B. no eran familiares a las adolescentes.

Proyecciones

Como una forma de complementar el estudio realizado y de aportar más datos a esta investigación, se sugiere lo siguiente:

- Realizar otros estudios utilizando los factores de riesgo roles de género y actitudes hacia los mensajes mediáticos en una población clínica, con la finalidad de precisar los datos encontrados en este estudio.

- Ampliar esta investigación, estudiando cada uno de los términos utilizados para describir las características femeninas y masculinas presentes en las escalas del I.R.S.B., ya que la valoración que se les otorga pueden entregar información adicional acerca de aquellas que son de riesgo para presentar un trastorno alimentario y aquellas protectoras.

- Adaptar términos de I.R.S.B. a las características específicas de la cultura chilena, con la finalidad de aumentar la validez del instrumento y de las investigaciones realizadas.

- Seleccionar spot publicitarios que representen de mejor manera la promoción de la delgadez como sinónimo de éxito en diversos ámbitos.

REFERENCIAS

Aguilar, M., Silva, M. (2001). Estudio descriptivo comparativo sobre la salud mental, la satisfacción con la vida actual y los roles de género en una muestra de mujeres preclimatéricas, climatéricas y postclimatéricas del consultorio Marco Maldonado de la comuna de Viña del Mar. Tesis para optar al título de Psicólogo. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Backer, M. (1992). Hacia una nueva psicología de la mujer. Ediciones Paidós. Barcelona.

Baños, C. (1997). Revisión del conocimiento actual sobre la televisión y su influencia en el niño. <http://www.ieev.uma.es>

Behar, R. Trastornos del hábito alimentario en adolescentes: Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev. méd. Chile*, (n.126): 1085 – 1092.

Behar, R., Hernández, P. (2002). Deportes y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. méd. Chile*, mar. 2002, vol.130, no.3, p.287-294.

Behar, R., De La Barrera, M., Michelotti, J. (2003). Características clínicas e identidad genérica en subtipos de trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. méd. Chile*, jul. 2003, vol.131, no.7, p.748-758.

Behar, R., De La Barrera, M., Michelotti, J. (2002). Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito del comer. *Rev. méd. Chile*, sep. 2002, vol.130, no.9, p.964-975.

Behar, R., De La Barrera, M., Michelotti, J. (2001). Identidad de género y trastornos de la conducta alimentaria. *Rev. méd. Chile*, set. 2001, vol.129, no.9, p.1003-1011.

Behar R. y cols. Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hábito de comer. *Revista Medica De Chile*, año 2002, vol. 30, nro. 9, pag. 964.

Belloch, A. (1995). Investigaciones en Psicopatología en Manual de Psicopatología Volumen I. Mac Graw – Hill, España.

Beren, S., Chrisler J. (1990). Gender role, need for approval, childishees, and self – estiem. Markers of desorded eating? *Research communications in Psychology, Psychiatry Brhaviour* 1990, 15: 183 – 98.

Branda, C. (2002). Los trastornos de la alimentación: una mirada sociocultural. Artículo electrónico de actualidad relacionado a la nutrición. www.nutrinfo.com.ar

Bernard, A., Domínguez, P. (2002). Publicidad televisiva, hábitos alimentarios y estado nutricional. Estudio de un caso: niñas de San Andrés Cholula (México). Estrategias federales para mitigar la desnutrición. Universidad de Las Américas, Puebla.

Carmona, A., Sáenz, D., (1997). Estudio exploratorio del BSRI: esquema de género y comparación con el endogrupo y exogrupo, en una muestra de adolescentes que cursan IV medio en establecimientos educacionales mixtos, privados no subvencionados y municipalizados, de Valparaíso y Viña del Mar. Tesis para optar al título de Psicólogo. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Carrasco, M., García-Mina, A y Martínez, M. (2001). La autoestima y los estereotipos de rol de género. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Chacón, L., Jiménez, K., Peña, D., Rain, C. (2004). Aproximación al modelo del autoconcepto en los trastornos alimentarios: un estudio psicométrico del esquema de delgadez en población adolescente. Seminario de título presentado a la facultad de medicina para optar al título de psicólogo y al grado académico de licenciado en psicología. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Cisnero, P. (2001). Una perspectiva sociológica de la anorexia y la bulimia. Docencia e investigación. Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo. N.1 (versión digital).

Contreras, M., Reyes, S. (1997). Pautas relacionales en familias con violencia intrafamiliar: una aproximación hacia la transgeneracionalidad. Tesis para optar al título de Psicólogo. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

De Vega, J. (2000) Factores de vulnerabilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. I Congreso Virtual de Psiquiatría.

Mahíques, P. (2000). Nuevas tecnologías y tratamiento de los trastornos de la alimentación, ¿la realidad virtual o la virtud de la realidad? I Congreso Virtual de Psiquiatría.

Dorr, O. (1995). Psiquiatría antropológica. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

Giménez, L., Ardevol, I., Fernández, F. (2002). Antecedentes de obesidad y/o sobrepeso en anorexia nerviosa: un estudio piloto. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. Artículo64. Barcelona.

González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C. y Venegas, M. (2001). Relación entre Factores Individuales y Familiares de Riesgo para Desórdenes Alimenticios en Alumnos de Enseñanza Media. Revista de Psicología Universidad de Chile. Vol 1.

Kerlinger, F., Lee, H., (2002). Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales. Mc Graw Hill/interamericana editores, S.A. de C.V. México.

Levine, M., Smolak, L. Los medios de comunicación y los disturbios de la alimentación: consecuencias en la prevención primaria. En Noordenbos, G., Vandereycken, W. (2000). La prevención de los Trastornos Alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. Ediciones Granica. Barcelona.

Ludewing, K. (1991). Reflexiones sobre la anorexia en adolescentes: un enfoque sistémico del problema psicossomático ejemplificado por la anorexia. Revista Estudios Psicológicos. Vol 1. N.1. ediciones Universidad de la Frontera. Valdivia.

Marin, V. (2002) Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. Revista chilena de nutrición, versión online, agosto 2002, vol. 29, no.2.

Mc Phail Fanger, E. (2002). Cuerpo y cultura. Revista electrónica Razón y Palabra. Número 25. www.razonypalabra.org.mx

Morandé, G. (1999). Conductas de riesgo en adolescentes, trastornos por hacer dieta. Anorexias y bulimias Nerviosas. Psyke. Vol 8 (n.2):31 – 42.

Moses, B., Rodríguez, A. (2003). Factores de riesgo estructurales familiares en adolescentes con riesgo de presentar trastornos alimentarios. Seminario de título presentado a la facultad de medicina para optar al título de psicólogo y al grado académico de licenciado en psicología. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Muñoz, B. (1999). Sociología de la comunicación de masas. Universidad Carlos III, Madrid.

Navarro, M., Stimpson, C. (1999). Sexualidad, género y roles sexuales. Fondo de Cultura económica de Argentina. Buenos Aires.

Raich, R. (1994). Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. Pirámide. Madrid.

Saldaña, C. (2001). Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente. Ediciones pirámide. Madrid.

Sampieri, R., & cols. (1998). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México.

Sánchez, C., Ruiz, M. La identidad sexual y de género en nuevo siglo de integración social y política hacia cambios culturales. Chile.

Striegel-Moore, R., Steiner-Adair, C. Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En Noordenbos, G., Vandereycken, W. (2000). La prevención de los Trastornos Alimentarios. Un enfoque multidisciplinario. Ediciones Granica. Barcelona.

Tapía, V. (2004). Conductas para perder peso en mujeres adolescentes: un estudio correlacional en torno al riesgo de trastorno alimentario e insatisfacción corporal. Seminario de título presentado a la facultad de medicina para optar al título de psicólogo y al grado académico de licenciado en psicología. Valparaíso. Universidad de Valparaíso.

Toro, J. Y Villardel, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Martínez Roca. Barcelona.

Toro, J., Salamero, M., Y Martínez, E. (1995). Evaluación de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal en la anorexia. Revista de Psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona, 22, 205 – 214.

Trabajo presentado en mesa redonda “prevención en TCA, organizada por la fundación FUMTADIP en el marco del XV congreso argentino de psiquiatría. El individuo: las redes biológicas y las redes sociales (APSA) 15-18 de abril 1999. Mar del Plata.

Yañez, M., Amenabar, N., Correa, J. M. Padres y madres y enseñanza de la televisión. <http://tecnologiaedu.us.es>

Zocco, J. (1997). El cuarto poder. Un peculiar análisis de la televisión. <http://espanol.geocities.com>

APÉNDICE

APENDICE A
BASE DE DATOS

CASO	EAT-40	BEM_masc	BEM_fem	CATEGORIA	L y R
1	52	4,55	5,9	A	102
2	21	5,65	4,55	A	88
3	20	5,25	5,45	A	49
4	32	5,2	5,95	A	59
5	42	4,7	6,15	A	88
6	15	5,65	5,95	A	104
7	31	4,8	6,15	A	69
8	20	4,55	5,65	A	90
9	47	4,65	5,55	A	52
10	16	4,05	6,05	F	104
11	26	4,15	2,5	I	58
12	8	5,1	3,35	M	87
13	17	4,75	4,85	A	47
14	12	3,85	5	F	37
15	14	5,15	6,05	A	42
16	6	4,4	5,45	F	101
17	24	4,35	5,5	F	85
18	63	6,4	5,45	A	112
19	40	6	2,65	M	137
20	22	5,05	5,7	A	109
21	19	4,85	5,35	A	47
22	6	2,9	4,8	F	75
23	12	3,7	5,75	F	49
24	10	3,35	5,2	F	61
25	9	5,2	5,55	A	48
26	25	4,25	5,3	F	60
27	17	5,15	5,4	A	58
28	19	4,75	5,6	A	91
29	25	5,25	4,3	M	82
30	46	4,64	6	A	101
31	4	6,05	5,65	A	51
32	12	4,05	6,2	F	54
33	22	5,45	5,85	A	115
34	6	2,6	4,7	F	88
35	18	4,9	4,55	A	98
36	38	5,4	6,35	A	82
37	8	3,7	6,1	F	53
38	23	5,7	3,9	M	52
39	14	4,45	5,45	F	60
40	13	3,65	3,5	I	79
41	12	4,25	3,8	I	103
42	22	4,05	6	F	73
43	15	4,25	5,65	F	67
44	8	4,15	5,3	F	55
45	28	4,1	5,25	F	71

46	29	4,3	6	F	74
47	8	2,15	5,15	F	71
48	77	6,6	4,95	A	88
49	30	4,3	5,3	F	65
50	35	4,85	5,75	A	90
51	69	4,55	6,3	A	83
52	47	3,8	6,15	F	104
53	14	3,9	5,85	F	62
54	21	4,55	5,65	A	81
55	16	3,8	5,5	F	78
56	10	4,6	4,75	A	64
57	35	5,5	4,7	A	84
58	15	5	5,2	A	51
59	22	4,5	5,5	A	93
60	5	3,6	3,9	I	93
61	18	3,55	4,65	F	89
62	25	3,35	5,1	F	87
63	36	4,8	5,05	A	76
64	35	3,65	6,6	F	96
65	30	4,5	4,6	A	76
66	26	4,4	6,15	F	57
67	12	3,7	5	F	110
68	61	4,75	5,7	A	121
69	18	4,75	6,05	A	90
70	20	5,65	5,25	A	55
71	28	5,9	5,75	A	72
72	31	4,4	5,6	F	72
73	36	5,4	4,45	M	80
74	48	5,5	5,55	A	114
75	30	5,4	4,9	A	75
76	19	4,55	5,9	A	94
77	10	3,95	4,8	F	80
78	34	4,25	5,8	F	110
79	39	4,45	4,3	I	87
80	30	5,2	5,4	A	64
81	16	4,3	5,85	F	83
82	8	2,85	4,3	I	101
83	21	4,9	5,75	A	72
84	26	4,1	4,55	F	62
85	24	5,85	3,7	M	55
86	27	4,25	5,95	F	107
87	42	6,4	6,7	A	48
88	30	5,25	6,2	A	52
89	32	4,2	5,2	F	48
90	17	4,3	6,05	F	50
91	16	4,25	4	I	97

92	20	4,6	5,55	A	93
93	41	2,65	4,5	F	85
94	58	5,15	5,6	A	107
95	44	3,55	4,65	F	80
96	17	3,7	4,75	F	92
97	27	4,9	3,6	M	99
98	7	3,55	4,8	F	75
99	7	3,1	5,55	F	75
100	3	2,7	3,9	I	94
101	5	5,95	4,95	A	80
102	10	5,25	5,2	A	73
103	26	6,25	4,75	A	122
104	16	6,15	5,25	A	66
105	8	3,65	4,6	F	84
106	14	4,65	5,85	A	76
107	33	2,95	4,8	F	116
108	22	3,9	5,25	F	72
109	9	3,55	4,55	F	95
110	26	5,75	5,85	A	105
111	15	4,35	5,3	F	49
112	27	3,65	4,3	I	102
113	17	4,85	4,95	A	78
114	23	5,8	5,7	A	30
115	11	5,9	5,7	A	78
116	23	1	4,3	I	84
117	56	6	4,95	A	144
118	28	2,8	4,95	F	82
119	17	4	4,7	F	74
120	8	1,75	3,15	I	81
121	23	2,9	4	I	85
122	14	3,6	5,25	F	75
123	26	2,15	4,5	F	103
124	8	4,65	5,5	A	89
125	17	3,05	5,25	F	66
126	12	3,1	4,75	F	73
127	15	4,1	4,1	I	66
128	11	4,4	5,05	F	75
129	26	3,4	6,05	F	98
130	13	4,8	5,85	A	57
131	12	4,15	5,35	F	79
132	27	5,15	5,35	A	86
133	6	2,3	4,3	I	78
134	11	3,9	5,65	F	78
135	32	4,25	5,5	F	81
136	20	5,05	5,25	A	109
137	14	4,15	5,5	F	81

138	17	4,15	5,4	F	77
139	37	5,4	5,95	A	85
140	16	5,3	5,8	A	82
141	27	4,95	6,3	A	87
142	11	2,7	3,3	I	57
143	16	4,55	5,85	A	76
144	22	3,6	4,7	F	76
145	32	5,75	5,05	A	118
146	25	5,7	5,3	A	89
147	58	4	3,85	I	92
148	20	6	6,3	A	76
149	15	4,9	5,45	A	62
150	24	4,2	3,3	I	60
151	16	5,8	5,9	A	47
152	15	3,5	6,3	F	50
153	18	3,9	6,3	F	49
154	15	3	4,95	F	50
155	3	5	5,7	A	74
156	20	4,35	5,95	F	89
157	23	5,7	4,75	A	80
158	19	4,55	5	A	75
159	17	4,55	4,7	A	133
160	29	4,55	5,85	A	79
161	28	5,7	5,2	A	43
162	16	3,85	4,55	F	79
163	35	3,45	5,5	F	104
164	15	4,3	5,65	F	88
165	13	3,9	4,45	I	63
166	13	2,95	4,4	I	74
167	17	4,85	6,1	A	67
168	14	4,6	3,55	M	103
169	22	3,8	5,1	F	81
170	13	4,75	5,05	A	85
171	20	4,8	5,8	A	49
172	27	4,35	3,75	I	83
173	17	4,3	4,8	F	60
174	9	2,65	2,3	I	100
175	7	4,15	5,75	F	66
176	17	3,2	3,9	I	75
177	34	4,3	4,9	F	92
178	5	4,95	4,35	M	65
179	44	5,25	5,65	A	66
180	21	4,6	5,95	A	88
181	27	2,95	4,75	F	53
182	23	4	3,2	I	90
183	14	3,05	4,9	F	49

184	13	4,25	5,5	F	52
185	19	5	6,45	A	96
186	16	4,1	4,65	F	126
187	37	6	6,1	A	76
188	18	5,3	7	A	93
189	18	4,15	5,1	F	92
190	9	3,55	5,35	F	81
191	19	4,9	5,6	A	100
192	37	4,6	4,6	A	109
193	19	3,5	4,9	F	109
194	27	4,4	4,95	F	86
195	26	3,6	4,8	F	93
196	19	5	5,65	A	64
197	14	4,4	4,35	I	76
198	17	5	4,75	A	40
199	9	3,75	3,35	I	84
200	6	4,05	3,15	I	74
201	19	3,25	3,85	I	82
202	25	3,7	5	F	65
203	18	4,8	5,1	A	86
204	68	5,45	6	A	126
205	30	5,55	5,75	A	105
206	34	5,8	4,85	A	79
207	62	2,95	4,65	F	118
208	17	4,75	5,35	A	68
209	20	5,7	3,35	M	65
210	7	4,3	3,65	I	68
211	18	5,95	5,95	A	54
212	13	4,6	5,1	A	60
213	20	4,35	4,55	F	91
214	12	4,1	5,1	F	67
215	18	5,25	4,35	M	73
216	11	5	4,15	M	90
217	17	4,55	4,2	M	82
218	12	4,9	5,9	A	76
219	17	5,15	5,65	A	69
220	12	3,5	5,05	F	77
221	11	4,6	6,3	A	95
222	11	5,7	5,95	A	65
223	2	4,85	6,15	A	61
224	22	4,45	5,4	F	83
225	23	4,2	4,5	F	98
226	77	5,1	6	A	109
227	11	4,55	5,1	A	63
228	7	5,55	5,8	A	77
229	12	4,9	5,95	A	79

230	18	6,2	6,1	A	68
231	31	4,75	6,4	A	54
232	47	5,45	5,15	A	64
233	8	2,85	3,5	I	66
234	9	3,3	4,65	F	79
235	14	6,35	6,1	A	64
236	49	5,55	6,2	A	112
237	43	5,6	5,95	A	125
238	25	4,3	6,5	F	57
239	42	5,75	6,65	A	131
240	12	4,55	6	A	87
241	15	5,35	5,4	A	83
242	22	3,95	4,95	F	84
243	5	3,7	4,9	F	86
244	6	2,95	5,95	F	68
245	33	4,9	5,25	A	100
246	11	5	5,65	A	82
247	19	3,95	4,65	F	100
248	20	4,95	5,7	A	50
249	13	4,55	5,4	A	68
250	28	5,35	4,1	M	98
251	12	4,4	5,7	F	60
252	11	4,6	6,3	A	66
253	20	4,7	4,9	A	69
254	21	3,75	5,15	F	86
255	38	5,45	6,15	A	94
256	32	5,1	5,9	A	66
257	15	3,65	6,3	F	73
258	17	3,9	5,6	F	92
259	17	3,55	5,8	F	79
260	30	5,55	5	A	73
261	10	2,95	4,8	F	69
262	4	4,6	6,2	A	87
263	9	3,9	5	F	86
264	25	4,5	5,55	A	80
265	22	5,35	5,8	A	75
266	22	5,05	5,3	A	73
267	21	6	5,25	A	73
268	33	4,6	5,3	A	88
269	7	4,2	4,35	I	75
270	37	3,95	6,4	F	146
271	8	5	5,55	A	78
272	18	4,85	5,05	A	91
273	29	4,9	5,85	A	93
274	15	5,5	5,6	A	60
275	10	5,3	5,2	A	79

276	33	5,4	5,95	A	89
277	22	4,5	5,05	A	54
278	31	5,45	6,05	A	103
279	15	4,5	4,7	A	80
280	12	5,6	5,5	A	64
281	15	5,25	4,7	A	68
282	19	3,9	5,1	F	89
283	23	3,1	4,15	I	92
284	17	3,5	4,95	F	62
285	13	4,85	5,5	A	100
286	6	5,15	5,55	A	59
287	22	5,8	5,9	A	84
288	17	4,4	4,05	I	86
289	15	3,9	4,2	I	80
290	12	3,55	4,65	F	81
291	7	5,1	5,3	A	61
292	8	5,3	5,1	A	84
293	38	2,7	4,55	F	88
294	7	4,75	5,5	A	76
295	19	4,5	4,2	M	61
296	9	5,3	5,2	A	53
297	35	4,7	5,85	A	88
298	11	4,3	5,7	F	88
299	12	4,1	5,4	F	84
300	13	5,25	6,15	A	75
301	21	5,25	5,15	A	78
302	17	5,6	5,9	A	80
303	10	4,45	5,85	F	71
304	9	3	5,1	F	91
305	24	5,65	3,45	M	82
306	54	5,75	5,5	A	124
307	62	5,7	4,55	A	89
308	14	4,5	5,5	A	85
309	3	4,5	4,9	A	54
310	15	4,4	5,45	F	83
311	17	5,5	5,35	A	76
312	27	3,7	6,05	F	98
313	47	4,65	5,45	A	94
314	17	3,75	5,3	F	71
315	46	5,65	6,05	A	91
316	31	6,05	4,45	M	97
317	27	3,9	3,25	I	85
318	43	6,35	5,6	A	112
319	46	3,85	3,8	I	96
320	45	5,25	5,25	A	96
321	25	4,5	4,05	M	96

322	26	4,65	5,45	A	131
323	47	5	6,2	A	86
324	7	4,45	5,5	F	65
325	19	5,65	5,4	A	56
326	33	4,8	5,3	A	95
327	29	6,05	6,25	A	54
328	18	4,95	5,7	A	57
329	16	4,2	4,85	F	112
330	18	3,7	4,35	I	99
331	10	5,25	6,05	A	49
332	5	3,9	5,6	F	63
333	4	4,95	5,55	A	103
334	12	4,95	5,3	A	76
335	6	3,25	4,65	F	94
336	9	5,05	5,75	A	48
337	25	3,25	3,55	I	57
338	40	5,45	6,25	A	70
339	37	2,9	5,8	F	129
340	37	5,15	4,45	M	104
341	32	6,4	6	A	126
342	89	4,7	4,4	M	30
343	4	5	5,4	A	68
344	31	3,75	4,1	I	100
345	34	3,1	4,45	I	76
346	17	6,15	5,65	A	60
347	26	4,1	6,1	F	75
348	22	4,6	6,05	A	56
349	23	5,3	5,8	A	76
350	11	3,45	5,4	F	57
351	19	3,4	3,65	I	90
352	33	5,35	3,25	M	112
353	30	5,1	6	A	86
354	28	4,1	5,35	F	97
355	12	5,25	6	A	85
356	22	6,3	5,05	A	70
357	10	4,5	4,85	A	53
358	14	3,45	6,15	F	69
359	6	5,15	5,75	A	68
360	2	5,7	5,95	A	60
361	17	3,75	5,45	F	70
362	16	3,5	4,4	I	61
363	5	4,6	5,4	A	61
364	10	4	5,75	F	65
365	27	5,2	5,05	A	100
366	19	4,05	5,95	F	73
367	16	3,85	2,95	I	48

368	36	3,75	5,7	F	83
369	22	4,5	2,5	M	95
370	8	5,4	6,3	A	60
371	25	4,9	5,05	A	87

APENDICE B**MODELO DE LEVINE Y SMOLAK (1992)**

APENDICE C
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Sr. Absalón Opazo

Jefe Área Educacional Corporación de Educación

La profesora de la Universidad de Valparaíso, Ps. Liliana Contreras y las alumnas seminaristas de la carrera de Psicología, Srtas. Paulina Gili y Evelyn Madrid, solicitan su cooperación para realizar un estudio en el establecimiento educacional Liceo N° 2 de Niñas de Valparaíso, consistente en la evaluación de roles y la medición de actitudes hacia la publicidad que promueven la delgadez en alumnas de enseñanza media de dicho Liceo.

Para realizar esta evaluación se aplicará el Cuestionario EAT-40 para evaluar hábitos alimentarios. Posteriormente, se aplicará el Cuestionario de Bem para medir roles asumidos por las niñas y, luego, el Cuestionario de Actitudes hacia la publicidad de Lemus y Rodríguez, luego de ver una serie de avisos comerciales. El tiempo máximo a ocupar durante toda la medición será aproximadamente de 45 minutos.

Entre los materiales para llevar a cabo la investigación se cuenta un televisor y un video grabador o pasapelículas.

La directora de este establecimiento educacional, Sra. Verónica Ramírez, está al tanto nuestra investigación y de acuerdo en prestarnos su colaboración, sin embargo, es de vital importancia contar con su autorización para realizar esta medición, por lo que si Usted desea contactarse con nosotras para brindarle mayor información puede llamar al teléfono de nuestra Escuela de Psicología 508603.

Esperando su pronta respuesta, se despiden muy atentamente de Usted

Ps. LILIANA CONTRERAS

INVESTIGADORA RESPONSABLE

PAULINA GILI GRAF

ALUMNA SEMINARISTA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

EVELYN MADRID BRITO

ALUMNA SEMINARISTA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

APENDICE D

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Carta de Consentimiento

Acepto participar de forma voluntaria y anónima en la investigación acerca de roles de género y actitudes hacia la promoción de la delgadez en avisos publicitarios de la televisión chilena, realizada por las alumnas seminaristas de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso, Srtas. Paulina Gili y Evelyn Madrid, quienes son supervisadas por la profesora guía Ps. Liliana Contreras.

La participación consiste en:

- Responder el test EAT-40 sobre hábitos alimentarios
- Responder el inventario de roles de género de Bem.
- Observar una serie de avisos publicitarios chilenos.
- Responder el cuestionario de actitudes hacia la publicidad de Lemus y Rodríguez.

La duración total de la medición no excederá los 45 minutos.

Si estás dispuesta o no a participar por favor marca con una X sobre la opción correspondiente.

SI

NO

Fecha:

Edad:

Curso:

Establecimiento: Liceo N° 2 de Niñas. Valparaíso.

APENDICE E
CUESTIONARIO EAT-40

E.A.T. – 40

Marca con una cruz la respuesta que tu consideres que mejor se adapta a tu situación.

	N U N C A	CASI N U N C A	A V E C E S	B A S T A N T E	CASI S I E M P R E	S I E M P R E
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acercan las horas de comida.						
4..Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuo no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupo mucho por la comida.						
7. A veces me he tenido “atracones” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, papas...).						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar muy delgado.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a..						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes.						
29. Procuo no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer régimen.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

APENDICE F

INVENTARIO DE ROLES SEXUALES DE BEM

INVENTARIO DE ROLES SEXUALES DE BEM

Instrucciones: A continuación usted encontrará una lista de características de personalidad. Me gustaría que usted usase éstas para describirse a sí mismo, eso es que usted indique en una escala de 1 a 7 cuán verdaderamente ciertas son estas características si usted piensa en usted mismo. No deje ninguna de las características sin marcar.

Ejemplo: astuto/a

Marque 1: si nunca o casi nunca es verdad que usted es astuto/a.

Marque 2: si por lo general no es verdad que usted es astuto/a.

Marque 3: si de vez en cuando es verdad que usted es astuto/a.

Marque 4: si ocasionalmente es verdad que usted es astuto/a.

Marque 5: si a menudo es verdad que usted es astuto/a.

Marque 6: si usualmente es verdad que usted es astuto/a.

Marque 7: si siempre o casi siempre es verdad que usted es astuto/a.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o Casi nunca	Por lo general no es verdad	Algunas veces, no frecuente	Ocasionalmente verdad	A menudo verdad	Usualmente verdad	Siempre o casi siempre verdad.

1 – Defiendo mis puntos de vista		31 – Seguro/a de sí mismo/a	
2 – Afectuoso/a		32 – Condescendiente	
3 – Conciencioso/a		33 – Servicial	
4 – Independiente		34 – Atlético/a	
5 – Benévolo/a		35 – Alegre	
6 – Caprichoso/a		36 – Desorganizado/a	
7 – Asertivo/a		37 – Analítico/a	
8 – Sensible a las necesidades de otros		38 – Vergonzoso/a	
9 – Confiante		39 – Ineficiente	
10 – Personalidad fuerte		40 – Fácilmente toma decisiones	
11 – Comprensivo		41 – Halagable	
12 – Celoso/a		42 – Teatral	
13 – Enérgico/a		43 – Autosuficiente	
14 – Compasivo/a		44 – Leal	
15 – Veraz, Honesto/a		45 – Feliz	
16 – Tiene capacidad de líder		46 – Individualista	
17 – Paño de lágrimas, consolador/a		47 – Meloso/a	
18 – Reservado/a		48 – Impredecible	
19 – Dispuesto/a a tomar riesgos		49 – Masculino/a	
20 – Cálido/a		50 – Crédulo	
21 – Adaptable		51 – Solemne	
22 – Dominante		52 – Competitivo/a	
23 – Tierno/a		53 – Infantil	
24 – Engreído/a, Vanidoso/a		54 – Atractivo/a	
25 – Dispuesto/a tomar una posición		55 – Ambicioso/a	
26 – Querendón/a de los niños		56 – No usa lenguaje soez	
27 – Discreto/a		57 – Sincero/a	
28 – Agresivo/a		58 – Actúa como líder	
29 – Gentil		59 – Femenino/a	
30 – Convencional		60 – Amigable/a	

APÉNDICE G

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA PROMOCIÓN DE LA

DELGADEZ EN SPOT PUBLICITARIOS DE LA TELEVISIÓN

CHILENA

**CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA PROMOCIÓN DE LA DELGADEZ EN SPOT
PUBLICITARIOS DE LA TELEVISIÓN CHILENA**

El siguiente cuestionario consiste en un conjunto de afirmaciones relativas a los spot que usted acaba de observar. Lea cuidadosamente cada afirmación y marque con una X en el casillero correspondiente según su grado de acuerdo o desacuerdo:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Estos spot me estimulan a adelgazar.					
Iniciaría más conversaciones con hombres si me viera como las protagonistas de los comerciales.					
Las mujeres que no son tan delgadas como éstas también son atractivas.					
Me sentiría más atractiva si luciera como las modelos de los spot.					
Me parece que este tipo de mujeres se valoran positivamente a sí mismas.					
Creo que tendría más posibilidades de triunfar en la vida si luciera delgada como las modelos de los spot.					
Me parece que el éxito no tiene que ver con el estar delgada.					
Siento que he descuidado mi físico cuando me comparo con las protagonistas de los spot.					
Mi autoestima no se ve afectada por estos spot.					
Si fuese como las modelos de los spot tendría una vida social activa.					
Haría dieta para estar delgada como las modelos de los spot.					
Me angustio al comparar mi estado físico con el de las modelos de los spot					
Me querría más si luciera como las modelos de los spot.					
Estar en forma no me parece tan relevante.					
Estos spot no me hacen sentir fea.					
Creo que no vale la pena esforzarme para verme así.					
Creo que verme como las protagonistas de los comerciales no me haría más popular.					
Sentiría más confianza en mí misma si me viera como una de estas mujeres.					
Controlaría las calorías de mi dieta para lucir un vientre plano como el de las modelos.					
Me sentiría más feliz si pudiera lucir un físico como el de las modelos de los comerciales.					
Me sentiría más aceptada por mis amistades si luciera como las modelos de los comerciales.					
Creo que la belleza no tiene que ver con estar delgada.					
Me molesta que se le de tanta importancia a la figura.					
No necesito verme así para que me vaya bien.					
Mi autoestima no tiene que ver con mi peso.					
Me siento presionada para adelgazar cuando veo estos spot.					
Estar delgada no me parece un asunto tan importante.					
Seguiría una rutina constante de ejercicios para lograr un cuerpo como el de las modelos de los spot.					
Al ver estos spot siento miedo de engordar.					
Cuando comparo mi cuerpo con el de las modelos siento que soy menos bonita.					