



La Distorsión del Espejo

La visión errónea sobre sí misma
de una anoréxica o bulímica.

Tesis presentada al consejo de la Facultad de Arquitectura
y Diseño de la Universidad Rafael Landívar por
Patricia Gil Alvarez previo a optar el título de Diseñadora
Gráfica en el grado académico de Licenciada



Guatemala, Abril 2004


Reg. No. Arq. 08-2004

Decanato de la Facultad de Arquitectura y Diseño a
los veintiseis días del mes de marzo de dos mil cuatro.

Con base al dictamen rendido por el asesor Lic. Leizer Kachler y el resultado de la
Defensa de Tesis, denominada: "La distorsión del espejo", presentado por la
estudiante Patricia Gil Alvarez, previo a su Graduación Profesional de Diseñadora
Gráfica en el Grado Académico de Licenciada, se autoriza la impresión de dicha
Tesis.


Lic. Leizer Kachler
DIRECTOR DE CARRERA




Lic. Antonio García Dávila
SECRETARIO



MPG
C.c. archibon





Guatemala, 26 de noviembre de 2003

Consejo de Facultad
Facultad de Arquitectura y Diseño

Por este medio hago constar que la estudiante Patricia Gil Alvarez, con carnet 10758-97, cumplió con los requerimientos del curso de Tesis II, por lo cual puede iniciar con sus tramites correspondientes a Privado y Evaluación Comprensiva.

Atentamente,



Lic. Leizer Kachler
Asesor

Autoridades Universidad Rafael Landívar

Lic. Gonzalo de Villa, S.J.
Licda. Guillermina Herrera
Dr. René Pointevin
Dr. Hugo Beteta Méndez Ruiz
Lic. Luis Estuardo Quan Mack

RECTOR
VICERRECTORA GENERAL
VICERRECTOR ACADÉMICO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
SECRETARIO GENERAL

Autoridades de la Facultad de Arquitectura y Diseño

Arq. Carlos Estuardo Haeussler Córdón
Arq. Byron Estuardo Rodríguez González
Lic. Manuel Antonio Gaitán Dávila
Arq. Karín Lucrecia Grajeda Godínez
Lic. Leizer Kachler Solares
D.I. Hernán Ovidio Morales Calderón
Arq. Warren Orbaugh
Lic. Jorge Hernández
Sr. Ovidio Vargas

DECANO
VICEDECANO
SECRETARIO
DIRECTORA DEPTO. DE ARQUITECTURA
DIRECTOR DEPTO. DISEÑO GRÁFICO
DIRECTOR DEPTO. DE DISEÑO INDUSTRIAL
REPRESENTANTE DE CATEDRÁTICOS
REPRESENTANTE DE CATEDRÁTICOS
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL TITULAR

Terna que practicó la defensa privada de Tesis

Licenciada Patricia Herrera
Licenciada Francine Pinelo
Licenciada Ileana Reina





What we call human nature
in actualy is human habbit.

Jewel

La culminación de esta etapa de mi vida se la dedico a Dios; a mis papás por hacer desde el principio que mi vida sea perfecta; a Alejandro por ser mis cinco sentidos, por ser mi sentido; a mi hermano por ser la pieza que me faltaba y a mi familia, toda, por que cada uno de ustedes me ha ayudado a crecer en alguna parte de mi ser, a mis amigos..... Gracias!



La
Distorsión
del
Espejo



Índice

I Parte

1.- Introducción.....	1
2.- Planteamiento del Problema.....	2
3.- Objetivos de la Investigación.....	4
4.- Metodología.....	5
4.1.- Sujetos de Estudio.....	5
4.2.- Objetos de Estudio.....	9
4.3.- Instrumentos.....	10
4.4.- Método de la Investigación.....	14
5.- Marco de Referencia.....	16
6.- Antecedentes de Diseño.....	41
7.- Descripción e Interpretación de Resultados....	49
8.- Conclusiones y Recomendaciones de Investigación...	73

II Parte

1.- Presentación de la Necesidad.....	75
2.- Objetivos de la Propuesta.....	77
3.- Fundamento Teórico de la Propuesta de Diseño...	78
3.1.- Institución o Empresa con la que se va a Trabajar.....	78
3.2.- Contenidos Teóricos que respaldan la Propuesta de Diseño.....	79
4.- Definición del Grupo Objetivo.....	97

5.- Conceptualización.....	103
5.1.- Definición del Concepto Central.....	103
5.2.- Conceptos Complementarios.....	104
6.- Contenidos del Material Gráfico.....	105
6.1.- Personalidad de la Información... ..	105
7.- Medios a Utilizar y Formas de Distribución... ..	106
7.1.- Implementación.....	107
8.- Bocetaje.....	108
9.- Desarrollo del Diseño Preliminar.....	110
10.-Validación Técnica del Diseño Preliminar... ..	116
11.-Propuesta Final y Fundamentación.....	117
12.-Producción y Reproducción.....	123
13.-Conclusiones y Recomendaciones.....	125
<i>III Parte</i>	
1.- Bibliografía.....	
2.- Anexos.....	127
	131



I Parte



Introducción



1.- Introducción

Los trastornos alimenticios son enfermedades que pueden ser graves, entre estos se encuentra la anorexia y la bulimia; padecimientos que adquieren mayor fuerza cuando se mezclan con una sociedad que le da mucho valor al aspecto físico y a la belleza exterior. Ambas, catalogadas como enfermedades graves, están originando un auténtico problema de salud pública, ya que se quiera reconocer o no, se están convirtiendo en la epidemia social de moda, sobre todo entre los adolescentes.

La anorexia y la bulimia, en sus inicios se presentaron como brotes sicóticos, áreas de estudio para psicólogos y psiquiatras, actualmente sólo se conocen como una manifestación más variada de la conducta alimenticia, y lo más difícil de digerir es que se toman como desajustes típicos y muy comunes en el desarrollo de las personas. La anorexia y la bulimia, se convierten en un cáncer social, que solo se resuelve sin consecuencias con una intervención a tiempo, lamentablemente pocas veces es a tiempo.

En el transcurso del análisis se utilizarán casos reales como ejemplos de estudio, así como información profunda y documentada sobre estos temas; se presentará una breve recopilación de alternativas de análisis para propuestas de diseño,

en donde se presentará una diversidad de materiales gráficos, sobre todo extranjeros, que manejen los temas de anorexia y bulimia; mas que nada se toman como referencia con el fin de retomar los detalles importantes que se resalten, para entender la mejor forma de dirigir el mensaje. Cabe destacar que el fin de crear un manejo eficiente de la información, es para que el grupo objetivo entienda que la Anorexia no solamente trata de una persona que es gorda y que no come, y que la bulimia trata de alguien que come mucho y luego vomita; se tratará de eliminar la idea que muchas personas tienen, convenciéndose de que se trata más de un capricho juvenil que da problemas a la salud, también se tratará con los padres, para que no vean estas enfermedades a la ligera, queriendo automedicar, sino que se pretende enfatizar en la importancia de la búsqueda de ayuda profesional, especializada.

Luego de estudiar las alternativas y ejemplos de diseño, se enfocará el documento en las consecuencias de los trastornos alimenticios antes descritos, encontrándose consecuencias médicas, normalmente ligadas a la desnutrición, sobre todo habrán consecuencias psicosociales que afectan a un círculo de personas interfiriendo en la vida social-familiar, escolar y laboral. Estas consecuencias resaltarán en encuestas a niñas, entrevistas a profesionales y opiniones de padres, quienes darán la pauta para dirigir la información de forma objetiva.



Planteamiento del Problema

2~ Planteamiento del Problema

Anorexia y Bulimia en mujeres de 10-15 años

El mundo atraviesa una era en la que los medios de comunicación son de gran influencia para todos; es por esto que vemos que el "ideal" de la belleza se hace más evidente y podemos notar que las personas luchan por conseguir este ideal, sin importar cual sea el precio que deben de pagar.

Por esta razón, enfermedades como la Anorexia y la Bulimia van en aumento y se tornan en enfermedades de "moda", que las personas comienzan a padecer sin siquiera saber de qué se tratan y que realmente son padecimientos patológicos, que los pueden llevar a la muerte.

Este tipo de enfermedades se ven con mayor frecuencia en adultos jóvenes y adolescentes y en mayor porcentaje en mujeres, quienes las padecen por imitación o por ser una forma fácil de conseguir este estándar de peso y de figura. Poco a poco se ha ido descubriendo que esto no afecta únicamente a este grupo, ya que en Guatemala, en los colegios privados, se han presentado varios casos de estas enfermedades, en niñas comprendidos entre los 10 a los 15 años. Un aproximado, muestra que una de cada cinco niñas de estos

colegios padece de algún trastorno alimenticio en alguna de las etapas de estos, siendo los que tienen mayor presencia, la anorexia y la bulimia. A raíz de estos padecimientos, las niñas, van perdiendo la energía y vitalidad que las caracteriza. Su educación se ve afectada también, ya que las neuronas se van muriendo a un ritmo acelerado y su desenvolvimiento intelectual baja cada día. En los últimos años se ha notado que el nivel de mortandad de niñas a este nivel aumenta y una de las principales razones son estas enfermedades, al igual que se registra que muchas de las personas que mueren jóvenes, tuvieron algún trastorno alimenticio a temprana edad.

El problema no sólo afecta a la persona que lo padece, también a las personas que conviven directamente con ella, siendo en su mayoría, los padres y hermanos; sin dejar de tomar en cuenta a los compañeros de clase, amigos y al colegio al que asisten.

Como se mencionó anteriormente, las niñas comprendidas entre los 10 a los 15 años se ven muy influenciadas por lo que ven en la televisión y en las revistas, las cuales muestran una imagen de la figura como algo muy importante y le ponen estándares que deben de ser adoptados por las niñas para ser "aceptadas" por la sociedad, y para verse bien dentro de ésta.

Por la falta de madurez, propia de estas edades, y la desinformación, para alcanzar estos "ideales" adoptan prácticas que atentan contra su salud y las consecuencias pueden ser muy graves, incluso las pueden llevar a la muerte. Los más afectados, definitivamente, son las niñas, quienes en su inocencia y al no tener bien definida su personalidad aún, no le ven nada malo a estos desórdenes alimenticios y se ven muy influenciadas por los medios de comunicación.

Para ayudar en la disminución de este problema el diseño gráfico puede apoyar con un material que informe acerca de las causas, características y consecuencias de estas enfermedades a las niñas, sus familias y colegios. Para esto es necesario determinar el nivel de conocimiento de las partes involucradas hacia este tema.

En un problema como este, existen varios grupos o entidades con las que se puede contar para apoyar esta labor, éstos pueden ser, los colegios a los que asisten las mujeres de 10 a 15 años, los departamentos de psicología de estos, los padres de familia, hospitales que se encuentren en el área, entre otros.

Es de suma importancia al tratar un tema de esta magnitud, que se conozca realmente a los afectados, saber cuales son sus razones, que es lo que los preocupa y saber principalmente hasta donde están concientes de lo que hacen. Esta investigación será mucho mas efectiva si se cuenta con la asesoría de profesionales de la psicología y de médicos especialistas, que nos puedan encaminar en una certera investigación.

Por lo antes descrito, se detecta que los medios viables para dar a conocer este problema pueden abarcar desde material impreso, hasta medios audiovisuales. Y la principal aportación del diseño gráfico será crear material que apoye en el conocimiento de la anorexia y la bulimia.

Lo anterior, nos lleva al planteamiento de las siguientes interrogantes:

¿Tienen las mujeres de 10 a 15 años conocimiento acerca de los trastornos alimenticios?

¿Tienen conocimiento los padres y los colegios acerca de las causas, características y consecuencias de los trastornos alimenticios?

¿Existe material informativo, adecuado, de estas enfermedades accesible a los involucrados en este problema?

¿Es importante el papel de los colegios un en el padecimiento y/o recuperación de estas enfermedades?



Objetivos de la Investigación



3.- Objetivos de la Investigación



Debido al planteamiento anterior, para resolver estas interrogantes se proponen los siguientes objetivos:

- Determinar el nivel de conocimiento de las mujeres de 10 a 15 años hacia el tema de los trastornos alimenticios.
- Determinar el conocimiento de los padres y de los colegios hacia las causas, características y consecuencias de la anorexia y la bulimia.
- Conocer si existe material informativo, accesible a los involucrados, relacionado con el tema de la anorexia y la bulimia.
- Determinar el lenguaje de aproximación a los involucrados en el problema, para tratar el tema de los trastornos alimenticios.
- Determinar el papel de los colegios en el padecimiento o recuperación de estas enfermedades.

Metodología



4.- Metodología

4.1.- Sujetos de Estudio

Niñas comprendidas entre los 10 y los 15 años.

Se generaliza niñas a las mujeres comprendidas entre los 10 y los 15 años de edad, que estudian entre el tercer grado de primaria hasta el segundo año de secundaria, en colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital¹. La población es de 3,060 niñas. El muestreo será de tipo no probabilístico básicamente, puesto que se ha determinado que se hará encuesta semi-estructurada en dichos colegios, en éstos grados, para obtener resultados directamente del grupo a evaluar, trabajando con una muestra al azar.

La cantidad de niñas que conforman la muestra corresponde al 30% de la población total de alumnas, número suficiente para obtener los datos necesarios acerca de:

- A.-¿Sáben que es la Anorexia y la Bulimia?
- B.- ¿Conocen métodos rápidos para bajar de peso?

C.- ¿Están concientes que pudieran llegar a padecer Anorexia o Bulimia?

D.-¿Están concientes cuales son las principales causas de estos Trastornos?

E.-¿Los padres, maestros o encargados vigilan de cerca la salud y los hábitos alimenticios de estas niñas?

F.-¿Un índice aproximado de muestras de estos Trastornos en las niñas?

¹ Se refiere con colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital a los siguientes colegios: Colegio Monte María, Colegio La Asunción, Colegio Campo Alegre, Colegio Sagrado Corazón de Jesús y Colegio Belga Guatemalteco.

Padres de Familia

Se generaliza como padre de familia a los padres, madres, encargados y/o tutores de las niñas que estudian entre el tercer grado de primaria hasta el segundo año de secundaria, en colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital¹. La población la conforman 6,120 personas² de los cuales el 50% aproximadamente es de cada género. El muestreo es de tipo no probabilístico ya que se enviará el instrumento a la casa de cada una de las alumnas de la muestra, pero debido a que no se especificará cual de los padres debe de contestarlo, aún no se ha determinado la cantidad de padres de cada género que estará incluido dentro de la muestra.

La cantidad de personas que conforman la muestra corresponde a la cantidad total de alumnas encuestadas, o lo que es lo mismo, aproximadamente la mitad del total de padres de familia de las niñas tomadas de muestra. Será válido tomar en cuenta únicamente un instrumento por cada hogar, número suficiente para obtener los datos

necesarios acerca de:

- A.-¿Sáben qué es la anorexia y la bulimia?
- B.-¿Tienen comunicación con sus hijas acerca de su salud?
- C.-¿Fomentan en sus hijas la ansiedad por tener una buena figura?
- D.-¿Conocen material que traten sobre estos temas?
- E.-¿Se involucran con la alimentación de sus hijas?
- F.-¿Cuál es el medio de comunicación con el que están mas en contacto sus hijas?
- G.-El nivel de interes hacia este tema.

¹ Se refiere con colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital a los siguientes colegios: Colegio Monte María, Colegio La Asunción, Colegio Campo Alegre, Colegio Sagrado Corazón de Jesús y Colegio Belga Guatemalteco.

² La cifra 6,120 es un aproximado, puesto que no se sabe con certeza cuantas de las niñas tienen en casa a sus dos padres. Son 3,060 alumnas en total entre los cinco colegios, multiplicado por dos (ambos padres), da de resultado 6,120 como un máximo de padres de familia.

Médicos

Esta muestra es de tres médicos: César A. Cifuentes, ginecólogo, Henry Morales, médico general y José Luis Sáenz, pediatra, que tratan con estos trastornos como parte diaria de su vida laboral. La muestra elegida fue de forma no probabilística, seleccionada así debido a que son personas que están en contacto directo con el problema, y son quienes respondan individualmente con mayor objetividad a preguntas sobre:

- A.- Edades que se ven mayormente afectadas por problemas de Anorexia y Bulimia.
- B.- Medidas a tomar ante un paciente anoréxico o bulímico.
- C.- Gravedad de la Anorexia y Bulimia en los casos que lleguen al hospital.
- D.- Primeros auxilios para niñas con estos trastornos.
- E.- Características y consecuencias médicas de estas enfermedades.
- F.- Existencia y facilitación de material informativo sobre la Anorexia y la Bulimia.

Psicólogos

Esta muestra está integrada por tres psicólogos, Violeta Tercero: Colegio Sagrado Corazón, Carlos E. Benítez: Clínica Experimental de Problemas Infantiles y Glenda Tabín: Clínica Particular, que trabajan directamente con estos temas. La muestra elegida fue de forma no probabilística, seleccionada así debido a que son personas que están en contacto directo con el problema, y por lo tanto, son quienes mejor nos pueden informar acerca de:

- A.- Cuáles son las posibles causas de la Anorexia y la Bulimia.
- B.- Cuáles son las consecuencias.
- C.- Cuáles son las características psicológicas de estos trastornos.
- D.- Cómo se debe de tratar el tema con las niñas.
- E.- Como identificar a una persona anoréxica y/o bulímica.
- F.- Cómo tratar el tema con los padres.
- G.- Cómo inquietar positivamente a las niñas.
- H.- Cuáles son las mejores formas de involucrar a padres, colegios y niñas en temas de salud



Diseñadores

Para esta muestra se han tomado a tres profesionales del diseño que han trabajado con casos similares a estos trastornos. Estos son: Maité Aguilar de Tipos Grficart, Georgina Bran de D.G. Pront y Carolina Bran de Tipos Grficart. Se solicitará apoyo por parte de ellos por medio de una encuesta abierta que presente información acertada acerca de:

- A.- Qué tipo de material es recomendable para tratar estos temas.
- B.- Características gráficas y de contenido de este material.
- C.- De qué forma y con que material han abordado este tipo de temas.
- D.- Con quién es más aconsejable tratar el tema.
- E.- Cuál cree que es la imagen que se pueda manejar



4.2.~ Objetos de Estudio

Debido a que el tema es de tan poco interés en la población en general, no existe ningún objeto que pueda ser estudiado que pueda dar información relevante negativa o positiva para la realización de este proyecto de tesis, así como no existe una institución, fundación o entidad que traten el problema. El Ministerio de Salud Pública podría ser quien trate este problema, pero hasta el momento se mantiene ajeno a ello.



4.3.~ Instrumentos

Encuesta / Cuestionario para Niñas

La información se recibe de la estructuración de una encuesta, como instrumento que proporcione una visión del panorama en el que viven las niñas y que tanto saben sobre el tema de la anorexia y la bulimia, que tanto se ven afectadas e involucradas, cuanto creen que los maestros se involucran en sus problemas y si estos están preocupados por síntomas o comportamientos que den indicios de estos trastornos.

La encuesta cuenta con 15 preguntas con respuestas cerradas, en las que se manejan los temas de anorexia y bulimia de forma directa y a la vez indagando para describir una posible presencia de ambas enfermedades en las niñas. Son ocho los temas que abarca esta encuesta, que profundizan en cada uno de los objetivos para luego ser analizados.

La forma de ejecución de esta encuesta será que las maestras la repartirán a una sección de cada grado, y en ese mismo período se las deberán devolver, no me presentaré al momento de pasarlas, ya que las niñas no me conocen y esto podrá dar lugar a una desviación de los resultados.

* ver ANEXO 1



Encuesta ? Cuestionario para Padres

Nuevamente se estructura una Encuesta-Cuestionario, la cual manifestará el sentimiento de cada padre de familia y sus percepciones sobre el tema de la anorexia y la bulimia así como la muestra de preocupación por que sus hijas padezcan estos trastornos y que tanta información puedan transmitirles. Es importante mencionar que esta encuesta indaga en el tipo de comunicación que manejan los padres con sus hijas y si estos están o no interesados en el aspecto físico.

La encuesta consta de 9 preguntas cerradas y una pregunta abierta, de modo que se puedan obtener datos cualitativos para luego conjugarse con los ocho temas bases y puedan relacionarse y compararse con las respuestas proporcionadas por las niñas.

Estas encuestas se las llevará cada niña a su casa para que sus padres la contesten y la envíen al día siguiente, mismo en el que la maestra las recopilará y me las hará llegar

* ver ANEXO 2



Guía de Entrevista para Médicos, Psicólogos y Diseñadores

Se realizará una entrevista semiestructurada abierta a los profesionales para que ésta permita cierta libertad al responder, pero que a su vez sea objetiva. Es importante mencionar que estas entrevistas buscan exclusivamente buscar datos propios de Guatemala en los que se pueda basar el material que más adelante se proponga

Las entrevistas constan de 11 y 8 preguntas en las que se recopila la información y en las cuales se guarda cierta relación ente un profesional y otro para luego comparar estos datos y poder plantear conclusiones más objetivos.

A continuación se enumeran las preguntas de cada entrevista:

Médicos

1.- ¿Cuales son las edades en las que más se ven problemas de Anorexia y Bulimia?


- 2.- ¿Que medidas toman cuando llega una paciente con Anorexia o Bulimia a un hospital?
- 3.- ¿Que tan grave es la Anorexia y la Bulimia en los casos cuando ya llegan a un hospital?
- 4.- ¿Cuales son las emergencias que se pueden presentar en casos de Anorexia y Bulimia?
- 5.- ¿Cuales podrían ser los primeros auxilios con niñas, en estos casos?
- 6.- ¿Cuales son las consecuencias médicas en casos de Anorexia y Bulimia?
- 7.- ¿Cuales son las características médicas de estas enfermedades?
- 8.- ¿Cómo se puede abordar el tema con la niñas?
- 9.- ¿Cómo se puede abordar el tema con los padres?
- 10.- ¿Tiene algún material informativo sobre la Anorexia y/o la Bulimia?
- 11.- ¿Da a sus pacientes material sobre la Anorexia y la Bulimia?

Psicólogos


- 1.- ¿Cuales son las posibles causas de la Anorexia?
- 2.- ¿Cuales son las consecuencias?
- 3.- ¿Cuales son las características psicológicas?
- 4.- ¿Cómo se debe hablar con las niñas Anoréxicas y Bulímicas?
- 5.- ¿Cómo se identifica a una persona Anoréxica o Bulímica?

- 7.- ¿Como me aconseja abordarlo?
8.- ¿Cual cree que es la imagen que se pueda manejar?

* ver ANEXO 3,4,5

- 
- 6.- ¿Cómo abordar el problema con las niñas?
7.- ¿Cómo abordar el problema con los papás?
8.- ¿Con quién es más conveniente tratar de primero este problema?
9.- ¿Psicológicamente a que edades afecta más?
10.- ¿Como inquietar positivamente a las niñas en contra de estas enfermedades?
11.- ¿Cuales son las mejores formas de involucrar a padres, colegios y niñas en un mismo ideal de salud?

Diseñadores

- 1.- ¿Que tipo de material es recomendable para tratar este tipo de enfermedades?
2.- ¿Que características gráficas debe tener este material?
3.- ¿Que características de contenido debe de tener el material?
4.- ¿De que forma han abordado los temas de salud que han tratado?
5.- ¿Con que material han abordado los temas de salud que han tratado?
6.- ¿Con quien (papás, niñas, colegios, etc.) aconsejan tratar este tema?
- 

4.4.~ Método de Investigación

4.4.1.~ Tipo de Investigación

El proyecto que se presenta a continuación, se compone por varios tipos de investigación, que a continuación se enumeran y describen:

Por el grado de aplicabilidad

APLICADA

Ya que se pretende proponer una solución al problema concreto del padecimiento de la anorexia y de la bulimia en niñas de 10 a 15 años.

Por el grado de profundidad

FORMULATIVA

Por que no sólo se describen y explican las causas y consecuencias de estos trastornos, si no que también se propondrá una alternativa de solución.

Por su enfoque metodológico

DESCRIPTIVA

Ya que no pretende demostrar nada, no se propone una hipótesis, y lo único que pretende es presentar un caso y proponer material de diseño que solucione la deficiencia de comunicación en este tema en específico.

Por el origen de los datos

MIXTA

Por que tanto se aprovecha la información documental sobre este tema, como la información sobre observaciones y encuestas aplicadas a los sujetos de estudio.

Por el uso de la variable tiempo

SINCRÓNICA

Por que lo que nos interesa es saber cual es el estado actual de éste tema en el grupo de las niñas, sujetos de estudio.

Por la duración del estudio

TRANSVERSAL

Ya que el corte de tiempo en el que se trabaja es en el tiempo actual, y no se va a hacer reseñas de tiempos pasados.

El método de investigación será

DEDUCTIVO

Ya que se partirá de las características generales de estos trastornos, hasta llegar a las características específicas de los sujetos de estudio.

Debido a que la población de las niñas es bastante grande al igual que la de los padres de familia, se decidió tomar una muestra de tipo

NO PROBABILÍSTICA

Ya que no es un muestreo al azar, pero a la vez, no sabemos si vamos a seleccionar a personas que están en contacto con el problema, o si vamos a encuestar únicamente a personas ajenas a estos trastornos.

luego se redactarán las recomendaciones, que basadas en lo anterior den paso al siguiente punto para elaborar una propuesta de diseño efectiva.



4.4.1.~ Procedimiento

Para realizar esta investigación se procederá a hablar con los colegios para ver cuando se podrá llegar a realizar las encuestas o para ver si sólo se les dejarán para que ellos las pasen en el momento que ellos crean más conveniente.

Paralelo a ésto se llevará el proceso de investigación de los antecedentes y del marco teórico, así como también las entrevistas con los profesionales.

Una vez obtenidos los resultados de las encuestas y de las entrevistas se procederá a tabular los resultados y a hacer los temas en los que se subdividirán estas encuestas para poder hacer las gráficas y con esto dar paso al planteamiento de las comparaciones entre los diferentes encuestados, entrevistados y el marco de referencia.

Ya teniendo estos resultados y la investigación terminada se pasará a plantear conclusiones que basadas en los resultados obtenidos, cumplan con los objetivos planteados al inicio del proyecto, y



Marco de Referencia

Índice

Qué es la Anorexia y la Bulimia.....	17
¿Cómo es el inicio de estas Enfermedades?....	17
Síntomas de la Anorexia.....	17
Síntomas de la Bulimia.....	18
¿Cuales son algunas de las Causas?.....	19
¿A que Consecuencias nos pueden llevar estas enfermedades?.....	25
Complicaciones de la Bulimia.....	26
Complicaciones de la Anorexia.....	27
¿Cómo se pueden tratar estas Enfermedades?.....	30
Diagnóstico de la Anorexia y sus Complicaciones.....	34
Causas de la Perpetuación de la Bulimia.....	35
Causas de la Perpetuación de la Anorexia.....	36
¿Qué confirmará un Diagnóstico de trastornos de Comer?.....	36
Trastornos al comer.....	37
¿En qué consisten los Trastornos del Comer?.....	37
Trastornos del comer no especificados de otra manera.....	38
Efectos Personales y Sociales de la Bulimia.....	39

5.~ Marco de Referencia

¿Qué es la Anorexia Nerviosa y la Bulimia?

La anorexia nerviosa se puede considerar como una alteración por defecto, de los hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema. Niegan la enfermedad y se perciben gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético. Sobreviene la irregularidad menstrual y más tarde la amenorrea o la impotencia en varones. "Se le ha llamado de diferentes formas, desde consunción nerviosa, neurosis de la alimentación, hasta ahora que le llamamos Anorexia Nerviosa, pero todo es lo mismo y es muy peligroso" (Gull 1993)

La bulimia como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engorrandes de sus síntomas bulímicos. "Luego de ter-

minar de comer se sienten con culpa, y es entonces cuando se dirigen al baño, así es como sabemos que padecen de "kynos orexia" o hambre canina" (Galeno 1960). Aparece por primera vez en el, 1980 con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de bulimia nerviosa en 1987.

¿Cómo es el inicio de estas enfermedades?

Síntomas de la anorexia

- 1.- Negativa a mantener el peso corporal por encima de un peso normal mínimo para edad y altura, por ejemplo, pérdida de peso dirigida a mantener el peso en 15 por ciento por debajo del esperado
- 2.- Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando tenga peso insuficiente.
- 3.- Percepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo.
- 4.- En las mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

En general, usted puede estar absolutamente seguro de que una persona tiene anorexia si observa las siguientes tres semanas de alarma constantes y esenciales:

- 1.- Peso corporal anormalmente bajo.
- 2.- Mantenimiento deliberado de ese peso corpo-

ral mediante dieta, ejercicio, abuso de laxantes o diuréticos, o una combinación de los tres.

3.- Síntomas de inanición

El rasgo común de este desorden alimenticio, es el intentar a como de lugar, mantener el control sobre la cantidad de comida que se ingiere. Períodos de ayuno, conteo obsesivo del contenido calórico de los alimentos, el ejercicio compulsivo, y/o la purgación después de una comida regular, son los síntomas otros de estos trastornos. En muchos casos estas personas aparentan tener hábitos alimenticios normales con algunos períodos de restricción. Los anoréxicos son conocidos por comer "galguerías", particularmente dulces, toman grandes cantidades de café y/o fuman.

Síntomas de la bulimia

- 1.- Episodios recurrentes de atracones de comida.
- 2.- Una sensación de pérdida del autodominio durante los atracones de comida.
- 3.- El uso regular de vomito autoinducido, laxantes o diuréticos, dieta estricta o ayuno, o ejercicio muy energético para evitar el aumento de peso.
- 4.- Un mínimo de dos episodios de atracón de comida a la semana durante al menos tres meses.
- 5.- Preocupación exagerada por la figura y el

peso corporal. Las bulímicas están continuamente obsesionadas por su aspecto y trabajan duro para ser lo más atractivas posibles.

6.- Antecedentes de dietas frecuentes. Muchos estudios han revelado que casi todas las personas que desarrollan bulimia han realizado frecuentes intentos de controlar su peso.

7.- Síntomas de depresión. Incluyen pensamientos melancólicos o pesimistas, ideas recurrentes de suicidio, escasa capacidad de concentración o irritabilidad creciente.

8.- Excesivo temor a engordar. En un estudio reciente, el 92 por ciento de las pacientes bulímicas encuestadas dijeron que sentían pánico o mucho temor a engordar.

9.- Comer en secreto o lo más inadvertidas posible.

10.- Mantenimiento de al menos un estándar normal mínimo de peso. A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione. Por supuesto, muchas mujeres con anorexia también desarrollaran bulimia.

En síntesis, los desordenes alimentarios, el miedo a la obesidad y las conductas extravagantes en relación con la comida son algunos de los principales síntomas. Los bulímicos son capaces de ingerir grandes cantidades de comida en poco tiempo y, luego, se generan conductas purgativas como autoprovocarse vómitos o consumir laxantes y diuréticos en forma indiscriminada. La rutina la rematan con desayunos compensatorios que, finalmente, los llevan a repetir el ciclo. Los

anoréxicos tiene una marcada tendencia a la inanición, acompañada por un temor irracional hacia los alimentos. Se niegan a comer, tienen terror a aumentar de peso, se vuelven incapaces de reconocer los riesgos que eso provoca y oscilan permanentemente entre la hiperactividad y la depresión. La adicción a las drogas es una característica bastante frecuente entre estas pacientes así como su tendencia a la depresión y a la ansiedad. Además, suelen fracasar en sus relaciones sentimentales.

¿Cuáles son algunas de las causas?

“Desde muy jóvenes, las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer ciertos ideales de belleza que la sociedad impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida. La dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual se debe alcanzar sin importar el costo. En el cine, las revistas, la televisión y en cualquier medio de comunicación desfilan diariamente los máximos exponentes del género; si te encuentras entre ellos estás IN, en caso contrario, pasas a formar parte de los OUT” (Dr. Olkies 1996)

No podemos hablar de una única causa o causas específicas que desarrollen el trastorno pero sí de unos factores influyentes

Factores culturales

Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación.

Dedicado a la moda

Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad -entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. “Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del “genero”.”

En contraposición a la delgadez de las modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado cuenta de que en la últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.

Influencia de los medios de comunicación

Adelgazar sin esfuerzo. También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud).

Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante.

Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario.

El entorno familiar, la presión del grupo de padres, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante

estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, mas allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores para esclarecer e informar, ya se ven algunos intentos como por ejemplo la firma de ropa SAIL que incluye en sus campañas gráficas o televisivas advertencias sobre estas enfermedades.

Factores educativos

La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por lo contrario la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

Factores familiares

Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Un estudio encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobreinvolucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y dis-

tantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.

Factores de vulnerabilidad personal

No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales... perfil psicológico que conforma la combinación adecuada para el desarrollo de este tipo de patologías.


Factores temporales

Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

Otros factores

Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física. "Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc. fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principal-



mente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas." (Dr. Olkies 1996)

Trastornos emocionales


Los trastornos del comer van con frecuencia acompañados de depresión, trastorno de ansiedad o ambos, pero no se sabe si los trastornos emocionales son causas o resultados de los trastornos del comer.

"Entre un 40% y un 80% de todos los pacientes con trastornos del comer experimentan depresión, y la depresión es común en las familias de los pacientes con trastornos del comer. Algunos expertos sostienen que la depresión no desempeña un papel causal, en particular en la anorexia, ya que los trastornos del comer rara vez se curan cuando se administra medicación antidepresiva como el único tratamiento. La gravedad del trastorno del comer tampoco se correlaciona con la gravedad de cualquier depresión existente. Además, la depresión a menudo mejora después de que los pacientes anoréxicos

empiecen a aumentar de peso." (Dr. Olkies 1996) Por otro lado, los estudios han revelado cantidades bajas de ciertos neurotransmisores (mensajeros químicos en el cerebro) en algunas personas con anorexia y bulimia severas, que permanecen bajas incluso después de que han recuperado el peso. Niveles reducidos de estos neurotransmisores, la serotonina y la norepinefrina, también se encuentran en las personas con depresión, y se ven anomalías de serotonina en las personas con trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio reciente ha encontrado que los niveles sanguíneos bajos del aminoácido triptofano, un componente en la comida que es esencial en la producción de serotonina, pueden producir depresión. Las personas que comen excesivamente después de una dieta severa pueden estar respondiendo a este estado emocional de estímulo proteínico.

La estación a menudo afecta la depresión y los trastornos del comer. En varias personas, la depresión es más severa en los meses de invierno más oscuros; en forma similar un subgrupo de los pacientes bulímicos sufren de una forma específica de bulimia la cual empeora en el invierno y el otoño; tales pacientes tienen una mayor tendencia de haber empezado a comer excesivamente a una edad más temprana y a comer excesivamente con mayor frecuencia que aquellos cuya bulimia es más consistente durante todo el año. El inicio de la anorexia parece llegar al máximo en mayo, el mes con mayores índices de suicidio.





Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la anorexia y la bulimia. Las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general el inicio del trastorno del comer, y así mismo el trastorno de pánico tiende a seguir. Las fobias sociales, en las cuales una persona tiene miedo de ser públicamente humillada, son comunes en ambos trastornos del comer. Las personas con anorexia, sin embargo, están especialmente propensas al trastorno obsesivo-compulsivo. Las obsesiones son imágenes, pensamientos o ideas mentales recurrentes o persistentes que pueden resultar en comportamiento compulsivo, rutinas repetitivas, rígidas y autoprescritas cuyo propósito es prevenir la manifestación de la obsesión. Las mujeres con anorexia pueden volverse obsesivas con el ejercicio, la dieta y la comida. A menudo desarrollan rituales compulsivos, por ejemplo, el pesar cada pedazo de comida, cortándola en pedazos diminutos, o poniéndola en envases diminutos. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo con anorexia o bulimia no parece ejercer un efecto negativo en las perspectivas a largo plazo, aunque la mejoría en el trastorno del comer a menudo es paralela a la mejoría en la ansiedad.

Atletismo excesivo

La actitud cultural hacia la actividad física va mano a mano con la actitud desordenada en lo referente al comer. A los estadounidenses se les anima a que admiren la actividad física sólo como un esfuerzo competitivo intenso que pocos pueden lograr, dejando a la mayoría de las personas como espectadoras. En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia (y, a un grado menor, en bulimia). El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las jóvenes atletas mujeres y bailarinas.

La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular añorada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando en exceso las vidas de los atletas. Algunos son inclusive abusivos si sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos. En las personas con trastornos de la personalidad que los hacen vulnerables a esta crítica, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo,

lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos. Anormalidades pituitarias de hipotálamos. Existen dudas sobre si las anomalías típicas observadas en los sistemas neurológicos y hormonales de las personas con trastornos del comer son resultados o causas de los trastornos. El entorno clave de estas anomalías se origina en el área del cerebro conocida como el hipotálamo, el cual regula la glándula pituitaria, a veces conocida como la glándula maestra debido a su importancia en la coordinación de los sistemas nerviosos y hormonales. Los estudios a base de imágenes de los cerebros de pacientes anoréxicos han encontrado altos niveles de proteínas conocidas como factores de secreción de corticotropina (CRF, por siglas en inglés), las cuales se secretan durante períodos de estrés y bloquean la sustancia neuropéptido Y (NPY, por siglas en inglés), un estimulante de apetito potente. Estos productos químicos relacionados con el apetito pueden servir como los enlaces biológicos entre las enfermedades estresantes extremas en la vida de una persona joven y el desarrollo posterior de anorexia, aunque algunos estudios por imágenes indican que estas anomalías ocurren después de desarrollada la anorexia. Se necesita más trabajo. Otro estudio vincula niveles inestables, generalmente bajos,

de leptin con la anorexia; esta sustancia está bajo escrutinio por su papel en la obesidad.

El sistema pituitario del hipotálamos es también responsable de la producción de hormonas reproductivas importantes que se agotan severamente en la anorexia, dando lugar a la cesación menstrual. Altos niveles de la hormona masculina testosterona también se han detectado en las mujeres con trastornos del comer.

Problemas alrededor del nacimiento

En algunas personas con anorexia, se mostró una incidencia alta de problemas durante el embarazo de la madre o después del nacimiento lo cual pudo haber desempeñado un papel en el desarrollo posterior de trastornos del comer. Estos problemas incluyen infecciones, trauma físico, convulsiones, bajo peso al nacer y mayor edad materna. Las personas con anorexia a menudo tuvieron problemas del estómago e intestinales en edades muy tempranas.

Infecciones

La investigación ha encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico (GABHS, por siglas en inglés), la causa de la inflamación séptica de la garganta. GABHS ya se ha identificado como un factor causante de una forma rara de trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por siglas en inglés) en los niños; OCD y anorexia tienen varios comportamientos en

tiene más conciencia de que está enferma y suele acabar solicitando ayuda.

común. Epstein Barr, el virus que causa la mononucleosis también ha sido asociado con el desarrollo de anorexia. Una teoría que explica estos vínculos es que los anticuerpos provocados por los organismos pueden accidentalmente lesionar el cerebro durante el proceso de lucha contra la infección. Los antibióticos, la terapia inmunológica y una vacuna experimental contra la fiebre reumática pueden inclusive ayudar a tratar la anorexia en estos pacientes.

Factores genéticos

La anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndoles más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia.

A la mujer anoréxica se la descubre antes porque ve excesivamente delgada, mientras que la bulímica suele mantener el mismo peso. Esta es una de las razones por la que las bulímicas mantienen más tiempo en secreto su enfermedad. Según los especialistas, la bulímica, a diferencia de la anoréxica,

¿A qué consecuencias nos pueden llevar estas enfermedades?

Consecuencias Físicas

Corazones pequeños

Niñas de 17 años con corazones del tamaño de una de siete. Quedarse, literalmente, en los huesos está provocando alteraciones en el funcionamiento y en el tamaño del corazón. Un total de 130 niñas anoréxicas españolas han participado en un estudio. Sus resultados: la mayoría poseía un corazón pequeño y sufría alteraciones. Una alta incidencia de anomalías se ve en las niñas anoréxicas: la mitad de los casos debido a un prolapso en la válvula mitral (mal funcionamiento de dicha válvula); otras sufrían derrame pericárdico (agua fuera del corazón). También se encontraron trastornos del ritmo cardíaco. Los expertos desconocen aún si la recuperación del peso devolverá la normalidad al funcionamiento cardíaco.

Niñas menopáusicas

La amenorrea (pérdida de la menstruación) es uno de los tres síntomas que sirven para el diagnóstico de la anorexia nerviosa. Dicha pérdida ha sido

asociada, junto a un aumento de los niveles de ciertas hormonas, como el cortisol, con la aparición de osteoporosis.

Dos años de seguimiento de 42 pacientes han servido para constatar que existía una pérdida de densidad ósea, no recuperable ni con un año de tratamiento con estrógenos. "Sin embargo, hemos comprobado que las que recuperan la menstruación de forma natural sí aumentan la fortaleza de sus huesos". (Dra. Ma Teresa Muñoz Calvo 1999)

Hay una serie de posibles consecuencias de ambas enfermedades, una vez que se vuelvan extremas. A saber:

- Relaciones afectivas conflictivas
- Úlcera de estómago y esófago
- Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio
- Problemas dentales
- Crecimiento anormal del vello capilar
- Caída del pelo
- Baja la temperatura corporal
- Sequedad en la piel
- Alteraciones menstruales
- Muy bajo rendimiento intelectual y físico
- Dificultadas para relacionarse sexualmente

— Riesgo de muerte: entre un 5 y un 15 por ciento de los casos de bulimia y anorexia extremas son mortales.

Complicaciones de la Bulimia

Perspectivas a largo plazo

Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia. Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1% en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres con bulimia todavía estaban luchando contra el trastorno después de diez años.

Problemas médicos

La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal. Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se revierte cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales.

Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del tracto digestivo. Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

Problemas psicológicos y comportamiento auto-destructivo

Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. En un estudio de mujeres bulímicas no anoréxicas, el 33% abusaban el alcohol y el 28% abusaban las drogas, con un 18% con sobredosis repetidamente. La cocaína y las anfetaminas fueron las drogas con mayor frecuencia abusadas. En el mismo estudio, fueron comunes otros tipos de comportamiento autodestructor, entre otros el auto-cortado y el robo.

Medicamentos sin prescripción

Las mujeres con bulimia con frecuencia abusan los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito, por lo general ipecac. Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo. Por ejemplo, se han notificado casos de intoxicación por ipecac, y algunas personas se tornan dependientes de los laxantes para el funcionamiento intestinal normal. Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados.

Complicaciones de la Anorexia

Perspectivas a largo plazo

En este momento ningún programa de tratamiento para la anorexia nervosa es completamente eficaz. "Dos estudios a largo plazo (10 á 15 años) reportaron recuperación después del tratamiento en entre 76% y 90% de los pacientes. En un estudio, sin embargo, la mayoría siguió comiendo menos de lo normal y en ambos estudios la bulimia y el comer excesivo continuaban siendo muy comunes al final del estudio." (Dra. Ma Teresa Muñoz Calvo 1999)

Riesgo de muerte

Muchos estudios de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que oscilan entre un 4% y 20%. El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal. El suicidio se ha calculado que comprende la mitad de las defunciones en la anorexia. (Razonablemente se puede tomar la posición de que todos los casos de anorexia son intentos de suicidio.) El riesgo de muerte prematura es dos veces más alto entre anoréxicos bulímicos que entre los tipos de dieta-restrictor. Otros factores de riesgo de muerte prematura incluyen estar enfermo durante más de seis años, obesidad previa, trastornos de la personalidad y matrimonios disfuncionales. Los hombres con anorexia están a un riesgo específico de problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque se diagnostican generalmente más tarde que las niñas.

Cardiopatía

La cardiopatía es la causa médica más común de muerte en las personas con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y


la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño. Los niveles de colesterol tienden a subir. Los problemas del corazón son un riesgo específico cuando la anorexia es agravada por la bulimia y el uso de ipecac, el medicamento que causa vómitos.

Desajustes de electrolitos

Los minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fosfato se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de anorexia pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad conocida como desajustes de electrolito, que puede ser muy grave a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen.

Anormalidades reproductivas y hormonales

La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol. La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso. La reanudación de la menstruación, indicando niveles de estrógeno restaurados, y aumento de



peso mejora las perspectivas, pero incluso después del tratamiento, la menstruación nunca regresa en un 25% de pacientes con anorexia severa. Las mujeres que quedan encinta antes de recuperar un peso normal, afrontan un futuro reproductivo precario, con pesos bajos al nacimiento, abortos espontáneos frecuentes y una tasa alta de niños con defectos congénitos. El peso bajo solo quizá no sea suficiente para causar amenorrea; los comportamientos extremos de ayunamiento y purgación pueden desempeñar un papel aun mayor en el trastorno hormonal. La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroideas resulta en huesos porosos y sujetos a fracturas. Dos tercios de niños y niñas adolescentes con anorexia no desarrollan huesos fuertes durante este período de crecimiento crítico, una enfermedad potencialmente irreversible. Entre más tiempo persiste la enfermedad, mayor la probabilidad de que la pérdida de hueso sea permanente. Los pacientes que se rehabilitan a una edad temprana (15 años o menores) tienen mayor probabilidad de lograr una densidad ósea normal. Tan sólo la rápida restauración de la menstruación regular puede proteger contra la pérdida ósea

permanente; el aumento de peso no es suficiente. Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento.

Problemas neurológicos

Las personas con anorexia severa pueden sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones, pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies. Las exploraciones cerebrales indican que partes del cerebro experimentan cambios estructurales y actividad anormalmente alta o baja durante los estados anoréxicos; algunos de estos cambios regresan a la normalidad después del aumento de peso, pero existe evidencia de que algún daño puede ser permanente.

Problemas sanguíneos

La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal llamada penticopenia.

Problemas gastrointestinales

La inflamación y el estreñimiento son ambos problemas muy comunes en las personas con anorexia.

¿Cómo se pueden tratar estas enfermedades?

Objetivos del tratamiento

El éxito de la terapia para los trastornos de la ingesta depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad de la paciente y el deseo de cambio; la duración de su trastorno; la edad a que comenzó la enfermedad; su historial familiar; su nivel de habilidades sociales y vocacionales, y la concurrencia de otros trastornos como la depresión.

Es importante recordar que no hay una cura milagrosa para los trastornos de la ingesta. Usted no puede darle a alguien una píldora o pronunciar una palabra mágica y esperar que el trastorno desaparezca. Estas enfermedades implican problemas contra los que las pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas. Pero un buen programa de tratamiento ayudara a reforzar la autoestima y enseñar a a las

participantes como enfrentarse a sus problemas sin incurrir en conductas autodestructivas. Para las pacientes que lo necesitan, el programa también ayudará a restaurar la salud y la fuerza físicas. En general los tres objetivos principales de la terapia son:

- 1.- Mitigar los síntomas físicos peligrosos que representan una amenaza para la vida.
- 2.- Enseñar a la paciente a comer normalmente, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.
- 3.- Investigar, con la esperanza de cambiar los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.

Evaluación

Antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interna o externa, debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y de su voluntad para cambiarlos.

Cuestionarios

Se han desarrollado varios cuestionarios especializados para evaluar a las pacientes. Ayudan a evaluar las actitudes de alguien hacia el peso y la figura, y clarifican las características psicológicas como los rasgos de personalidad, grado de desempeño social y problemas similares.

necesario un alto grado de confianza por parte de la paciente para confiar en el terapeuta.

La entrevista

La entrevista de evaluación ayuda al médico a obtener una idea más clara del estilo de vida de la paciente, su peso actual, historial de dieta y fluctuaciones de peso, hábitos de la ingesta y actitudes hacia el peso y la familia, el marido, el amante o los amigos, y los intereses y ocupaciones exteriores son de interés porque arrojan luz sobre sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento.

Opciones de tratamiento

Después de la evaluación, recibirá recomendaciones para su tratamiento.

Psicoterapia individual

Quizá el aspecto más importante de la psicoterapia para los trastornos de la ingesta es el desarrollo de una relación cálida entre los pacientes y su terapeuta. A las personas afectadas de estos trastornos frecuentemente les resulta difícil confiar en los otros, en especial cuando se les pregunta por hábitos de la ingesta que ellas mismas consideran raros o repulsivos; temen que todos los demás también se sienten asqueados. Es

Psicoterapia tradicional

Los métodos de terapia tradicionales animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, dice la teoría, la paciente adquiriera una nueva percepción de sus acciones y las cambiará.

Modificaciones de la conducta

Esta forma de terapia es quizá antagónica con respecto a la psicoterapia tradicional, porque ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra solo en la conducta cambiante. La modificación de la conducta actúa sobre la base de un principio muy simple: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada. Por ejemplo, a una anoréxica que alcanza una meta de peso predeterminada se le puede permitir ver una película o dejar de ir a clase un día. Si no logra alcanzar la meta, puede prohibírsele que vea la televisión. Un sistema similar de premios y castigos daría resultado con una paciente bulímica.

Terapia conductivista cognitiva

Combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. TCC implica los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamientos.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Terapia de grupo

La terapia de grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de la bulimia. Según un estudio reciente, esta terapia era más beneficiosa

que los medicamentos o la terapia individual. Puesto que muchas bulímicas creen que son las únicas que se dedican a esas horribles prácticas, resulta terapéutico enterarse de que otras personas también hacen esas cosas.

Se sabe menos acerca de la terapia de grupo para la anorexia nerviosa. Algunos terapeutas se lamentan de que en grupo las anoréxicas compiten fieramente por ver quien consigue mantener el peso más bajo o pasar más tiempo sin comer. Además, la terapia prolongada que necesitan muchas anoréxicas provoca que muchos grupos sean inapropiados, puesto que no es usual que un grupo de terapia dure tanto tiempo.

Terapia de familia

Muchos terapeutas recomiendan la terapia de familia como parte del tratamiento contra la anorexia nerviosa, porque las anoréxicas con frecuencia son más jóvenes que las bulímicas y todavía viven con sus familias. La terapia de familia simplemente permite al terapeuta observar los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta.

Terapia nutricional

El objetivo de la terapia nutricional es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo, ella debe

estar libre de su temor a que todo lo que coma la hará engordar. Para la anoréxica, esto implica un muro de negación: su insistencia en que le gusta el aspecto que tiene, le gusta como es, no le pasa nada, sus hábitos alimentarios son buenos. Aquí no hay trucos psicológicos, pero la paciente debe enfrentarse a una firme prueba de que está demasiado delgada, el hecho de que siente frío todo el tiempo, que le hace daño sentarse en una silla dura o que simplemente esta un 30 por ciento por debajo del peso ideal para su edad y altura.

Para las bulímicas, el desafío consiste en aprender que comer pequeñas cantidades de sus comidas favoritas no conduce necesariamente a una sesión de atracón y purga. Hacia el fin de la terapia, se recomienda que el menú semanal de la paciente incorpore pequeñas cantidades antes prohibidas, de manera que compruebe que consumir esas cosas no lleva automáticamente a un atracón. Si el deseo de atracón se vuelve irresistible, algunos médicos recomiendan tres estrategias: distracción, retraso o repetición.

Farmacoterapia para la anorexia

Ninguna farmacoterapia ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que acompaña por lo general y perpetúa el trastorno. Los efectos de la inanición intensifican los efectos secundarios y reducen la eficiencia de los medicamentos antidepresivos. Además la mayoría de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso. La fluoxetina (prozac), sertraline (zoloft), paroxetina (paxil), venlafaxine (effexor) y la fluvoxamina (luvox) son medicamentos antidepresivos conocidos como inhibidores de reabsorción de la serotonina selectivos (SSRI, por siglas en inglés); ahora se recomiendan como tratamiento de primera línea contra el trastorno obsesivo-compulsivo y pueden ayudar a las personas con anorexia. Por lo general se necesitan dosis altas para el trastorno obsesivo-compulsivo; para los pacientes que responden bien a la terapia inicial, la terapia de mantenimiento de dosis baja puede ser suficiente, aunque la mayoría de los pacientes no tienen una respuesta inicial plenamente adecuada. Pueden causar ansiedad inicial, sin embargo, y son lentos en ser efectivos. Se recomiendan dosis más bajas para las personas con bulimia. Algunos médicos recomiendan cyproheptadine (peractin), un antihistamínico, que puede estimular el apetito. No hay diagnóstico de la bulimia nervosa.

“Los médicos más jóvenes y las médicas tienen una mayor probabilidad de detectar bulimia. Un médico deberá hacer un diagnóstico de bulimia si hay por lo menos dos episodios de bulimia por semana durante tres meses. Basándose en otros síntomas y antecedentes, el médico entonces categorizaría al paciente como (1) del tipo que utiliza la purgación que utiliza el vómito autoinducido o medicinas para eliminar la comida o el agua o (2) del tipo que no efectúa la purgación pero ayuna o hace ejercicios excesivos.” (Martin Memorial Health Systems)

Diagnóstico de la anorexia nerviosa y sus complicaciones

En general los síntomas físicos y una historia personal confirmarán rápidamente el diagnóstico de anorexia. Los criterios estándar para diagnosticar la anorexia nerviosa son: rehusarse a mantener un peso corporal normal según la edad y la estatura; el temor intenso de engordar aunque se encuentre bajo de peso; una autoimagen que resulta en disminución de la autoestima; negación de la

gravedad de la emaciación e inanición; y en las mujeres, la pérdida de la función menstrual durante por lo menos tres meses. El médico entonces categorizará la anorexia como restrictiva (anorexia producida sólo por dieta severa) o comer excesivo-purgación. Ya que el trastorno rara vez aparece en los hombres, los médicos quizá no estén alerta de sus pacientes hombres, aunque muestren los síntomas clásicos de la anorexia. Los médicos deberán estar muy conscientes de estos síntomas en cualquier persona, en particular entre los atletas hombres y mujeres. Una vez que se hace un diagnóstico, los médicos de inmediato deberán verificar la presencia de cualquier complicación grave de inanición. También deberán descartar los trastornos médicos que puedan ser la causa de anorexia, incluyendo el síndrome de fatiga crónica, la enfermedad de Crohn, el hipertiroidismo, la enfermedad de Addison, el cáncer, la tuberculosis, la anemia y la enfermedad celiaca. En todos los casos, las pruebas deberán incluir un conteo sanguíneo completo, pruebas para determinar desajustes de electrolitos y niveles proteicos, un electrocardiograma y una radiografía del tórax y pruebas para problemas del hígado, riñón y tiroides. Los niveles bajos de potasio indican que el trastorno tiene mayor probabilidad de ir acompañado del síndrome de comer excesivo-purgación. Según la gravedad de la anorexia, podrían necesitarse otras pruebas como pruebas de la densidad ósea u otros tipos de radiografías y técnicas de imágenes.

Otros enfoques

Un estudio con mujeres bulímicas reveló que tenían una sensibilidad alta a la hipnosis, indicando que puede ser beneficioso como parte de su tratamiento. Parece que las personas con anorexia, por otro lado, son bastante resistentes al estado de vulnerabilidad requerida en este proceso. Algunos investigadores han observado una asociación entre la bulimia y el trastorno afectivo estacional (depresión que se intensifica en los meses más oscuros del invierno); esto sugiere que la terapia que utiliza luz intensa dirigida puede ser útil. Un experimento de una semana en el que se empleó luz ayudó a las personas bulímicas con depresión, aunque no se efectuó ningún cambio en el comportamiento de comer excesivo-purgación. Se necesitan estudios más largos. Una técnica conocida como imágenes guiadas redujo la frecuencia del comer excesivo y el vómito en casi un 75% en un estudio; este método emplea audiocintas para evocar imágenes que reducen el estrés y ayudan a lograr metas específicas. "Aunque las mujeres con trastornos del comer son comúnmente descalificadas para la cirugía plástica, un estudio reportó que en las mujeres cuya bulimia era estimulada por el tamaño grande de los senos, la cirugía de reducción fue eficaz en la res-

olución del trastorno del comer." (www.paidopsiquiatria.com)

No es sorprendente, entonces, que haya un mayor riesgo de bulimia y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones experimentadas por todos los adolescentes se intensifican aún más por la atención que provoca ansiedad en sus cuerpos cambiantes tempranos.

Causas de la perpetuación de la bulimia nerviosa

Los estudios sobre el comportamiento animal y los prisioneros de guerra sugieren que la restricción crónica de comida (el someterse a una dieta severa) a menudo conduce a un patrón de comer excesivo que persiste aún décadas después de restaurados suministros regulares de comida. Los factores biológicos pueden ser responsables de este ciclo insidioso. Algunos expertos creen que el metabolismo se adapta al ciclo bulímico de comer excesivo y purgación, disminuyendo su ritmo, así aumentando el riesgo de aumento de peso inclusive sólo a través de la ingestión normal de calorías. El proceso de vomitar y el uso de laxantes puede estimular la producción de opioides -narcóticos en el cerebro, lo cual causa una adicción al ciclo bulímico. Durante la etapa de dieta entre los períodos de comer excesivo, las personas se tornan a menudo irritables, deprimidas, y

pueden tener una tendencia mayor a expresar trastornos de la personalidad. Los sentimientos positivos tan sólo pueden ser restaurados con otro período de comer excesivo; y así sigue el patrón. El comer dulces también aumenta la serotonina, un producto químico en el cerebro que reduce la depresión y el estrés.

Causas de la perpetuación de la anorexia nerviosa

Sensación de logro y poder. Una vez que una persona ha logrado emaciación, una sensación de logro y condición social podrían ser los motivadores principales de la perpetuación de la anorexia. La pérdida de peso trae un sentimiento de triunfo sobre la impotencia. En un país donde la obesidad es epidémica, las mujeres jóvenes que logran adelgazar creen que han alcanzado una victoria cultural y personal importante; han superado las tentaciones de las galguerías, y al mismo tiempo, autocreado una imágen corporal idealizada por los medios de comunicación. Esta sensación de logro falsa a menudo es reforzada por la envidia de sus amigos más gordos quienes pueden percibir a los pacientes anoréxicos como emocionalmente más fuertes y más atractivos sexualmente que ellos.

Efectos de la inanición

El hambre a menudo intensifica la depresión, lo cual puede reducir aun más la autoestima y la confianza, aumentando la necesidad de vigilancia renovada sobre el control del peso, por lo tanto perpetuando el ciclo. Por otro lado, algunos expertos creen que ciertas personas anoréxicas heredan una cantidad inusual de narcóticos naturales que se secretan en el cerebro durante condiciones de inanición y pueden promover una adicción al estado de hambre. La inanición también puede crear una sensación de llenura debido a la actividad reducida del estómago, haciendo cada vez más fácil el no comer.

¿Qué confirmará un diagnóstico de trastornos del comer?

Uno de los aspectos más difíciles para un padre o paciente es admitir que existe un problema. Puede ser difícil, por ejemplo, que una madre le confiese a un médico que su hija tiene un problema del comer, ya que la comida es una parte tan intrínseca de la relación madre/hijo, y el trastorno del comer de un hijo podría parecer un fracaso paterno terrible. Es sumamente importante superar esos sentimientos e informar al médico de cualquier pérdida de peso sospechosa o problemas conductuales relacionados con la comida. A

menudo, el paciente necesita ser obligado por un padre u otros a ver a un médico. Debido a que el paciente puede negar y resistir el problema, se recomienda que un compañero de apoyo esté presente durante parte de la entrevista para que ofrezca información adicional sobre los antecedentes del comer del paciente y ayude a compensar cualquier resistencia o negación que el paciente pueda expresar.

Grupos de autogayuda y de apoyo

Los grupos proporcionan orientación, apoyo emocional, sugerencias de mayor ayuda y una salida social para las personas que estén muy aisladas. El grupo recuerda al paciente que no es el único, que otras personas se han visto envueltas en la misma conducta y no obstante se han recuperado. Un buen grupo puede ayudar a un paciente a enfrentar y superar una crisis, además de arreglarse con los avatares de la vida cotidiana sin recurrir a su antigua conducta. En los grupos dirigidos por terapeutas, el papel de éstos cambiará a medida que los miembros del grupo se vuelvan más fuertes y más hábiles para asumir responsabilidades.

El riesgo de contagio

La competencia y el riesgo de contagio son dos de los peligros que encierran los trastornos de la alimentación, en especial la anorexia. El doctor Morandé explica que, en muchas ocasiones, el deseo de perder unos kilos se convierte en una competición entre amigas. "Cada una siempre se verá más gorda que la otra e intentará seguir adelgazando. Además, entre ellas se apoyan y respaldan para seguir ayunando y perdiendo peso. Hemos comprobado que, cuando una niña logra estar más delgada y consigue así la admiración del resto del grupo, se produce una especie de contagio. Esto provoca que las amigas de su entorno quieran parecerse a ella y acaben también enfermando" (www.lafacu.net)

Trastornos al comer

¿En qué consisten los trastornos del comer?

Los trastornos del comer consisten en devastadoras enfermedades conductuales producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y una cultura en la que existe una sobreabundancia de comida y

una obsesión con el estar delgado. Los trastornos del comer se categorizan en general como bulimia nervosa, anorexia nervosa y trastornos del comer no especificados de otra manera. Estos trastornos no son nuevos. La anorexia nervosa se diagnosticó por primera vez como un problema médico en 1873, pero descripciones de autoinanición se han encontrado aún en escritos medievales.

Trastornos del comer no especificados de otra manera Una tercera categoría denominada trastornos del comer no especificados de otra manera (NOS, por siglas en inglés) fue establecida para definir los trastornos del comer no definidos específicamente como anorexia y bulimia. Esta categoría incluye exceso del comer sin purgación y otros comportamientos de anorexia y bulimia acompañados de peso normal, o vómitos después de comer cantidades pequeñas de comida.

Geografía y factores socioeconómicos

El vivir en naciones económicamente desarrolladas en cualquier continente parece plantear un riesgo mayor para el desarrollo de los trastornos del comer que el pertenecer a un grupo étnico particular; los síntomas permanecen sorprendentemente similares entre los países de alto riesgo.

Extrañamente, dentro de los países desarrollados parece no existir diferencia de riesgo entre los habitantes ricos y pobres. En efecto, los que se encuentran en grupos económicos más bajos pueden estar a un riesgo mayor de bulimia. La vida en la ciudad es un factor de riesgo de bulimia pero no de anorexia.

Pubertad temprana

Un estudio de niñas que no sufrían de trastornos del comer reportó que antes de la pubertad, las niñas comían cantidades de comida apropiadas a su peso corporal, estaban satisfechas con sus cuerpos, y la depresión se asoció con una menor ingestión de comida. Después de la pubertad, las niñas comían cerca de tres cuartos de la ingestión recomendada de calorías, tenían una autoimagen corporal más mala, y la depresión incrementó con la mayor ingestión de comida, evidencia hasta la fecha, sin embargo, de que alguna farmacoterapia tenga beneficio específico contra la anorexia nervosa, y en la mayoría de los casos, los trastornos de la depresión y pensamiento mejoran con el aumento de peso.

Aumento de peso

Además del tratamiento inmediato de cualquier problema médico grave, la meta de la terapia para la persona anoréxica es aumentar de peso. La meta del peso es fijada estrictamente por el


médico o profesional de la salud, por lo general, una a dos libras a la semana. Esta meta es absoluta sin importar cuán convincentemente el paciente (o inclusive los miembros de la familia) pueda argumentar para lograr una meta de peso inferior. Los pacientes que están severamente malnutridos deberán empezar con un recuento de calorías de sólo 1,500 calorías al día para reducir las posibilidades de dolor de estómago e inflamación, retención de líquidos e insuficiencia cardíaca. Con el tiempo, al paciente se le dan comidas que contienen hasta 3,500 calorías o más al día. Los suplementos alimenticios no se recomiendan por lo general, ya que el paciente deberá reanudar cuanto antes los patrones de comer normales. Aunque comer es el problema, no se deben mantener charlas sobre el trastorno durante las comidas, pues estos son momentos para la interacción social relajada. La alimentación intravenosa o por tubos rara vez se necesita o recomienda a menos que la enfermedad del paciente sea potencialmente mortal. Nunca deberán emplearse tales medidas invasoras de alimentación como una forma de castigo durante la terapia conductual. La investigación indica que en algunos casos la dieta severa puede causar que el metabolismo se adapte a la malnutrición y resista los efectos de sobre alimentación, de tal manera que algún paciente puede tener dificultad de aumentar de peso aun cuando esté siendo alimentado adecuadamente.

Ejercicio

Para las personas con anorexia, el ejercicio excesivo es a menudo un componente del trastorno original. Los estudios han reportado que los pacientes anoréxicos en general tienen un metabolismo más alto que los individuos normales, y se necesitaban más calorías para aumentar de peso. Durante el programa de recuperación, pueden utilizarse regímenes de ejercicio muy controlados como recompensa por desarrollar buenos hábitos dietéticos y como una manera de reducir la dificultad estomacal e intestinal que acompaña la recuperación. El ejercicio no debe realizarse si todavía existen problemas médicos severos y si el paciente no ha tenido un aumento de peso significativo.

Efectos personales y sociales de la bulimia

Antes de empezar la comilona, la mayoría de las mujeres se sienten tensas e inquietas, tienen palpitaciones o empiezan a sudar. Durante la comilona sienten una sensación de libertad; se desvanece la inquietud o la preocupación que tenían y ya no tiene pensamientos inquietos ni negativos. Si decide vomitar puede que asocie su disminución de tensión con el acto de vomitar. Al final de la comilona, la mayoría de las bulímicas se sienten menos tensas e inquietas, pero puede que no se sientan a gusto consigo mismas por lo que han hecho a sus cuerpos. Puede que se sientan



culpables por inducirse el vómito y temen que la comilona pueda causarles una ganancia de peso. Esto, a su vez, puede conducirles a más inquietud y tensión, con el resultado de que empiecen a comer vorazmente de nuevo. Se establece un círculo vicioso.


Si la bulímica no puede aliviar su inquietud y tensión, por ejemplo, si le interrumpen o descubren cuando está comiendo, su comportamiento puede cambiar hacia la agresión, la ira.

También es frecuente que si una mujer con bulimia no reconoce la tensión o la inquietud o no tienen otras maneras de soportarlas, entra fácilmente en un círculo vicioso y haga comilonas con mucha frecuencia. Como se verá, un objetivo principal del tratamiento es romper este círculo vicioso de comportamiento alimentario.



Antecedentes de Diseño

6.~ Antecedentes de Diseño



A continuación se presenta el material recopilado para lograr la recaudación de información, de la manera más objetiva acerca de las experiencias de otros diseñadores y de cómo han abordado ellos estos temas, tomando a éstos como alternativas de análisis para una propuesta de diseño.

En base a la experiencia de otros, se retomarán los detalles importantes para llegar a proponer nuevas opciones de material, que cumpla con las exigencias del grupo objetivo actual y que cumpla con los aspectos de diseño, teniendo un respaldo, antes de trabajar y abordar la propuesta que se plantee; tendrá por consiguiente un respaldo teórico y gráfico, dependiendo del tipo de información que se esté manejando y si ésta amerita tener ambos medios de expresión.

Síntomas mentales y emocionales

- Negación de las consecuencias del hambre, del sueño y salud.
- Mucho o incluso a veces de nervios.
- Pérdida de interés o amor de la autoimagen.
- Intolerancia al ejercicio físico y a la actividad.
- Discrepancia creciente de peso y estatura.
- Desempeño escolar.
- Tendencia a perder el control.
- Depresión por la autoimagen física y el desmoronamiento.

Pronóstico

El pronóstico de la Anorexia Nerviosa depende mucho de la rapidez de diagnóstico, tratamiento y el compromiso del paciente a seguir hasta el fin.

Si hay otros tipos de problemas de salud, complicados en algunos casos, que interfieren.

Placa con signos de alarma, ya que si no se trata a tiempo el paciente puede morir.

¿Qué necesitas hacer para recuperarte?

1. Admitir que tienes un problema y acudir por ayuda profesional.
2. Disposición para empezar a trabajar para recuperar el mal uso de la comida.
3. Disposición para mantener el peso que tienes ahora y procurar no perder kilos mientras estás intentando recuperarte.
4. Recibir ayuda por parte de tu familia, amigos, pareja y grupo de autoayuda.
5. Recibir ayuda sobre todo de ti mismo.

Utiliza esta información en tu beneficio y recuerda que...

La decisión es siempre tuya

¿Dónde puedes obtener más información?

Dirección de Asuntos Estudiantiles

Fuente:
Campus Estado de México
Investigación e Información Teórica:
Lic. Cleofe Landolt
Lic. Catalina Cortés



Edición a cargo de la Dirección de Asuntos Estudiantiles del Tecnológico de Monterrey
Primer edición: 2001
Enero del 2001
Derechos Reservados por el Tecnológico de Monterrey. Prohibida la reproducción total o parcial de este documento, a través de cualquier medio, sin el consentimiento por escrito de la Dirección de Asuntos Estudiantiles.
www.gubnet.mx/monterrey

*Tec de Monterrey, Campus Estado de México



Anorexia

CAMPAÑA PERMANENTE DE PREVENCIÓN



¿Qué es la Anorexia Nerviosa?

La anorexia nerviosa es una enfermedad del ser humano al preocuparse por su imagen corporal y por tener un intenso deseo de adelgazar hasta el punto de llegar a la inanición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que es una enfermedad que genera una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el propio enfermo.

También se observan conductas como esconder comida por toda la casa, frecuentemente llevar grandes cantidades de dulces en los bolsillos, durante la comida intentar deshacerse de ella, poniéndola en servilletas o escondiéndola en los bolsillos.

Cortan la comida en pequeños trozos y gastan una gran cantidad de tiempo ordenándolos en sus platos.

Si alguien les critican respecto a su conducta, niegan que está sea normal y intentan a hablar sobre ello.



¿Cómo reconocer a una persona con esta enfermedad?

La mayoría de las conductas anóxicas dirigidas a la pérdida de peso se realizan en secreto. Los pacientes están constantemente pensando en comida, de ahí que se agudicen coleccionando recetas de cocina y preparen comidas muy elaboradas para los demás.

Es muy común el ejercicio excesivo: andar en bicicleta, hacer jogging y correr.

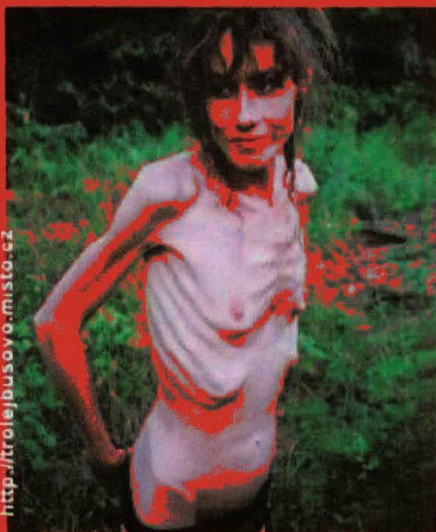
Tienen a ser rígidos y perfeccionistas, son muy comunes las conductas de robo de comida, dulces y líquidos.

Por lo general hay un desarrollo sexual retrasado en los adolescentes y una falta de interés en los adultos.



El material que vemos, es un tríptico elaborado y distribuido por el Tecnológico de Monterrey en su división de asuntos estudiantiles. Es un material elaborado en enero de 2001 y su función es una campaña permanente para la prevención de la anorexia. Su grupo objetivo primario son los estudiantes de esta institución.

**MŮŽETE NÁM PROZRADIT,
PROČ JÍTE TAK POMALU???**



**PROTOŽE JINAK BYCH Z TÉCH
KALORIÍ BYLA HNED CELÁ PRYČ!**

ANOREXIE

**...a kupodivu nejsem
vůbec tučná...**

ZHOLA NIC

**LAHODNÁ ZDRAVÁ
SVAČINKA**

*www.ministry.cybercity.sk/images/anorexia.jpg

El material que vemos, es un afiche. Es un material elaborado en el 2002 como una campaña en contra de esta enfermedad. Su grupo objetivo primario son las jóvenes que quieren ser muy delgadas.

f3



**I'm really fine mom,
all my friends diet too.**

*www.iamlost.com/features/ecards/anorexia.gif

El material que vemos, es una tarjeta de burla hacia estos dos trastornos alimenticios. Fue elaborada en el 2000, en los Estados Unidos de Norte América y su grupo objetivo primario son las jóvenes que ingresan a la red en busca de tarjetas, etc. para enviar a sus amigas.

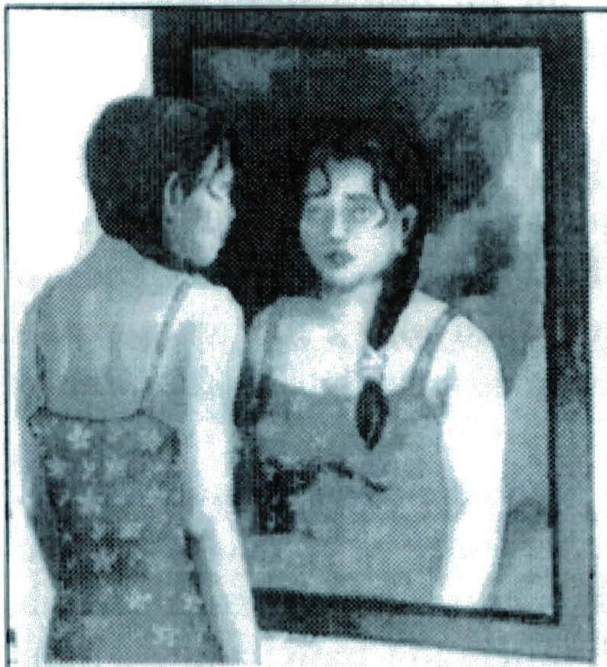
ff



*www.iemily.com

El material que vemos, es una ilustración que refleja el sentimiento causante de estas enfermedades. Esta ilustración se colocó en un sitio de internet que trata sobre el tema, para que al ingresar, las niñas o jóvenes se sientan identificadas. Esta ilustración fue elaborada en los Estados Unidos de Norte América en el año 2002.

45



A anoréxica perde a noção da própria realidade: por muito magra que esteja, verá sempre uma gorda horrível do outro lado do espelho.

*www.portugal-linha.pt/arteviver/images/anorexia.gif

El material que vemos, es una ilustración que explica a los padres el sentimiento de las niñas hacia su cuerpo. Esta está colocada en un folleto informativo que le brinda una asociación de Portugal a todos los que se acercan a ella, que conocen a alguien con estos trastornos o que sufren de éstos.

46



Programa Preventivo en Situaciones de Riesgo Bulimia y Anorexia

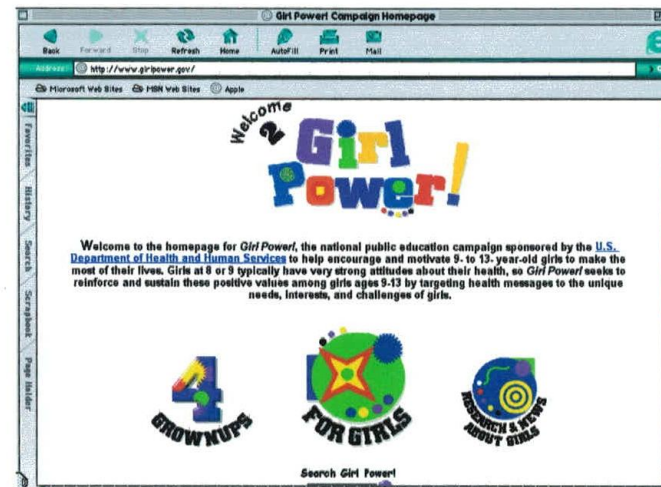
*Universidad de San Luis, Argentina

El material que vemos, es un logotipo, elaborado por la Universidad de San Luis, Argentina, para el Programa Preventivo en Situaciones de Riesgo Bulimia y Anorexia que realiza la facultad de Ciencias Humanas, junto con la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Humanas.

FF



*www.girlpower.gov



Las imágenes que vemos son tomadas de la página de internet www.girlpower.gov en donde se muestran datos interesantes e información sobre diversos temas para las niñas que visitan esta página. Entre los temas que tratan, se encuentra la anorexia y la bulimia.

28



Descripción e Interpretación de Resultados



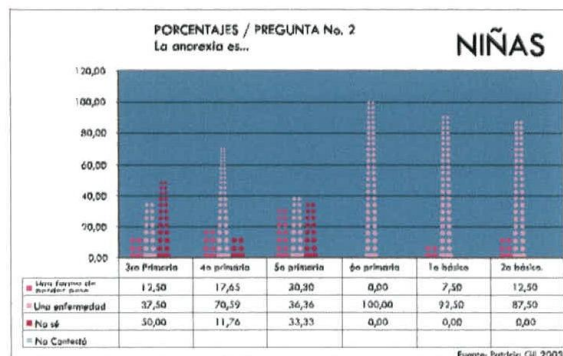
7.~ Descripción e Interpretación de Resultados

Confrontación de los resultados de las niñas y de los papás

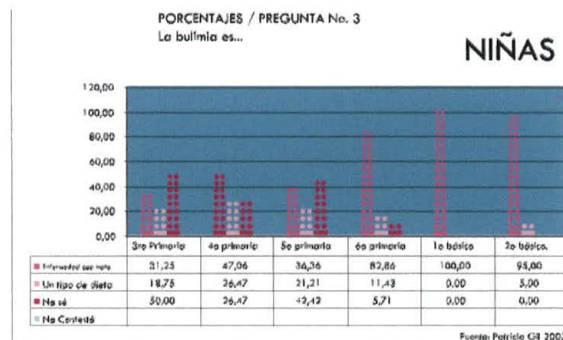
A continuación se plantea el análisis y la interpretación de los datos obtenidos de los instrumentos, cabe hacer la aclaración que al empezar el proyecto la población era mayor ya que se tomaba en cuenta a 5 diferentes colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital, y debido a la apatía y la falta de colaboración que se encontró por parte de estos colegios a el tema, se trabajó únicamente con el Colegio Sagrado Corazón de Jesús, quienes autorizaron el ejecutar las encuestas en sus instalaciones y con su grupo de alumnas. Los resultados son una muestra aproximada por la cantidad de alumnas que tiene este colegio

Tema 1 Conocimiento de la Anorexia y de la Bulimia

Dentro del grupo encuestado se hizo notar que las niñas de 3ro primaria saben que estas enfermedades son peligrosas, pero tienen poco conocimiento de qué son. En cuanto a la anorexia, vemos que el 50% contestó que no sabía que era, el 12,5% contestó que era una forma de perder peso y el 37,5% contestó que si sabía que era. El conocimiento hacia la bulimia es menor, ya que el 50% contestó que no sabían que era, mientras que el 18,75% dijo que esta era un tipo de dieta y tan sólo el 31,25% sabía que la bulimia era una enfermedad que mata. En 4to primaria notamos que el conocimiento hacia la peligrosidad de

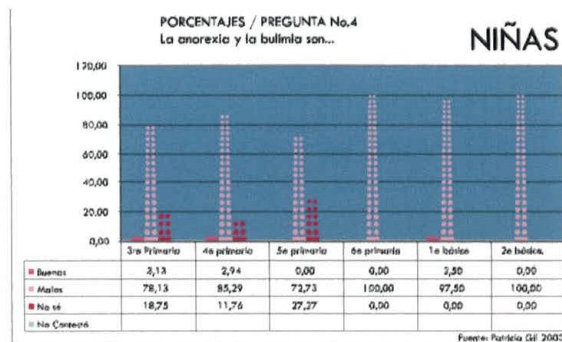


estas enfermedades es un poco menor que en 3ro, y que tienen un poco más desviado el significado de estas dos palabras, ya que podemos notar que el 30,30% de las niñas cree que anorexia es una forma de perder peso rápido y que el 21,21% de las niñas piensa que la bulimia es un tipo de dieta.



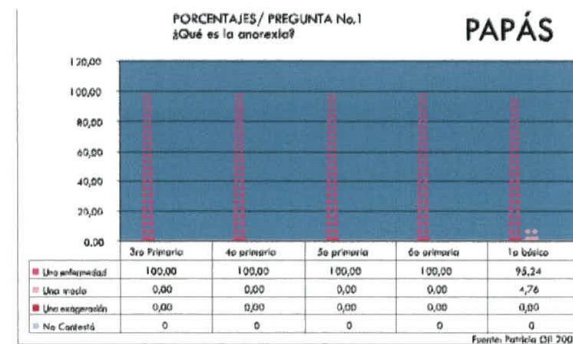
Las cifras se mantienen bastante parejas a pesar de que las edades se hacen mayores, ya que notamos que aún en 5to primaria el porcentaje de conocimiento hacia la peligrosidad de estas enfermedades es de un 72,73% igual que en 4to primaria. Y el porcentaje de conocimiento de el significado de estas enfermedades es el mismo que en el grado anterior (4to primaria). En 6to primaria el panorama cambia un poco, ya que el 100% de la muestra sabe que es la anorexia, pero el desconocimiento a la bulimia sigue presente ya que únicamente el 82,86% de las niñas sabe que es, y en su totalidad están conscientes de que estas dos enfermedades son realmente peligrosas.

En las niñas de 1ro Básico observamos que el 92,5% de las niñas sabe que es la anorexia, el 100% de ellas sabe que es la bulimia y el 97,5% está consciente de que estas dos son peligrosas e incluso mortales. 2do Básico arroja datos más bajos a los de 1ro Básico, ya que tan sólo el 87,5% de ellas sabe que es la anorexia y el 95% sabe que es la bulimia, y de nuevo, el 100% sabe que son peligrosas, aunque no estén muy enteradas de que son realmente.



En cuanto a los padres de niñas de estas edades vemos que el 99,05% de los encuestados sabe que es la anorexia, mientras que un 94,97% sabe que es la bulimia. La evaluación de los padres hacia si sus hijas saben qué son estas enfermedades, muestra una cifra que difiere de los

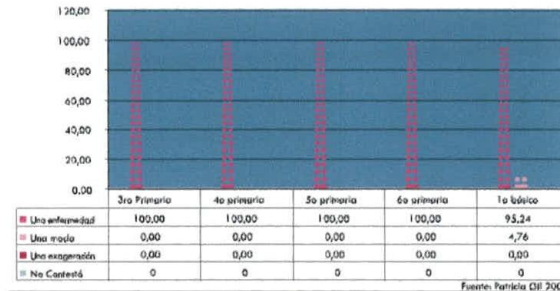
resultados que arrojaron las niñas, ya que los padres de las niñas de 3ro primaria muestran que el 58,33% de las niñas saben que son éstas, mientras que el 50% de ellas muestra que no sabe que son; los padres de niñas de 4to primaria dicen que el 66,67% de sus hijas saben, mientras que ellas dicen en un 37,88% que no saben que son estas enfermedades, en 5to, los padres muestran que un 79,31% saben y según las niñas solamente un 36,36% dice tener conocimiento sobre las mismas. En 6to el porcentaje que arrojan los padres y el que arrojan las niñas no son tan diferentes, ya que el 100% dice que su hija sabe que son estas enfermedades y las niñas muestran que un 91,43% sabe que son estas enfermedades. En 1ro Básico el porcentaje de los padres es de 85,71% que creen que sus hijas saben que son éstas, mientras que en las niñas el 96,67% de ellas sabe con certeza de esto. En 2do Básico, el 94,17% de las niñas sabe de estas enfermedades.



La recopilación de los resultados anteriores, nos muestra que en general, tanto padres como niñas tienen una cierta desinformación hacia estas enfermedades a pesar que son padecimientos llamados "de moda", nos da la pauta que se debe crear un material que de alguna forma, informe tanto a padres como a hijas y que profundice en todo el entorno de estos padecimientos.

PORCENTAJES / PREGUNTA No.1
¿Qué es la anorexia?

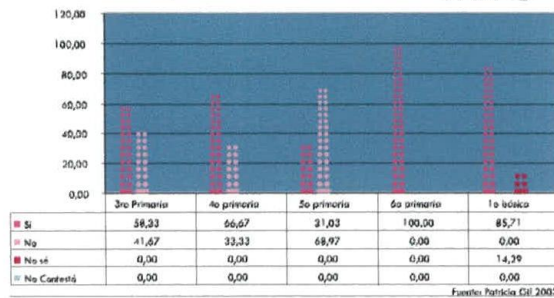
PAPÁS



Fuente: Patricia Gil 2003

PORCENTAJES / PREGUNTA No.5
¿Saben sus hijas que es la anorexia y la bulimia?

PAPÁS

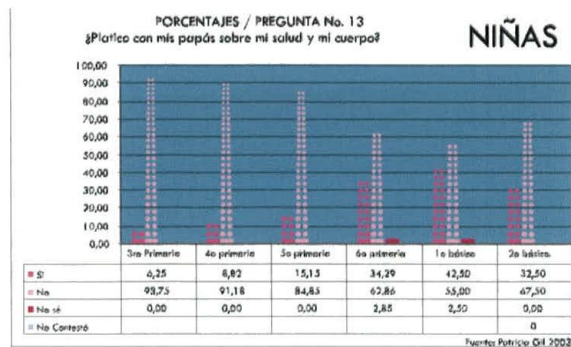


Fuente: Patricia Gil 2003

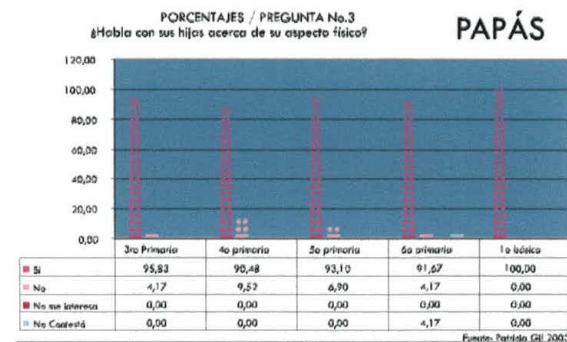
Tema 2

Se involucran los padres con la educación de sus hijas sobre su salud y su físico

El interés que muestran los padres a hablar sobre temas de salud con sus hijas es bastante, aunque podríamos decir que por los resultados que vemos, el tema de lo físico es con mayor frecuencia el tema abordado por los padres, ya que un 94,2% de ellos respondió que habla con sus hijas de su aspecto físico, mientras que tan sólo un 70,68% de ellos habla con ellas sobre enfermedades como la anorexia y la bulimia. Como se mencionó con anterioridad, existe interés de los padres hacia la

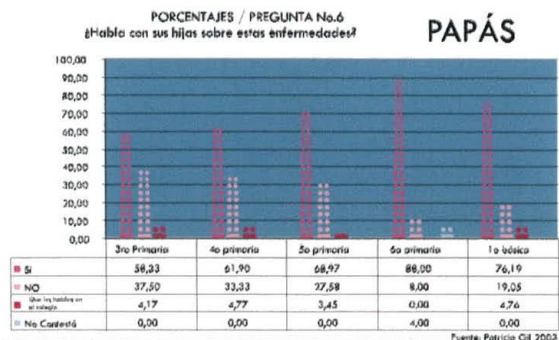
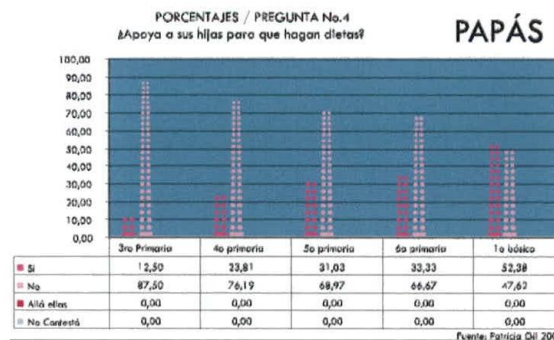


salud de sus hijas, los resultados muestran que el 100% de ellos se involucra en la decisión de sus hijas sobre hacer o no una dieta para adelgazar; mostrando que un 69,39% de éstos no apoya estas dietas para adelgazar o mencionan que apoyarían únicamente si ésta fuera recomendada por un médico; y un 30,61% está de acuerdo que su hija haga las dietas para adelgazar que quiera.



Los porcentajes de las niñas confirman los resultados de los padres acerca de que si hablan con ellas sobre su salud y su cuerpo, ya que ellas mencionan en un 74,8% que si hablan con sus papás (o por lo menos con su mamá) sobre estos temas y uniendo los dos temas en las encuestas de los padres, un 82,45% de ellos mantiene comunicación con las niñas.

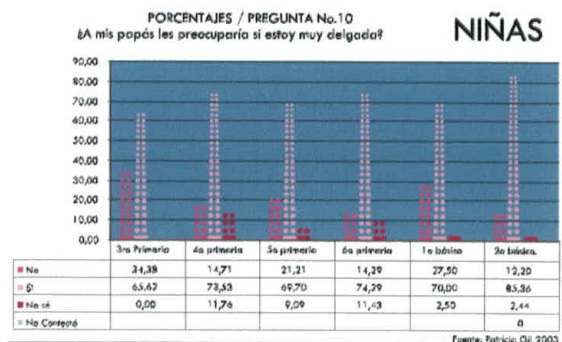
Por medio de los resultados anteriores podemos notar que los padres mantienen comunicación con sus hijas o por lo menos están abiertos a hacerlo. Con lo anterior podemos deducir que al momento de hacer un material que sea para niñas o para los padres, la comunicación va a estar abierta, por lo tanto sería interesante complementarlo con material para la otra parte y así aprovechar esta comunicación.



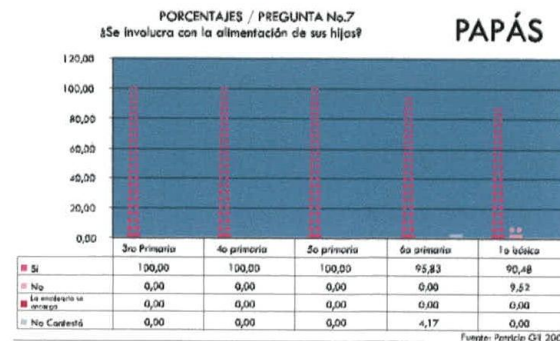
Tema 3

Se involucran los padres con la salud de sus hijas

El 97,26% de los padres se involucran de cerca con la alimentación de sus hijas, lo cual nos da la idea de que a pesar de otros factores, les importa la salud de estas niñas. En las niñas también vemos que ellas creen que sus padres se preocuparían si las vieran muy delgadas, aunque un porcentaje bastante alto 21,8% considera que a sus papás no les preocuparía; y un porcentaje mucho menor 5,76% no sabe, este último resultado nos deja ver que aún hay niñas que no tienen bastante abierta la comunicación con sus padres acerca de estos temas de salud.



en qué comen en su casa, sino que, cuando están lejos de ella, esto incluye el horario de colegio, pero como se observa en el tema número 6, según las niñas los maestros sí se dan cuenta si alguien no come, por lo tanto, debido a que las niñas pasan la mayoría de tiempo en uno de estos dos ambientes, sería muy extraño que presentaran alguno de estos trastornos, pero aun así estas enfermedades se hacen presentes. Por esto es que el material que se proponga deberá apelar a la conciencia propia de cada niña.

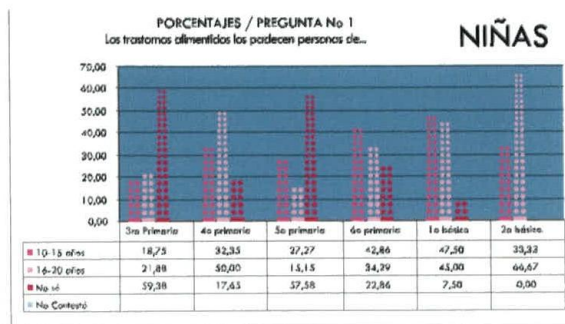


Desde el punto de vista de la alimentación de estas niñas, vemos que el problema no está tanto

Tema f

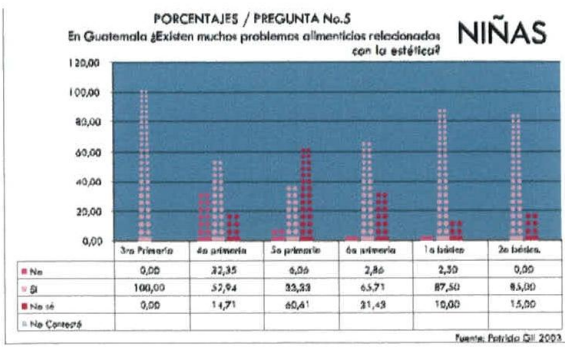
¿Están las niñas conscientes de a quien afectan estos trastornos y por qué?

En este tema se observa que las niñas de 3ro primaria creen que en Guatemala muchos problemas alimenticios son relacionados con la estética, también están conscientes que el ideal de una figura se ha vuelto muy importante sin importar el medio por el que se consigue, conscientes de esto desconocen al mismo tiempo las edades en las que se pueden presentar los trastornos alimenticios, ya que un 87,5% no saben si las niñas de su edad pueden padecer anorexia y bulimia, desconocen también las edades críticas de estos padecimientos.



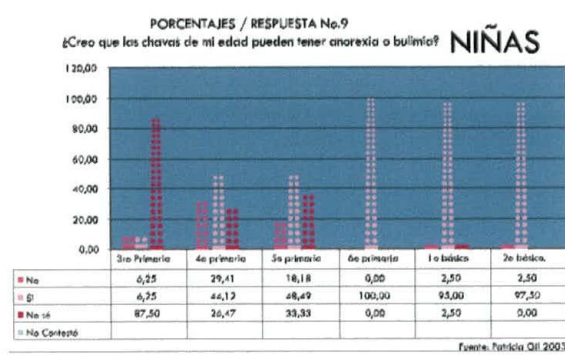
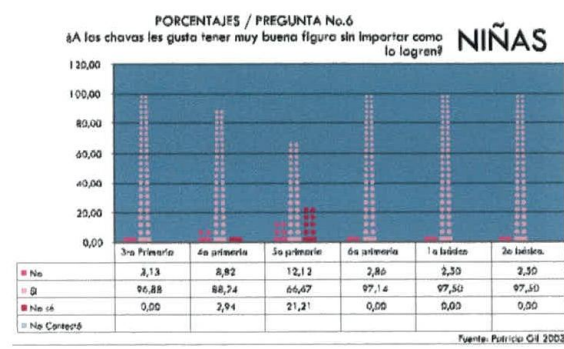
En 4to primaria 60,61% no saben si en Guatemala la estética es razón para padecer problemas alimenticios, pero sí están conscientes que a las jóvenes no les importa el medio para llegar a tener una buena figura; un 48,48% está consciente de poder padecer estas enfermedades, pero aun así un porcentaje bastante alto (33,33%) aún desconoce si estas enfermedades se pueden presentar en ellas. El patrón de las niñas de 4to, en este tema se repite exactamente igual en 5to primaria, mientras que en 6to, el 65,71% sabe de los problemas que causa la estética y el 97,14% cree que a las jóvenes no les importa como llegar a un ideal de belleza; estas niñas si se involucran dentro de el grupo afectado y un 100% cree que una persona de su edad pueda padecer ambas enfermedades. En 1ro Básico observamos que el 87,5% de las niñas cree que muchos de los problemas alimenticios en Guatemala son causados por causa de la estética, un 97,5% cree que las jóvenes ansían tener una buena figura sin importar el medio por el que lo logren; el 95% de las niñas está consciente que pudiese llegar a padecer de estos trastornos a la corta edad que tienen, en este grupo el 47,5% de las niñas creen que están en el rango de edades afectadas por estos trastornos, mientras que el 45% de ellas lo atribuyen a niñas un poco más grandes.

En 2do Básico las niñas creen que el tener una buena figura se puede lograr por cualquier medio y esto está bien, el porcentaje que confirma este dato es del 97,5%; el 85% de ellas cree que la estética forma parte de una gran problemática alimenticia en el país, mientras que el 15% de ellas no muestra interés hacia esto, 97,5% cree que si puede llegar a padecer uno de estos trastornos, pero irónicamente no se incluyen dentro del grupo mayormente afectado.



Por otra parte los padres están conscientes que los medios de comunicación influyen en la vida de sus hijas, las inducen y las obsesionan con buscar pertenecer al ideal del "look" de moda y los más fuertes a su juicio son, revistas, la televisión como principal influyente, el cine, internet, pláticas entre amigas y anuncios en general.

Según los resultados anteriores vemos que los medios de comunicación juegan un papel bastante fuerte en la educación de las niñas, por lo cual éstos se deben de utilizar para construir y no para destruir. Además notamos, de nuevo, como en el tema #1 que existe desinformación hacia las edades en las que se puede padecer de estas enfermedades, por lo tanto es algo en lo que se debe de poner énfasis, ya que estas edades cada vez van siendo menores.



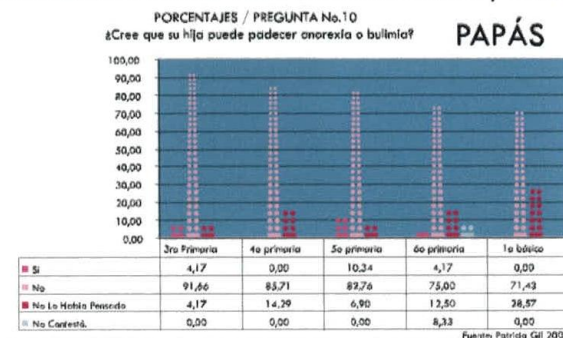
Tema 5

¿Creen los padres en la vulnerabilidad de sus hijas hacia estos trastornos alimenticios?

Como patrón, se observa que en todos los grados, los padres no creen, en su mayoría que sus hijas padezcan de estos trastornos; aún así en 3ro primaria se percibe que un 4,17% tiene la certeza de que su hija puede padecer anorexia o bulimia, y un 4,17% también no se había puesto a pensar en la posibilidad. En 4to primaria el porcentaje de padres que no lo había pensado, alcanza un 14,29%. En 5to, 10,34% de los padres creen que su hija pueden padecer algún trastorno de este tipo y únicamente un 6,90% no se detuvo a pensarlo.

En 6to primaria surge una abstinencia a responder esta pregunta, siendo este porcentaje un 8,33%, sólo un 4,17% si cree que su hija puede padecer, y un 12,5% no lo había pensado, dejando así a un 75% de padres que aseguran que su hija no podría padecer anorexia o bulimia, en contraposición con las niñas de este grado, que el 100% cree que puede padecerlas. En 1ro Básico el 71,43% de los padres cree que su hija no puede padecer de anorexia o de bulimia, mientras que el 28,57% de ellos recapacitó y respondió que no lo había pensado.

La negación que se observa por parte de los padres hacia la posibilidad de que su hija padezca de estos trastornos es preocupante, ya que al no querer abrir los ojos hacia este problema, lo hace más difícil de tratar en cualquiera de sus etapas, por lo tanto el material que se proponga deberá tratar el tema con mucho tacto y sutileza.

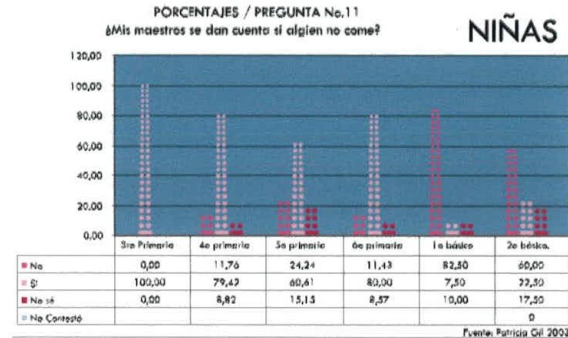


Tema 6

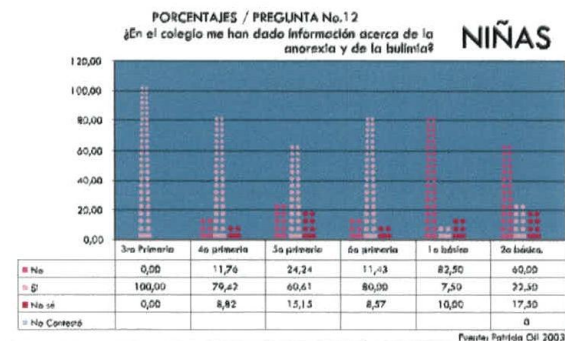
¿Están los maestros y colegios atentos a detectar e informar sobre la presencia de estas enfermedades?

En 3ro primaria la totalidad de las niñas encuestadas expresó que sus maestros si notaban si alguien no comía, a su vez indican en un 93,75% que en el colegio no se les ha dado información acerca de estos temas. En 4to primaria el porcentaje disminuye y únicamente el 60,61% indica que los maestros notan si alguien no come; el 93,94% indica que en el colegio no se les da información sobre estos trastornos, de nuevo notamos que se repite el patrón de 4to, en 5to primaria. En 6to el 80% de las niñas cree que sus maestros observan y cuidan su alimentación así como afirman el aporte de información por parte de estos mismos, con un 97,14% que confirman esto. En 1ro Básico el 92,5% de las niñas afirman que les han dado información acerca de la anorexia y de la bulimia en el colegio, mientras que el 82,5% de éstas no creen que sus maestros se den cuenta si alguien deja de comer.

En 2do Básico únicamente el 60% de las niñas cree que se dan cuenta los maestros de la alimentación de ellas, y el 100% afirma que en el colegio les han dado información acerca de estos trastornos.



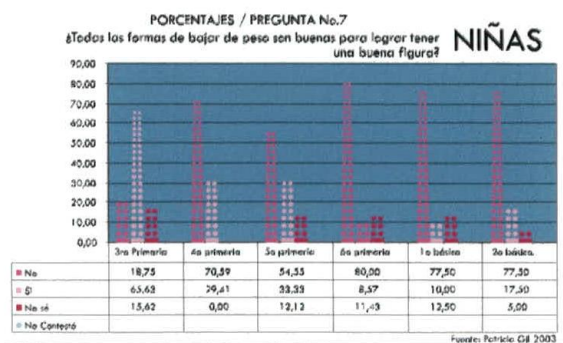
Como podemos observar el interés del colegio por cuidar la alimentación de las niñas existe bastante fuerte en grados bajos, mientras que va disminuyendo conforme las niñas van creciendo, de forma que sí se les imparte información básica sobre estas enfermedades pero es a partir de 6to primaria, ya que en 3ro, 4to y 5to no se ve que les informen acerca de estas enfermedades. Se debe de tomar en cuenta que estos trastornos aparecen desde muy tempranas edades y como observamos una de las causas de éstas es la desinformación o la malinformación a la que se ven expuestas.



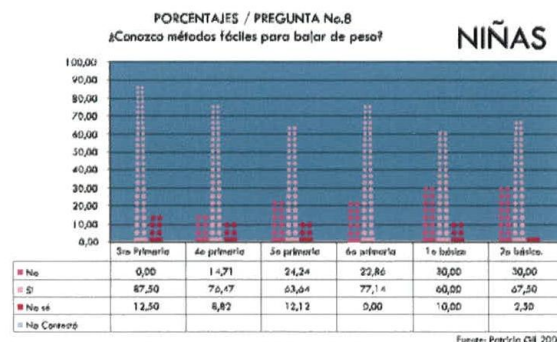
Tema 7

¿Se preocupan las niñas por conocer métodos para adelgazar y mantener su figura?

Es de alto riesgo el pensar que todas las formas de bajar de peso son buenas para obtener una buena figura, es por esto que la cifra del 65,63% en las niñas de 3ro primaria muestra que son susceptibles a ser presa de la anorexia o bulimia, ya que creen que no importa el método que se use para pertenecer al antes mencionado "look" de moda; es importante notar que al momento de cuestionarlas si conocían métodos fáciles para bajar de peso, el 87,5% dio una respuesta afirmativa, que curiosamente nos indica que tienen en mente el aspecto físico, y entre los métodos recalcan a los ejercicios y a comer fruta.



En otro aspecto, es importante para ellas tener una rutina de ejercicios para mantener el estado físico y mental en buena condición y las niñas de este grado se mantienen con este tipo de hechos. En 4to y 5to primaria curiosamente se repiten las estadísticas, el 54,55% de las niñas tiene conciencia de que no todos los métodos para tener una buena figura son necesariamente buenos, sin embargo, un preocupante 33,33% aún cree que no importa el método que se use. 63,64% asume que conoce métodos fáciles para perder peso, los cuales varían entre tomar agua, no comer grasas, hacer ejercicio, llevar dieta balanceada, hacer dietas varias e ingerir pastillas. 48,48% de estas niñas hace ejercicio de 3 a 6 días por semana y el 39,39% se ejercita de 30 a 45 minutos diarios.

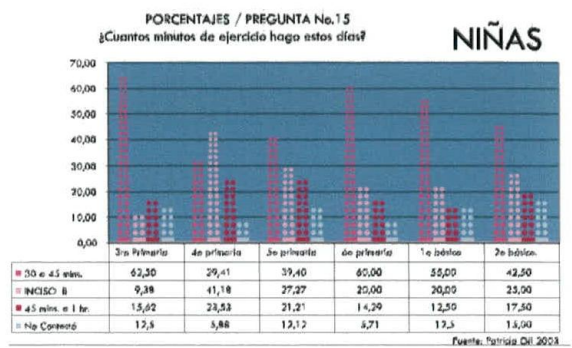


Un 80% de las niñas de 6to primaria sabe que no todos los métodos para adelgazar son buenos y un alto porcentaje insiste en la necesidad de conocer métodos fáciles, y entre los cuales destacan, comer sano, hacer ejercicio, tomar agua,

60



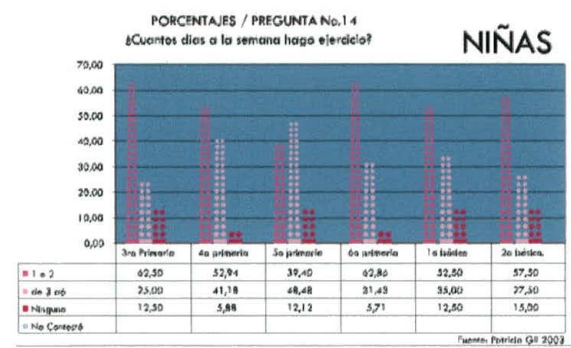
hacer dietas, no comer entre comidas, visitar un nutricionista y no comer en absoluto. El 62,86% de estas niñas hace ejercicio uno o dos días a la semana, y un 31,43% lo hace de 3 a 6 días, cifras que no son preocupantes, ya que en estos días el 80% de estas rutinas son entre 30 mins a 1 hora.



En 1ro Básico observamos que el 77,5% de las niñas creen que no todas las formas para bajar de peso son buenas, y sin embargo el 60% de ellas dice que conoce formas fáciles para bajar de peso, ellas en general dicen que hacen ejercicio de 1 o 2 días a la semana y en estos días aproximadamente se ejercitan durante 30 a 45 minutos, cifra que no es alarmante. En 2do básico las cifras demuestran que el 57,5% de ellas hace ejercicio también 1 o 2 días por semana, y durante 30 a 45

minutos en estos días, por otro lado, ellas creen que no todas las formas para perder peso son buenas, y 67,5% dicen conocer métodos fáciles para perder peso.

Los resultados anteriores son para ponerse alerta, ya que porcentajes bastante altos dejan ver que les importa tener buena figura sin importar el medio por el que lo logren. Es importante que se vigile de cerca la cantidad de ejercicio que estas niñas hacen, ya que una rutina muy larga, es reflejo de una exagerada preocupación por el aspecto físico. Los resultados en cuanto a su conocimiento sobre métodos para bajar de peso son preocupantes también, ya que muchas de estas niñas cree en métodos fuera de los saludables para alcanzar sus metas en cuanto a su aspecto físico, aquí debemos hacer notar la importancia que tiene para las niñas su aspecto físico, cosa que debe de ser secundario, poniendo en primer lugar su salud mental y física.

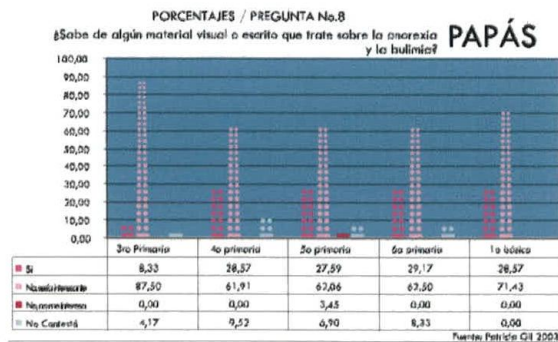


Tema 8

Interés de los padres hacia la información de estos temas.

El conocimiento de los padres sobre el tema es de suma importancia para que a las hijas les sean transmitidos. El 69% de los padres no sabe de algún material que trate de estos temas, pero tiene el interés de conocer alguno, esto indica, la necesidad de documentarse ante un problema que puede presentarse en sus casas.

la peligrosidad de estas enfermedades y se mantengan alertas a observar en sus hijas o en cualquier otra niña con quien tengan contacto estos síntomas. Ya que el tema que más dominan es la anorexia, se deberá tomar en cuenta que respecto a la bulimia, existe un desconocimiento de lo que realmente es, por lo que debe tratarse con mayor profundidad, y se deberá hacer notar lo difícil que es el recuperarse y salir de estas enfermedades que pueden ser mortales, para reforzar la complejidad de éstas.



Tener el interés de los padres hacia estos trastornos es muy importante, y sabiendo que están abiertos a recibir información se debe de aprovechar esto como un canal y no sólo para llegar a las niñas, sino que también para que ellos estén conscientes de



Confrontación de resultados de los profesionales entrevistados

Dentro de los sujetos de estudio se involucra a psicólogos, médicos y diseñadores, para que cada uno en su especialidad aporte la mayor cantidad de información y datos verídicos y científicos. Se dividen las entrevistas de estos profesionales en 9 temas diferentes para alcanzar mayor profundidad en cada uno de ellos.

entran en estos trastornos que empiezan siendo sociales y luego se convierten en patologías muy dañinas que pueden llevarlas al borde de la muerte.



Tema 1

Por el lado de la psicología observamos que la Psicóloga Violeta Tercero plantea que las edades a las que afectan con mayor fuerza estos trastornos son los 13 o 14 años, mientras que el Psicólogo Carlos Benítez nos dice que a su juicio estas edades oscilan entre los 12 a los 20 años y la Psicóloga Glenda Tabin cree que estas afecciones se presentan entre los 12 a los 18 años y cree que se pudiera extender hasta los 23 años.

Los médicos por su parte también creen que estos trastornos se presentan a edades tempranas, así como menciona el Dr. Henry Morales, quién dice que las niñas de 13 años más o menos, que están en la pubertad son las que se ven más afectadas por estas enfermedades; por su parte el Dr. César Cifuentes afirma que las jóvenes de 15 a 18 años, extendiéndose hasta los 25 años son las más afectadas, y el Dr. José Luis Saenz informa que son niñas de 12 a 18 años quienes padecen de éstas.

Como se puede observar las edades varían y aún así se salen poco de los márgenes que se están proponiendo, lo cual nos deja ver que cada vez es más notorio el momento al que estas niñas

Tema 2

Consecuencias de la Anorexia y la Bulimia

El Psicólogo Carlos Benítez nos informa que las consecuencias a nivel psicológico de estos padecimientos pueden ser, deterioro físico en general, pérdida de la menstruación, mareos e incluso la muerte. La Psicóloga Violeta Tercero confirma lo anterior y amplía la respuesta diciendo que otra consecuencia puede ser el insomnio, y la disminución de las funciones cognitivas; la Psicóloga Glenda Tabin solamente le agrega a la respuesta de sus colegas, el vértigo y las arritmias.

Los médicos creen que en su campo las consecuencias son más graves, ya que el Dr. Cifuentes comenta que entre las consecuencias se puede presentar amenorrea, hipogonadismo, hipogonadotrópico, desarrollo anormal de senos, si existiera un embarazo, estas causarían bajo peso del niño al nacer, o anorexia activa en gestaciones.

El Dr. Saenz nos dice que a su juicio las consecuencias son disfunción tiroidea, hipocalcemia con arritmia y deficiencia de zinc, y por último el Dr. Morales nos dice al respecto que, la disminución en la talla que sufren durante esta etapa de

padecimiento es irreversible y peligrosa, ya que esta abarca no sólo la estatura, el peso y la constitución sino que también afecta a nivel de órganos.

Es de suma importancia hacer notar los datos proporcionados anteriormente, para que tanto niñas como padres y colegios tomen conciencia y adopten una postura favorable para evitar el padecimiento de estas enfermedades en todas las personas.



Tema 3

Características de estas Enfermedades

Según comenta la Psicóloga Tabin, las niñas presentan pocas herramientas para soportar la crítica y con frecuencia son niñas sobreprotegidas. El Psicólogo Benítez nos dice que las niñas que padecen estas enfermedades son depresivas, inseguras y no tienen mucha autoaceptación, la Psicóloga Tercero nos dice que éstas se tornan irritables e incomprensidas.

En la opinión de los médicos lo más importante y notorio es la pérdida del 30% de masa corporal en un período muy corto, la amenorrea (ausencia de 3 o más períodos menstruales), además de trastornos endocrinos, alteraciones hormonales, de tiroides, bradicardia, hipotensión, electrolíticos, hematológicos y gástricos.

Por las características de estos trastornos, se observa que son padecimientos que no van solos, sino que arrastran a varios otros trastornos que desbalancean totalmente el organismo de quien las padece.



Tema 4 Causas de la Anorexia y de la Bulimia

Psicológicamente estas enfermedades se causan por inmadurez, descontento con sigo mismas, influencia de las expectativas sociales, desequilibrios químicos a nivel del hipotálamo, e incluso se cree que el componente genético también afecte estos trastornos.

Las causas son básicamente por influencia de la sociedad en la que las niñas se desenvuelven y este medio vemos que está saturado de material gráfico con contenidos poco positivos para todas las personas y sobre todo para estas niñas que aún no tienen bien definida su personalidad y se dejan llevar por todo lo que les dicen los demás, sin recapacitar si esto es bueno o no para ellas.

Tema 5

Existe Material para Educar a los Sujetos sobre estos Trastornos

Al momento de preguntar sobre este tema a los médicos las respuestas fueron bastante alarmantes ya que ellos no creen, en general, que exista material que sea adecuado para dar a sus pacientes.

Tomando la experiencia del Dr. Cifuentes , quien dice que él solamente se informa por el medio en el que vaya pudiendo (internet, libros prestados, revistas y manuales médicos) y les transmite esta información a sus pacientes, ya que menciona que no le serviría de mucho darles todos esos términos científicos, que igual se quedarían sin entender nada. El Dr. Morales confirma el comentario del Dr. Cifuentes, ya que él menciona que tiene libros, y que les da a sus pacientes fotocopias de éstos, pero que más tarda él en dárselo que ellos en llamar de regreso, pidiendo que se les expliquen términos y simbologías.

Por lo tanto se debe de tomar en cuenta que no sólo en los colegios se debe de dar información sino que cada médico, por ser persona de confianza de los padres, debe de facilitar este tipo de datos y

que mejor que hacerlo conjuntamente con un plan integral en el que se involucren tanto a padres, colegios, médicos, psicólogos como a las niñas.

Como sugiere la Diseñadora Gráfica Georgina Bran, podría funcionar una campaña en la que se tomen piezas como logo de un programa que apoye la campaña, folletos, trífolios y cosas así, hasta un calendario para que apunten su mejoría día a día.



Tema 6

Gravedad de estos Trastornos

La gravedad de la anorexia y de la bulimia empieza en el momento que empiezan las enfermedades, ya que como mencionó el Dr. Morales el tiempo que pierden de desarrollo de sus órganos es irreversible. Pero para que un caso amerite hospitalización este debe de presentar uno o más de estos síntomas, FC menor a 40 latidos por minuto, temperatura corporal menor a 36°, presión arterial sistólica menor de 70, potasio menor de 2.5 mol/lit, NV mayor de 30 mg/dl, depresión severa, riesgo de suicidio o crisis familiar.

Se debe de tratar de que los casos no lleguen nunca a hospitalización, ya que esto es estar a un paso de la muerte, como se dice comúnmente. Por lo tanto el material que se haga debe de ser preventivo y no correctivo, para aprovechar el tiempo y no lamentar serias consecuencias.



Tema 7

Cómo identificar a una Niña que Padece de Trastornos Alimenticios

Los psicólogos entrevistados dicen que la forma más fácil para identificarla es, en primer lugar la piel seca, el pelo quebradizo, el aislamiento, y la erosión de dientes, menciona la Psicóloga Glenda Tabin, muestran mucho cansancio e irritabilidad agrega la Psicóloga Violeta Tercero, datos que confirma el Psicólogo Benítez.

Estos son signos que se pueden observar en cualquier persona con la que se convive, por lo tanto son detalles que ya una vez sabidos se pueden observar incluso sin tanto detenimiento, por eso es que esto es un buen detalle para aprovecharlo en el material gráfico que se presente.



Tema 8

Cómo Abordar a los Padres y a Las Niñas

Por parte de los psicólogos creen que el tema se debe de tratar primero con la niña afectada, luego con los padres como parte de una terapia familiar en la que pueden participar mas integrantes de la familia con el fin de cambiar hábitos y romper con esquemas prototipados y con pensamientos auto destructivos.

Por parte de los médicos, ellos dicen que el problema debe de ser tratado primero con los padres, debido a las edades de estas niñas. Luego para explicarles a las pacientes estos trastornos se deberá dar primero confianza para que ésta se abra y hable claro con su médico.

A juicio de los diseñadores el problema debe de ser tratado por varios puntos, para no sólo trabajar con las afectadas sino que también con los afectantes o con las posibles fuentes de solución para estos problemas

La información que se utilice deberá ser sencilla, pero bien fundamentada y con el respaldo de alguien que realmente sea una autoridad en el tema.



Tema 9

Cómo Hablarles a las Partes Implicadas sobre el Tema

Por su parte los diseñadores opinan que una campaña de trifoliales para niñas, padres y educadores es bastante aconsejable en estos casos, así como material audio visual y volantes. Su forma gráfica deberá ser muy juvenil, moderado, amigable y muy gráfico, con contenidos duros, pero a su vez sutiles con muchas imágenes para lograr la identificación de las niñas.

Por parte de los psicólogos se recibe la propuesta de trabajar material con testimonios para que vean lo que de verdad sucede y no toda la gloria que les dicen los medios de comunicación. Éstos sugieren que se involucre a padres, hijas y educadores en jornadas informativas sobre estas enfermedades, se fomente la comunicación padres-hijos.

Ambas partes sugieren materiales muy interesantes, sobre todo por las edades de los sujetos de estudio y la cantidad de desinformación que existe entre ellas.

Conclusiones
y Recomendaciones



8.~ Conclusiones y Recomendaciones

8.1.~ Conclusiones

- El nivel de conocimiento de las niñas hacia el tema de la anorexia y la bulimia es poco profundo y está muy influido por falsas ideas sobre estos padecimientos.
- En el tema de la anorexia, el padre tiene un conocimiento muy acertado, mientras que al hablar de bulimia se tiene un conocimiento vago y muchas veces erróneo. También se encuentra una negación de que el problema en ambos casos pueda existir dentro de sus hogares.
- Existe material informativo sobre estos trastornos, el cual básicamente se encuentra en manuales de farmacéuticas, enciclopedias psicológicas y en fundaciones, aunque está última solamente está al alcance de unas pocas personas. Otra fuente de información, aunque poco convencional, son las películas extranjeras, en donde se presentan casos que reflejan estos padecimientos.
- El lenguaje de aproximación que se utiliza para estos temas, es uno muy claro, respaldado por bases médicas, a la vez, es un lenguaje muy ami-

gable de acuerdo al grupo objetivo; generalmente es información gráfica, con imágenes fuertes para crear impacto.

- El papel de los colegios es de suma importancia, porque la mitad del tiempo, las niñas están en este lugar. Del colegio es de donde cada niña espera obtener la mayor parte de los datos importantes que orienten sus ideales. La niña toma con mucho más peso lo que en el colegio recibe que lo que en la casa se enseña.

muy confuso, pero que tampoco sea muy vulgar, en su mayoría debiere ser gráfico.

- Por medio del manejo gráfico de la información se deberá de involucrar a los colegios, por ser el contacto primario con el exterior. Que las instituciones no sólo colaboren con distribuir la información, sino que también se involucren a fin de poder detectar el problema.



8.2.~ Recomendaciones

- Crear un material que enfatice en que las niñas entiendan lo que realmente es anorexia y bulimia de manera clara y directa, mencionando sus consecuencias; esto trae también la necesidad de que los padres conozcan lo que las niñas reconocen como trastornos alimenticios.

- Crear material que muestre al padre la diferencia entre anorexia y bulimia, además proponer un mecanismo que haga entender al padre que este es un problema que bien se puede presentar dentro de su hogar, por muchos valores que se inculquen, la sociedad a veces es la que manda.

- Al padre, a la hija y a la institución estudiantil, deberá de proporcionársele material que trate de estos trastornos, para que esté al alcance de ellos, con esto se eliminará el Tabú de hablar de este tema.

- Crear un material que debe lograr motivar el interés de los afectados y de los posibles afectados por que utilice el factor de impacto, tanto gráfico como escrito, llamando la atención de forma inmediata. Es importante el cuidado del manejo del lenguaje de aproximación, para que no sea



Il Parte

Presentación de la Necesidad



1.~ Presentación de la Necesidad

Los trastornos alimenticios, que se desencadenan en enfermedades que pueden ser mortales, han adquirido popularidad recientemente. La anorexia y la bulimia son dos de los trastornos más conocidos por la sociedad y en la actualidad, la influencia de los medios de comunicación en las niñas de 10 a 15 años se hace un factor determinante en las decisiones que éstas toman. Los resultados de las encuestas anteriores, muestran que existe desconocimiento hacia estas enfermedades.

Una de las carencias que se puede observar es que existe muy poca información al alcance de las personas, y el poco material que hay se concentra en libros médicos, enciclopedias, folletos de casas farmacéuticas y otras fuentes médicas en las que el lenguaje que se utiliza no es el más adecuado para que cualquier persona se acerque a leerlo sin tener conocimientos médicos y es más, las que se interesan por acercarse, no quedan invitadas a aprender el contenido, ya que éste es confuso y alarmante, no es memorable por los términos científicos que usa y lo más importante es que no está al alcance de todos, sino que sólo de una pequeña parte de las personas a las que estos trastornos afectan.


Por otro lado se puede observar que existe interés por parte de los padres hacia la información sobre estos

temas, más no saben a dónde acudir en busca de ella. Para las niñas, los medios de comunicación constituyen su ventana al mundo, y en ella se muestran muchas cosas que no son del todo benéficas, y no se ve la contraparte, es decir, las verdaderas consecuencias de éstas. En este estudio se hace referencia, a la moda desde un aspecto físico, mostrando "modelos" de suma delgadez sin importar el medio con el que se consiga este resultado.

Los maestros por su parte tienen la intención de impartirles información sobre estas enfermedades, pero lo hacen únicamente con las niñas más grandes, sin tomar en cuenta que niñas pequeñas de 10 años también sufren estos padecimientos y en sus etapas más críticas, sin siquiera tener conciencia de que lo que están haciendo las puede llevar a la muerte.

Otra carencia que vemos es que las personas que se interesan en buscar información la consiguen desviada de la realidad de estos padecimientos y esto provoca una cadena de falsos conocimientos. La falta de asociación de los casos conocidos de estas enfermedades con estas niñas, hace que ellas sientan que no les puede pasar, porque no viven en X lugar o porque no se visten de tal manera, etc.

Por lo tanto se propone que desde el punto de vista de diseño, se toque la información con mucho tacto y de una forma directa y verídica,



presentando casos reales de Guatemala, de tal manera que las niñas se puedan identificar como posibles anoréxicas y bulímicas, para que, ubicadas en la realidad puedan evitar el padecimiento de estas enfermedades tan graves. Para lo que se propone un material audiovisual con apoyo de material impreso que exponga claramente el entorno de estas enfermedades.

Objetivos
de la propuesta



2.- Objetivos de la Propuesta

- 1.- Diseñar una propuesta de material informativo, audiovisual, que informe sobre la anorexia y la bulimia tanto a padres, hijas y maestros, para promover un conocimiento integral de estos padecimientos.
- 2.- Crear una propuesta informativa audiovisual que ayude a tomar conciencia sobre la posibilidad de estos padecimientos en familias de alumnas de colegios católicos privados de la ciudad capital.
- 3.- Crear una estrategia gráfica informativa en la que se involucre a padres, colegios y niñas en el ideal de una vida sana, sin el tabú de la belleza como parte fundamental de sus vidas, para que estén concientes de las consecuencias que esto les puede traer.
- 4.- Crear material gráfico de apoyo a la propuesta audiovisual destinado a cada una de las partes involucradas, para el mejor aprovechamiento del material, de manera que éste sea más dinámico y memorable.



Fundamento Teórico
de la Propuesta de Diseño

3.~ Fundamento Teórico de la Propuesta de Diseño

3.1.~ Institución o Empresa con la que se va a trabajar

Debido al tema y al grupo objetivo no se trabajará este proyecto de tesis con ninguna institución, dejando abierta la posibilidad de que si alguna se llegara a interesar, pudiese poner en práctica el presente proyecto, absorbiendo todos los gastos de implementación de éste.

*Al momento de validar se hizo el contacto con la señora Mónica Mack y con el grupo de apoyo de la Iglesia San Judas Tadeo, pudiendo llegar a ser este grupo por medio del cual se pueda implementar la propuesta; y a la vez se propone, que cada colegio sea quien asuma sus propios gastos de implementación y quien lo ponga en práctica.

3.2.~ Contenidos Teóricos que respaldan la propuesta de diseño

Índice

•Material informativo.....	80	•Diseño Educativo.....	89
¿Qué es el material gráfico informativo?.....	80	Objetivos.....	89
Aspectos importantes para diseñar material informativo...	80	Aprendizaje colaborativo-cooperativo.....	90
Características.....	81	Elementos básicos del aprendizaje cooperativo.....	91
•Material audiovisual.....	82	Enfoques.....	91
¿Qué es interactividad?.....	82	Actividades de aprendizaje.....	93
Interactividad y diseño de videos didácticos.....	82	Diseño Interactivo.....	93
Video interactivo y diseño de medios.....	83	Diseño de Interfases.....	94
Niveles de interactividad.....	83	• Material de Apoyo.....	95
Educación audiovisual.....	84	¿Qué se debe de tomar en cuenta para	
Formación de Profesores y alumnos.....	85	crear un material de apoyo?.....	96
Desarrollo de un programa en educación para			
los medios de comunicación.....	86		
La enseñanza de la alfabetización audiovisual....	87		
Multimedia en la enseñanza.....	88		



Material Informativo

¿Qué es el material gráfico informativo?

El material gráfico informativo es un medio concreto que tiene el objetivo de comunicar ideas, mensajes o información a un grupo determinado. Se crea esperando una respuesta o reacción de quienes lo ven. El material gráfico informativo es todo recurso que transmite o comunica un mensaje estructurado, con el cual se adquieren nuevos conocimientos sobre un tema determinado.

Un material gráfico informativo es aquel material que ha sido creado para transmitir por medio de imágenes visuales alguna información.

Éste deberá ser creado combinando aspectos gráficos como una adecuada composición, colores, imágenes, ilustraciones, gráficos, etc. Al momento de diseñarlo se debe de tomar en cuenta la participación cognositiva del espectador; ésto se refiere a que el grupo objetivo se interese, lo comprenda, lo desarrolle, se involucre y de esta forma se identifique con éste.

Aspectos importantes para diseñar material informativo

Para elaborar material informativo se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Los contenidos: El contenido debe de tener una jerarquización adecuada para la lectura. Los contenidos deben de ser interesantes y enfocados a las necesidades del grupo objetivo, resaltando lo mas importante del tema. Deberá de estar organizado de lo general a lo particular para agilizar su comprensión.
- El formato: Se debe de seleccionar el formato de acuerdo al lugar donde se va a usar éste, la forma de distribución del mismo, el grupo objetivo, el contenido, el presupuesto, etc.
- La tipografía: Su función es auxiliar a la comunicación gráfica. Para elegir la tipografía es necesario considerar el diseño de la letra, el tamaño, el peso, el interlineado, la longitud de las líneas, los márgenes, el tipo de impresión, y el interés del lector en el contenido.
- Los textos: Éstos deben de ser cortos y deben de tener una diagramación fluida. No es recomendable usar muchos tipos de letra en un mismo contenido para no romper la armonía visual.



Características

Al realizar un material de información, se debe emplear un medio o producto comunicativo que debe cumplir con lo siguiente:

- Las ilustraciones: Se entiende por ilustración, cualquier fotografía, dibujo o pintura que forme parte del diseño. Una de sus principales funciones es captar la atención del receptor, mantenerla o bien apoyar gráficamente a algún texto.
 - El color: Su principal objetivo es atraer y lograr la atención del grupo objetivo. Debe de apoyar al concepto de la pieza y debe ser legible y comprensible, y por tener diferentes implicaciones, deberá ser seleccionado con mucho cuidado.
 - Jerarquías visuales: Se refiere a los niveles de importancia que tiene algún elemento dentro de un diseño y el lugar que se quiere que este mensaje ocupe en la mente del grupo objetivo.
 - Diagramación: Distribuir de forma agradable, ordenada, jerarquizada etc. los elementos visuales dentro de un formato, un espacio determinado.
- Cualquiera que sea el producto comunicativo que se realiza requiere anticiparse al público y sus necesidades de información.
 - Realizar un diseño que anticipe la organización del contenido y la lógica de presentarlo. El diseño es de tres tipos:
 - Sensorial (presentación)
 - De contenido (información)
 - Estructural (organización)
 - El contenido (información) debe responder a las necesidades del usuario.
 - En cada producto la estructura es diferente y responde a las funciones que cumple.
 - Para terminar el diseño debe probarse mediante un dumie. Un dumie es un modelo experimental del producto que se somete a evaluación y comprobación para ver si cumple los objetivos o funciones diseñadas (en un documento escrito el dumie equivale al primer borrador).



Material Audiovisual

Qué es Interactividad

En todo medio de comunicación hay cuando menos cuatro entidades importantes: el emisor, el medio, el mensaje, y el receptor. El emisor obviamente es el productor de cierto mensaje que envía a través de un medio para llegue al receptor. No importa que tan antiguo, moderno o por inventarse sea el medio de comunicación, siempre existirán estos cuatro elementos.

La interactividad solamente se puede dar en medios de comunicación asincrónicos y no-lineales. También de que en la interactividad el receptor decide o escoge que parte del mensaje le interesa más, es decir controla el mensaje. Y por ende no es posible la información no-lineal sin interactividad.

Pero el receptor no tiene la completa capacidad de decidir o escoger que parte del mensaje le interesa más. El emisor no puede establecer niveles de interactividad a lo loco, tiene que respetar los límites del medio de comunicación.

Interactividad

Es la capacidad del receptor para controlar un mensaje no-lineal hasta el grado establecido por el emisor, dentro de los límites del medio de comunicación asincrónico.

Interactividad y diseño de materiales audiovisuales didácticos

Se trata de lograr unos productos menos pasivos, más estimuladores y que al mismo tiempo que se adapten al contexto vital del alumno, lo impliquen en lo que se está presentando.

Los objetivos de la investigación se dirigen a conseguir modelos de programas que se caracterizen por:

- Flexibilidad para satisfacer las necesidades de cualquier tipo de estudiantes, sin romper la estructura interna del contenido.
- Incorporación de elementos que posibiliten la intervención del profesor (sobre todo en el modo de presentación).
- Implicación/motivación del alumno introduciendo elementos tendientes a enfrentar al espectador a situaciones nuevas, incompletas, conflictivas.

- El apoyo de otros medios
- Captar y mantener la atención del alumno haciendo referencia a aquello que supone sus intereses concretos.

Audiovisual interactivo y diseño de medios

Abordar el tema del Audiovisual Interactivo desde la perspectiva del diseño supone, una doble e importante contribución a la investigación sobre medios didácticos:

- Aporta un marco de referencia en los procesos de producción de audiovisuales didácticos proporcionando pautas, modelos en los que apoyarnos y sistematizando aquellos aspectos del proceso que constituían focos de preocupación.
- Contribuye al desarrollo del AI, ya que el diseño de materiales interactivos constituye uno de los aspectos fundamentales a investigar. Pero, sobre todo, contribuye al desarrollo del AI concebido, eso sí, desde una perspectiva más amplia que la que habitualmente se tiene del medio.

La interactividad no viene delimitada por un determinado equipo, sino que supone implicar al alumno en el programa, inducirlo a la actividad y responderle. "Esta implicación puede dirigirse a la inteligencia y al razonamiento lógico, pero también a la imaginación y los sentimientos" (CHAIX, 1983). Esto se consigue muchas veces con programas que exigen solamente un equipo de vídeo standar. Por el contrario, sofisticados 'equipos interactivos' pueden reducirse a solicitar respuestas motoras.

Desde esta perspectiva, AI es cualquier programa audiovisual en el que la secuenciación y selección de mensajes se determinan por la respuesta del estudiante al material, por la intervención de éste en la secuenciación del aprendizaje.

Niveles de interactividad

Nivel 1: No intervención. No requiere ningún tipo de intervención por parte del alumno.

Nivel 2: Intervención mental. El programa solicita del alumno cierta actividad al plantear preguntas, estimular el comentario, recapitular las ideas fundamentales, anunciar ciertos pasajes relevantes.

Nivel 3: Intervención en el ritmo de presentación del mensaje. Es similar al anterior, pero se señalan pausas, en las que se desarrollan distintos tipos de actividades orales, consultas, implementación del material de apoyo.

Nivel 4: Intervención en el mensaje (Selección información/ respuestas). El programa presenta segmentos de información, incluyendo opciones. Dependiendo de la respuesta, el programa pasa automáticamente al segmento de información correspondiente.

Nivel 5: Intervención sobre periféricos. Se trata de sistemas que introducen, en algún momento del programa, elementos pertenecientes a sistemas externos al mismo.

Educación audiovisual

A nivel social puede decirse que las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación están presentes en muchas de las experiencias cotidianas y no son extrañas o ajenas a la sociedad, especialmente el sector de la

población comprendido en edad escolar. Ayudan a vincular, formar y comprometer a los profesores en formas de comunicación cercanas a la percepción y al contexto de niños y jóvenes.

¿qué es la educación audiovisual?

El uso y el acceso a la tecnología de los medios es un pequeño aspecto de la educación audiovisual. Lo más importante es la comprensión por parte del alumno de cómo están contruidos los documentos audiovisuales y el significado con frecuencia implícito en su construcción. La educación audiovisual se ocupa también de cuestiones más amplias relativas al documento, como su carácter institucional, el contexto cultural en el que ha sido producido y en el que es contemplado y, en función de aquél, en el mantenimiento de la ideología dominante.

Según la definición adoptada en el Congreso Internacional (1989) convocado por la Association For Media Literacy de Canadá, Media Literacy es la capacidad de decodificar, analizar, evaluar y comunicarse en una variedad de formas. Y lo que se pretende es que los jóvenes desarrollen estas destrezas y actitudes en función de las múltiples formas de comunicación cercanas a su mundo.

Decimos que una persona está alfabetizada cuando además de leer (decodificar) una serie de signos, puede producir (codificar) una serie de mensajes que le permitirán conocer y comprender su entorno al mismo tiempo que podrá comunicarse de una forma más dinámica y variada con el

mundo que lo rodea. Un individuo estará alfabetizado en los medios de comunicación cuando además de leer mensajes audiovisuales esté en situación de poder producir nuevos mensajes en diferentes códigos que le permitirán transferir estos aprendizajes a situaciones nuevas. Esto significa que podrá trasladar a diferentes situaciones de la vida cotidiana donde están presentes los medios de comunicación los conocimientos aprendidos sobre el mundo audiovisual, del mismo modo que lo hace un individuo cuando traslada a las más diversas situaciones de la vida el aprendizaje que ha tenido con la lectoescritura.

Formación de profesores y alumnos

Los estudios sobre Educación para los Medios de Comunicación deben considerar al menos tres grandes aspectos u orientaciones. En primer lugar, los medios de comunicación pueden considerarse como manifestaciones sociales que se sitúan dentro de la industria de la información y del entretenimiento. En segundo lugar, los podemos considerar agentes de determinados modelos comunicativos (emisores) que producen mensajes de

los que somos destinatarios (receptores) y, por último, los podemos considerar desde la perspectiva de la estructura, el contenido y la forma que tienen los mensajes como categorías de discurso o textos con los que el espectador entra en contacto y los trata de tú a tú. Así pues nos encontramos ante un fenómeno de una triple dimensión: social (mass media), lingüística (modelos comunicativos) y semiótica (discursos y textos audiovisuales).

“Cuando planteamos como necesario que cualquier estrategia educativa sobre los medios debe contemplar inexorablemente actividades tanto de lectura como de creación de mensajes (imágenes, sonidos, gráficos, etc.), estamos haciendo una referencia a los siguientes aspectos: con la lectura se desarrollan estrategias y se incorporan sistemas de análisis específicos de los discursos audiovisuales y con la creación estaremos favoreciendo en nuestro alumnado el incorporar dentro de su experiencia personal determinados modos de producir mensajes. A partir de aquí, el individuo estará en una situación que le permite ubicar a los medios audiovisuales como elementos propios de su cosmogonía y, de esta manera, gozar del distanciamiento necesario para consumir, interpretar y subvertir los discursos audiovisuales que le son ofrecidos.” (Aparici 2002)

Desarrollo de un programa en educación para los medios de comunicación

Len Masterman, prestigioso profesor de Media Literacy en la Universidad de Nottingham (Reino Unido), considera que un proyecto de enseñanza de los medios ha de considerar, al menos, las siguientes ideas principales:

- Todo lo que comunican los medios son construcciones. Los medios de comunicación no son reproducciones de la realidad ni tampoco el reflejo o el espejo de la sociedad. Por el contrario, ofrecen construcciones cuidadosamente realizadas que han sido sometidas a numerosas pruebas y decisiones. La alfabetización audiovisual enseña a desmontar, a interpretar esas construcciones.
- Los medios de comunicación construyen la realidad. Una parte importante de las observaciones y experiencias en las que basamos nuestra representación de lo que es el mundo y como funciona nos llega previamente construido por los medios, con actitudes, interpretaciones y conclusiones incorporadas. Por lo tanto, tenemos que considerar que son los medios los que construyen los

conocimientos que tenemos nosotros de la realidad y nuestros conocimientos suelen ser una reproducción de esta forma de representación.

- Las audiencias negocian el contenido de los medios de comunicación. Nuestra idiosincracia es importante a la hora de procesar la información. Cada uno de nosotros busca o "negocia" el significado de manera diferente dependiendo de muy diversos factores: necesidades y ansiedades personales, placeres y problemas cotidianos, actitudes raciales y sexuales, medio familiar y cultural.
- Todos los productos de los medios son, en cierto modo, publicidad de sí mismos y también de valores o formas de vida; los grandes medios de comunicación contienen, de manera explícita o implícita, valores ideológicos. Entre ellos podemos distinguir todos estos o algunos de ellos: la naturaleza "del bienestar" y el papel que en esto tiene la opulencia, la virtud del "consumismo", el papel de las mujeres, de aceptación de la autoridad y el patriotismo incondicional.
- Forma y contenido están íntimamente relacionados en los medios de comunicación. Cada medio tiene su propia gramática y codifica la realidad de una manera propia.



La enseñanza de la alfabetización audiovisual

A los cuatro años podemos iniciar a los niños en el estudio de la imagen graduando las actividades de acuerdo con su desarrollo evolutivo. A partir de este principio nos centramos en tres estadios siguiendo los principios de Piaget:

- El preoperatorio, que va de los cuatro a los siete años, aproximadamente.
- El de las operaciones concretas, de siete a once o doce años, aproximadamente.
- El de las operaciones formales a partir de los doce años.

Estos tres estadios evolutivos condicionan el desarrollo de prácticas de análisis y producción de los más jóvenes usuarios de los medios de comunicación. El niño del estadio de las operaciones concretas puede enumerar algunas características de la imagen: monosemia/polisemia, iconicidad/abstracción, simplicidad/complejidad.

Asimismo puede agrupar repertorios de imágenes brillantes, coloristas, frías, cálidas, etc. Esímulos más variados de los que recibe normalmente a través de los medios de comunicación convencionales.

Este es un buen momento de creación de películas o videos con la ayuda del multimedia. Los alumnos se plantearán una idea, harán un trabajo de documentación, repartirán las funciones profesionales que existen en la realización de una película o video director, cámara, actores, etc., dibujarán los planos de sus películas, escribirán los diálogos, describirán los efectos sonoros e intentarán incorporarlos al programa.

En el tercer estadio, el de las operaciones formales, los jóvenes pueden ya analizar objetiva y subjetivamente la imagen y son capaces de atender a las connotaciones que les sugiera ésta.

Puede ser conveniente que los maestros sugieran a los jóvenes que cuenten una historia a partir de tres documentales con el fin de que las organicen atendiendo a criterios estéticos, informativos o publicitarios y luego puede proponerse que le pongan un pie de foto a alguna de ellas.

Este estadio de multimedia es apropiado para que comprendan los conceptos de espacio y tiempo y puedan realizar una serie de imágenes que se les proponen y, si cuentan con cámara de video, incorporen sus propias imágenes al multimedia y las organicen atendiendo a diferentes criterios de montaje.

Será conveniente también incitarles a la elaboración de narraciones gráficas que se alejen del realismo. Esto puede facilitarles el trabajo para la



creación audiovisual, hasta tal punto que todos sus esfuerzos están concentrados en lo que quieren decir, en lugar de centrar las energías en el proceso manual que requerirán los medios en sus forma primitiva.

Multimedia en la enseñanza

El multimedia por sí mismo no genera nada, puede provocar desde cierto interés por la novedad que aún significa para algunos hasta un profundo aburrimiento.

El multimedia no debe emplearse como recurso para reforzar la hipnosis que genera, como por ejemplo, la televisión, sino para establecer un contacto más directo con la realidad más inmediata de los alumnos y, al mismo tiempo, para desarrollar estilos constructivistas de aprendizaje mediante la creación de imágenes, sonidos, gráficos y textos propios, expresándose con todos ellos y navegando por toda la información que cada uno pueda investigar y generar.

Los medios audiovisuales se consideran como catalizadores de experiencias, como dinamizadores de la comunicación o como objeto de estudio en sí mismos para analizar la propia realidad.





Diseño educativo

Una vez se tenga el análisis documentado ya se puede empezar a tomar decisiones concretas para el material y por tener un fin educativo se debe considerar todos los elementos que permitirán dar una solución a las necesidades detectadas en la etapa de análisis. Por esta razón hablaremos del aprendizaje y de la interactividad del diseño educativo.

Metas de Aprendizaje

Las metas reflejan las intenciones básicas del material y se formulan en términos de estados o procesos

Objetivos de Aprendizaje

Los objetivos generales son afirmaciones que especifican lo que el alumno será capaz de hacer como resultado del aprendizaje, señalan los pasos que conducen a las metas perseguidas expresándolas de manera sistemática y se formulan en términos de productos o resultados.

Decisiones de contenido

En esta etapa se tomarán las decisiones fundamentales para el contenido del material, se

decidirán los elementos específicos del tema escogido que se van a incluir en el material, es importante recordar que es mejor desarrollar los contenidos que solucionen una necesidad educativa específica y no necesariamente cubrir todo el tema en su extensión.

Dumie en Papel

Este dumie ayudará a plasmar las ideas en papel, el docente podrá realizar el prototipo como desee, siempre que permita visualizar todo lo anteriormente desarrollado en la etapa de análisis y en la de diseño educativo.

Los Objetivos

Los objetivos generales expresan los resultados alcanzables y previsibles en función de los recursos y las actividades del curso. Las metas reflejan las intenciones básicas del curso y se formulan en términos de estados o procesos. Los objetivos generales son afirmaciones que especifican lo que el alumno será capaz de hacer como resultado del aprendizaje, señalan los pasos que conducen a las metas perseguidas expresándolas de manera sistemática y se formulan en términos de productos o resultados.

Los objetivos específicos poseen características similares aunque con un mayor grado de concreción de los conocimientos, habilidades o destrezas y actitudes que se obtendrán en cada bloque temático o

tema. Señalan quién, qué, dónde, cómo, cuándo y durante cuánto tiempo van a participar en el proceso de aprendizaje. Los objetivos se entienden como enunciados que especifican:

"La descripción de las competencias que se espera que adquieran los estudiantes al término del proceso de enseñanza-aprendizaje. Por ejemplo, en un curso de Pedagogía Experimental una competencia deseable sería calcular el error típico". (www.iued.uned.es)

Modelo Cognoscitivo

El desarrollo de modelos cognoscitivos es un aspecto fundamental en la actividad de aprendizaje. La gente desarrolla modelos como resultado de sus experiencias y los utiliza para almacenar información y conocimiento. Pueden también utilizarse para guiar cualquier aprendizaje necesario, por lo que el docente deberá escoger el que mejor se ajuste a su población, al tipo de material y al tema trabajado.

Ejemplos de estos modelos cognoscitivos son:

- Aprendizaje Colaborativo
- Enfoques Pedagógicos
- Teorías en las que se basa la instrumentalidad de Internet para el aprendizaje

Aprendizaje Colaborativo ~ Cooperativo

"Conjunto de métodos de instrucción para la aplicación en grupos pequeños, de entrenamiento y desarrollo de habilidades mixtas (aprendizaje y desarrollo personal y social), donde cada miembro del grupo es responsable tanto de su aprendizaje como del de los restantes miembros del grupo" (Jonhson, D. y Jonhson, R 1987).

De esta definición se desprenden tres ideas centrales, a saber:

- Es un método de instrucción para aplicación en grupos pequeños, es decir tiene como propósito la modificación del conjunto de relaciones que se establecen entre el profesor y su alumno y entre los alumnos mismos.
- El entrenamiento y desarrollo de habilidades mixta. Su aplicación grupal se orienta hacia el desarrollo de una organización al interior de la clase y fuera de ella, mas intencionada y planificada para el desarrollo de actividades de aprendizaje en los alumnos.
- Cada miembro es responsable de su aprendizaje y de los restantes miembros. Se trata de que los alumnos trabajen en grupo, pero no sólo para que desarrollen la tarea encomendada sino que además aprendan del proceso de aprender.

Elementos básicos del aprendizaje cooperativo:

- Interdependencia positiva: Este es el elemento central del aprendizaje colaborativo, debido a que reúne un conjunto de características, que facilitan el trabajo grupal en relación con su organización y funcionamiento. En la interdependencia positiva se distinguen 5 conceptos básicos: de Metas, de Tareas, de recursos, de roles, de premios.
- Interacción Cara a Cara
- Contribución individual
- Habilidades personales y de grupo pequeño
- Incentiva el desarrollo del pensamiento
- Se hace énfasis en procesos más que en productos.

Enfoques

Habitualmente se reconocen 5 enfoques pedagógicos: El racionalismo académico o la escuela tradicional, la tecnología educativa, los enfoques cognitivos, la escuela activa, el enfoque socio histórico y las escuelas comunitarias. En cada uno de ellos se pueden encontrar diferentes sub-tendencias, sin embargo se pueden definir a grandes rasgos los principios generales que los describen (Parra, 2002).

Enfoque ***** Componentes Pedagógico	Racionalismo Académico	Tecnología Educativa	Escuela activa	Corrientes Cognitivas	Cognitiva Socio histórico (Vigotsky)	Comunitario
Propósitos	Formar personas cultas y conocedoras de la cultura	Lograr desempeños eficientes en diferentes tareas	Formar capacidades creativas y actitudes positivas ante la vida	Formar personas inteligentes y creativas en la resolución de problemas	Formar una comunidad intelectualmente capaz en la resolución de problemas	Formar personas socialmente valiosas
Contenidos	Se organizan de acuerdo a los contenidos de un área disciplinar	Se organizan de acuerdo a objetivos de desempeño	Se organizan de acuerdo a intereses	Se organizan de acuerdo a niveles cognitivos de aprendizaje	Se organizan de acuerdo a las potencialidades de aprendizaje cognitivo	Se organizan de acuerdo a las necesidades que surgen de la comunidad
Metodología	Se fundamenta en la exposición del profesor	Se fundamenta en la planificación de la enseñanza basada en la organización de estímulos	Se fundamenta en las acciones del estudiante sobre los objetos del medio y en el uso de materiales	Se fundamenta en diferentes tareas cognitivas y en estrategias de aprendizaje	Se fundamenta en la interacción social y en el uso de diferentes mediaciones principalmente semióticas	Se fundamenta en la experiencia previa y en la participación activa de la comunidad en la solución de problemas
Recursos	Los apoyos educativos se basan en el discurso y en los textos	Los apoyos educativos se basan en material para ser usado en la instrucción programada y en las máquinas de enseñanza	Se utiliza material didáctico de acuerdo a los intereses y necesidades del estudiante	Se utiliza diferentes materiales de acuerdo a los procesos cognitivos que se desean desarrollar. Por ejemplo, recientemente, se han utilizado tutoriales, sistemas expertos y software educativo	Los recursos físicos, psicológicos y semióticos (herramientas, textos, computadores, etc.) se convierten en mediaciones de aprendizaje para ser utilizadas en situaciones de interacción educativa	Se utilizan diferentes materiales presentes en el contexto socio cultural
Evaluación	Se evalúa lo que el alumno sabe con respecto a un campo de conocimiento a través de pruebas generalmente escritas u orales	Se evalúa la efectividad en los desempeños a través de pruebas con indicadores definidos	Se evalúa niveles desarrollo de los niños con respecto a sus habilidades y actitudes	Se evalúan estructuras y procesos de pensamiento a través de pruebas de naturaleza psicológica o psicopedagógica	Se evalúa el potencial de aprendizaje y diferentes niveles cognitivos de desarrollo intelectual a través de pruebas de naturaleza psicopedagógica	Se evalúa la capacidad de resolución de conflictos sociales y del uso del conocimiento para ello.

(Parra, 2002).



Teoría del conocimiento contextualizado

Otra teoría que apoya los medios audiovisuales para el aprendizaje es la del conocimiento contextualizado. Esta teoría sostiene que "el conocimiento es el resultado de una relación activa entre un agente y el entorno y el aprendizaje ocurre cuando el aprendiz está activamente envuelto en un contexto complejo y real" (Young 1993). Una posición más precisa sostiene que no sólo el aprender sino el pensar es contextualizado y que por tanto debería ser considerado desde una perspectiva ecológica.

Las herramientas telemáticas citadas posibilitan intercambios auténticos entre usuarios provenientes de contextos culturales diferentes, pero con intereses similares, responden a las premisas del aprendizaje contextualizado en dos de sus características: realismo y complejidad, puesto que cuando nos referimos a esta última excluimos la posibilidad de segmentar la realidad para reconocer la unidad que subyace bajo las divisiones y que se manifiesta en las interrelaciones que se posibilitan con el uso de medios audiovisuales dentro de los ambientes de aprendizaje.

Teoría del aprendizaje social

Si partimos de la premisa de que "Aprendizaje es cualquier cambio relativamente permanente en el comportamiento y que ocurre como resultado de una experiencia", tenemos que aceptar que los seres humanos aprenden no sólo de manera programada, sino en forma indirecta, por lo que ven, por la información que perciben o siguiendo el ejemplo de aquellos a quienes admiran. "A la teoría que sostiene que podemos aprender tanto por observación como por experiencia directa se le ha llamado teoría del Aprendizaje Social. Para la teoría citada, la gente responde a la forma en que percibe, le da gran importancia a la influencia del ambiente en el comportamiento y a sus consecuencias" estas consideraciones no hacen que se deje de lado el aprendizaje a través de la observación y reconoce la importancia de la percepción. La influencia de modelos es lo más relevante del Aprendizaje Social, desde esta perspectiva procesos de atención, de retención, de reproducción y de refuerzo se dan permanentemente en el individuo y son los que hacen posible dicho aprendizaje.

Actividades de Aprendizaje

El material educativo debe tener un importante elemento interactivo para lograr una mayor asimilación de conocimientos y favorecer la creación de modelos mentales de los conceptos que se quiere que los estudiantes aprendan, por lo que todos los objetivos y metas deben verse reforzados con actividades de aprendizaje. Para sistematizar las actividades se recomienda configurar con los siguientes elementos cada una de ellas.

Elemento	Descripción
Nombre de la actividad	Determina el nombre con el fin de proporcionar una idea clara de lo que trata la actividad.
Descripción	Da una descripción breve de las acciones que el alumno va a realizar durante la actividad.
Duración	Establece el tiempo que se requiere para llevar a cabo la actividad (tanto en el aula como fuera de esta).
Técnica didáctica	Una descripción general de la(s) técnica(s) didáctica(s) que se utilizará(n) en la actividad y de las características de aplicación de cada técnica.
Evaluación	Se establecen los elementos o criterios que servirán para evaluar el desempeño de los alumnos durante la actividad.
Documentación didáctica	Se presenta una breve justificación de la selección de la actividad, así como puede incluir recomendaciones para su aplicación.

Así, las actividades que deberán fomentarse en mayor medida son las tendientes al aprendizaje colaborativo, seguidas por las individuales y con menor proporción las dedicadas a la instrucción directa.

Diseño Interactivo

Una vez se tengan definidos los aspectos educativos y de contenido se debe pensar en cómo se quiere que el usuario los vea e interactúe con ellos, de esta forma se diseñará el ambiente en el que se va a mover el estudiante utilizando una computadora.


Requerimientos Funcionales

Se deben conocer y tener en cuenta las características de desarrollo físico y mental de los usuarios para saber de qué dispositivos y ayudas para la comunicación usuario-computador se requieren, estos requerimientos deben estar por escrito,

Metáforas y Paradigmas

Metáfora: Comparación y Utilización de objetos del mundo real en el Diseño

Paradigma: Quiere decir modelo, ejemplo.



En el diseño interactivo de un material educativo es importante que el usuario se aproxime al conocimiento de la manera más vivencial posible y estimulando la mayor cantidad de sentidos posibles, para esto hay que analizar muy bien cómo es la realidad del usuario y que es lo que está fallando para poder reproducir esa realidad lo más precisamente posible y ofrecer soluciones al problema.


Diseño de Interfaces

Cuando uno usa una herramienta, o accede e interactúa con un sistema, suele haber “algo” entre uno mismo y el objeto de la interacción.

Este “algo” nos informa qué acciones son posibles, el estado actual del objeto y los cambios producidos, y nos permite actuar con o sobre el sistema o la herramienta. Ese “algo”, que es a la vez un límite y un espacio común entre ambas partes, es la interfaz.

Manejo

Una vez se hayan definido los requerimientos funcionales, la metáfora o paradigma y la interfaz a utilizar, se debe especificar el manejo que tendrá la herramienta, si se utilizará el teclado, el ratón, una pantalla sensible al tacto, etc.



Mapas de Navegación

Para tener una mayor claridad sobre la estructura general, la lógica de funcionamiento y el flujo de información del material es importante realizar un mapa de navegación que consiste en un esquema donde se incluyen todos los sitios, pantallas y rutas posibles de interacción del material.

Desarrollo Guión

Siguiendo la guía del diseño se deberán elaborar tablas donde se recoja la información de todos los recursos necesarios para desarrollar el material, estos recursos pueden ser de tipo gráfico, texto, audio, video, animación.

Crear una ficha por pantalla es lo que debemos hacer. Y en cada ficha debemos exponer claramente:

- que se ve en la pantalla
- que se lee
- que se oye
- como se mueve el usuario de esta a otras pantallas
- que interactividad debe programarse si la hay.



MATERIAL DE APOYO



Producción


Producción de Audiovisuales: Grabar y capturar cada uno de los recursos de audio, video e imagen; siguiendo los guiones

Posproducción de Audiovisuales: Corregir y perfeccionar los recursos de acuerdo a una evaluación previa de su uso en el material.

Integración y Desarrollo Autoral: El desarrollo de software educativo puede hacerlo una sola persona, pero tendrá que cumplir demasiados papeles a la vez, por lo que lo más importante para lograr productos de excelente calidad y útiles es el equipo de trabajo, que en su forma ideal estaría compuesto por los siguientes roles:

El material de apoyo es cualquier material gráfico o escrito que lleva un proceso paralelo a un material informativo, didáctico, educativo, etc. que pretende dar un refuerzo a la comprensión o al aprendizaje, de modo que éste sea más efectivo y el mensaje más memorable.

Debido a que es un proceso en el que se pretende volver a lo aprendido, hay varias situaciones en las que este material es aplicable; por ejemplo, cuando existe un proceso de aprendizaje muy teórico, se deberá recurrir a la utilización de un material de apoyo que sea práctico o de ejecución. Cuando el proceso es muy pasivo, el material deberá ser dinámico e involucrar actividades que favorezcan a la comprensión del mismo.



¿Qué se debe de tomar en cuenta para crear un material de apoyo?

Para la creación de este material se debe de tener presente cual es el medio-material al que se va a apoyar y realizar un proceso alterno con, la información complementaria o retomando los mismos temas con el fin de volverlos prácticos, para que éstos sean memorables.

Aspectos a tomar en cuenta

- Cuál es el contenido que se necesita apoyar.
- Porqué lo necesita apoyar? (ej. por que es muy tedioso)
- Para qué lo necesita apoyar? (ej. para que los alumnos le presten mayor atención)
- Cómo lograr ese cambio? (ej. por medio de alguna actividad)



Definición del Grupo Objetivo



4.~ Definición de Grupo Objetivo

Primario

Demográfico

El grupo objetivo primario de esta propuesta es niñas comprendidas en las edades de 10 a 15 años que viven en la ciudad capital de Guatemala, estudian en colegios privados, católicos, de mujeres. A estas edades están estudiando entre 3ro primaria y 2do básico.

Estas niñas están en una etapa de sus vidas en la que absorben y copian muchas cosas de las que ven a su alrededor. Están empezando a formar su personalidad y es por ésto que a menudo no tienen la capacidad de discernir acerca de lo que está bien y de lo que está mal, simplemente observan y toman lo que les conviene, mas no siempre es lo correcto.


Por su nivel socioeconómico se mueven en una sociedad en la que el aspecto físico es un factor determinante en el éxito que una persona tiene tanto en el ámbito social como en el profesional; es por esta razón que muchas veces son los mismos padres los que las incitan a conseguir esta imagen física sin importar, muchas veces, el medio por el que lo logren.

En esta etapa se encuentran en un impase, no son niñas pero tampoco son jovencitas, esto ya de por si les causa confusión, si a esto le agregamos la presión de su grupo de compañeras e incluso de ellas mismas por pertenecer a un grupo, de encajar en algún lado estas niñas se ven forzadas a la imitación, ya sea de modelos responsables o de modelos que solamente se dedican a estar pendientes de su aspecto exterior. Por eso es que cada vez vemos que las modas son más marcadas y son drásticas, si estas niñas no están delgadas, no están de moda, tienen que estar con un aspecto de suma delgadez para no ser rechazadas por grupos de niñas que lucen de esta forma y son las más populares y las más "chic" del momento.

Psicográfico

A estas niñas por las características antes descritas les llama la atención los audiovisuales que tienen ventanas o burbujas que salen inesperadamente para hacer alguna aclaración, para indagar un poco en la situación que se está dando o incluso para hacer alguna broma sobre ésta.

Les gusta tanto los audiovisuales con personajes humanos como la implementación de personajes caricaturescos en éstos. Por la edad que tienen y la etapa en la que se encuentran, no gustan de una caricatura pura, ya que esto es para "niños", no para ellas.




Huyen de las situaciones en las que se sientan tensas, como por ejemplo los exámenes del colegio. Prefieren que todo se desarrolle en un ambiente relajado en el que ellas si no saben de algo, no tengan que pasar la vergüenza de aceptarlo o de demostrárselo al resto de sus compañeras.

Buscan las situaciones que las hagan sentir “cool” para sobresalir dentro de su clase o incluso dentro de su grado. Prefieren las actividades en grupo, ya que como aún no tienen 100% definida su personalidad, con este tipo de actividades sienten mayor seguridad para presentar o para discutir un tema al estar respaldadas por un grupo entero que comparte sus mismas características y deficiencias.

Les gusta que las hagan sentir parte importante del grupo por lo que disfrutan de compartir la responsabilidad con un maestro de tener que impartir una clase o un tema, por simple que este sea. De esta forma ellas sienten que se ponen a nivel de un adulto y se exigen mucho para cumplir perfectamente con esta responsabilidad y quedar bien con el maestro.

Les gusta investigar, pero que esto sea como algo encubierto, no una investigación en la que al final



se presente un reporte y este tenga que estar perfecto. Son dinámicas y tienen la energía necesaria para esto, apoyadas en que todavía no están muy viciadas con los tabús de la sociedad.

Para saber con exactitud acerca del perfil psicográfico del grupo objetivo primario se procederá a tener una actividad con ellas en donde se observarán diferentes tipos de video y diferentes tratamientos para un mismo caso, por ejemplo entrevistas con productores de ciertas películas, para ver que es lo que ellas esperarían de este material.

* ver ANEXO 15

Secundario

Demográfico

El grupo objetivo secundario son los padres de familia de las niñas de 10 a 15 años que radican en la ciudad capital de Guatemala, y viven en las zonas residenciales de ésta; con un ingreso económico mensual aproximado de 10 a 20 mil quetzales. Comprendidos aproximadamente entre las edades de 34 a 40 años, católicos, de ambos sexos, en donde por lo general el padre trabaja fuera de la casa y la madre es ama de casa.

Son adultos jóvenes que, por esta razón, ya se ven influenciados por las diferentes modas y que muchas veces ellos también influyen a sus hijas conciente o inconcientemente para que luzcan a la moda, pero no ven las consecuencias.

Éstas personas tienen estudios entre diversificado, técnicos, licenciaturas, post grados, etc. por lo que se puede decir que han cultivado su intelecto y no se le puede atribuir a la ignorancia la motivación a estas enfermedades o en sí el padecimiento de ellas.


En algunos padres, principalmente en las madres se puede observar que hay un comportamiento de competencia y superioridad respecto a su hija y esto es lo que muchas veces lleva a las niñas a sentir presión por lucir bien y se valen de cualquier método para alcanzar estos ideales de belleza.

La mayoría de estos padres, no están concientes del peligro que constituyen estas enfermedades y mucho menos de la posibilidad de que su hija pudiese padecerlas. Muchas veces, los padres que están concientes de estos padecimientos se hacen de "la vista gorda" e ignoran los síntomas sin pensar en las graves consecuencias.

Otro grupo de padres es el que está conciente y quiere hablar con su hija, pero no tiene las herramientas para hacerlo, ya que la información es escasa y poco precisa. Ésta es por lo general lo que muestran las revistas de variedades en las que se incluye a ellas como posibles anoréxicas o bulímicas por pertenecer a un grupo de paderes jóvenes.

Psicográfico

A los padres, por ser éstos unos temas bastante delicados gustan de que se les trate con mucho cuidado, ya que creen que esta información mal manejada, puede llegar a causar interés en las niñas que no las padecen y les puede dar ideas sobre como comenzar con estos hábitos.



Por otro lado a estos padres si les gustaría que se les hablara claro a ellos y explicarles, darles todas las herramientas para poder identificar el padecimiento de alguna de estas enfermedades en sus hijas.

Les gustaría crear en sus hijas la idea de una vida sana, sin enfermedades pero al mismo tiempo no quisieran fomentar la gordura o los malos hábitos alimenticios. Creen por esto que se encuentran en una encrucijada en la que la clave es lo que en el colegio les digan a sus hijas, para ellos complementar esta información y así lograr una educación integral en la que puedan participar de forma responsable juntamente con el colegio al que sus hijas asisten.

Muestran una conducta general al no querer que sus hijas cometan los mismos errores que han cometido ellos, pero no quieren imponer ningún régimen alimenticio por miedo a que sus hijas se obsesionen y se vayan a extremos, ya sea de no comer o de comer.

Terceario

Demográfico

El grupo objetivo tercerario es el personal académico y administrativo de colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital de Guatemala, en donde se desarrolla la mayor parte de la personalidad de estas niñas. Estos colegios están interesados en la educación integral de las niñas, pero sienten un poco de temor de hablarles sobre estos temas, específicamente el de estas enfermedades, ya que sienten que las niñas son muy pequeñas y si saben de estos padecimientos pueden no entender a la perfección la gravedad de éstas dietas extremas y en su lugar optar por ellas como un medio de lucir de esa forma como ellas han deseado.

Estos colegios tienen una responsabilidad muy grande, ya que los padres muchas veces esperan que de temas como la anorexia y la bulimia se les hable en esta institución, ya que ellos saben mejor como manejar sus contenidos y la forma en la que se los van dando.


Los colegios católicos se caracterizan por su excelente orientación moral y es por esto que los padres

confían en ellos para educar a sus hijos. Como vemos que la anorexia y la bulimia son enfermedades adquiridas por moda, y son enfermedades mortales, los padres esperan recibir el apoyo moral del colegio en esta parte, al ser éstos quienes tiene la responsabilidad de volver concientes a las niñas de lo que significaría la muerte por estos padecimientos que atentan contra su salud física, mora y mental.

Psicográfico

El personal académico y administrativo de colegios privados católicos de mujeres de la ciudad capital, comparten con los padres el sentimiento de preocupación por estas enfermedades, más sin embargo ellos creen que la base para que las niñas no se sientan atraídas por tomar alguna de estas prácticas es que los padres les inculquen buena autoestima y sobre todo unos buenos hábitos alimenticios.

En los colegios se les puede incitar a "una moda" de comer bien y saludable, para mantener una figura natural, pero aquí no es donde se decide que les ponen los papás en la lonchera. Se podrían implementar muchas cosa que las pueden ayudar, pero la base es en la casa. La obligación de estas instituciones es ayudarlas y enseñarles, ser una guía, pero el mayor ejemplo lo toman de sus hogares y sobre todo de sus hermanos.



Un material que sirva en los colegios deberá de ser utilizado también por los padres o por lo menos también conocido por ellos para aplicarlo conjuntamente. Tendría que ser algo que no pase mucho de moda, para que todos los grados se sientan identificados con el.

Conceptualización



5.~ Conceptualización

5.1.~ Definición del Concepto Central

El concepto central es: "La distorsión del espejo". Es la percepción distorsionada de la realidad de la persona anoréxica o bulímica que se vé gorda aún cuando en la realidad se encuentra en un estado de delgadez extrema.

Esta característica se puede observar, cuando estas personas se ven al espejo y no ven una imagen objetiva de sus cuerpos, sino que por el contrario, ven a una persona gorda y fea. Ellas buscan inconscientemente su reflejo en cualquier oportunidad y esperan este momento para poder auto-criticarse y lastimarse diciendose que están muy gordas, que parecen cerdos, pelotas, etc.. Esta es una de las características con la cual podemos identificar un trastorno de este tipo.

Por lo general la niña anoréxica tiende más a tener este aspecto esquelético, ya que su apariencia enfermisa lo acentúa, mientras que la niña bulímica lo oculta más y lleva estos sentimientos y pen-

samientos de su apariencia en su interior, ya que puede que no se vea esquelética, pero igual está muy enferma.

Por esto es que al decir, "la distorsión del espejo" nos genera las siguientes connotaciones:

- El lado que no se sabe de estas enfermedades
- Lo que está mal de la imagen que se refleja en el espejo
- Las consecuencias que nos puede traer las presiones que trae la moda
- Una imagen distorsionada de la apariencia real de la persona
- No están de acuerdo con lo que ven y por eso, concientes o no, atentan contra su salud.
- La confusión y obsesión que causa a algunas personas la percepción distorsionada de una niña que no tiene cuerpo de modelo.
- Aún que estén muy bien corporalmente, tienen una baja autoestima, tanto como para no darse cuenta de lo sana que se está y tratan de llegar a tener un cuerpo más delgado y esto convertirse en obsesión
- La imagen errónea de sí misma de una anoréxica o bulímica



5.2.~ Concepto Complementario

Debido al conocimiento parcial de estas enfermedades y a que en el concepto central no se especifica claramente que ésta es la forma en la que ellas se ven, se propone en base a las connotaciones anteriores, un concepto secundario que aclare el concepto general.

Este concepto secundario pretende dar a conocer, estas enfermedades, a aquellas que no las conocen, que tienen un mínimo de información o que tienen una percepción equivocada de las mismas. Por que se puede dar el caso en que las personas que no conocen estas enfermedades, o las han escuchado pero no saben de que se tratan exáctamente mal interpreten el sentido del material y no lo tomen con la importancia que merece para ayudar a personas que las padezcan o incluso para ayudarse a ellas mismas a salir o a no caer en estas enfermedades. Para ésto se propone la frase: "La imágen errónea de sí misma de una anoréxica o bulímica".



Contenidos del Material Gráfico

6.- Contenidos del material gráfico

Contenido Teórico

- 1.- Introducción
- 2.- Que es anorexia
- 3.- Que es bulimia
- 4.- Cuales son los síntomas
- 5.- Quienes los padecen
- 6.- Quienes los pueden padecer
- 7.- Cuales son sus diferencias
- 8.- Consecuencias
- 9.- Mensaje positivo

Contenido Gráfico

El material que se propone deberá de tener mucho colorido, imágenes muy dinámicas, pero que a la vez transmitan seriedad, juego de imágenes que proyecten jovialidad en el material para que al mismo tiempo de sentirse aludidas, las niñas no se sientan atacadas. Deberá de tener formas que le den estabilidad al material, para balancearlo con la poca estabilidad que tienen las personas que padecen de estas enfermedades. El color debe de invitarlas a la femineidad, pero a la vez debe de tener color que no las exalte y que les proyecte seguridad en si mismas.

6.1.- Personalidad de la información

La información que se utilizará para este material es de un contenido bastante duro. Hablarle a una niña de 10 años de la muerte es muy difícil, pero aún así, por el efecto que se desea tener en las niñas, se les deberá de hablar con un lenguaje muy serio y formal, pero no en términos médicos, ya que de esta forma no se logrará captar su atención. El lenguaje a utilizar es un lenguaje muy sencillo, serio y coloquial a la vez, ya que se utilizan frases sencillas, pero con contenidos muy importantes, y sobre todo, la información que se les transmitirá es información verdadera y muy dura, por lo que es importante que el material sea siempre visto con la supervisión de un adulto.



Medios a Utilizar
y Formas de Distribución

7.~ Medios a utilizar y formas de distribución del material.

Los medios que se utilizarán serán:

- Audiovisual, el cual deberá ser mostrado a las tres partes del grupo objetivo
- Gafete, que deberá de entregarse a inicio de la actividad a cada participante, de modo que sea una actividad mas privada.
- Folleto, el cual deberá ser dado a las niñas luego de que vean el audiovisual.
- Trifoliar, el cual deberá ser dado a los padres de familia y a los maestros luego de ver el audiovisual.
- Diploma, el cual deberá ser entregado a las niñas al final de la actividad.
- Pin, que deberá entregarse a cada niña al momento de entregarles su diploma.

7.1.~ Implementación del material

Como primer paso en la implementación del material "La distorsión del Espejo" deberá ser trabajado con las niñas en la materia más afín, ya sea ciencias naturales, salud, o la que según la institución sea la más adecuada por el contenido del material y los diferentes temas de la materia. Deberá ser el personal docente quien lo vea de primero, esto quiere decir, los maestros y directores de los grados 3ro, 4to, 5to, 6to de primaria y 1ro, 2do de secundaria, para analizar el material audio visual, luego deberán de leer el material informativo e investigar un poco más sobre el tema si así lo consideran necesario antes de proyectarlo ante las estudiantes.

Se sugiere contactar a una persona de un grupo de apoyo para personas con trastornos alimenticios para que llegue al colegio a compartir con las niñas su historia y su conocimiento del tema.

Para continuar la implementación, serán las alumnas de las edades y los grados mencionados con

anterioridad, quienes verán el audiovisual y al finalizar éste deberán de recibir el folleto informativo que acompaña a éste, luego deberán asistir a la convivencia con la persona que sus maestros han contactado y para finalizar esta etapa, deberán de recibir su diploma y su gafete de identificación activa, que hacen constar que la niña participa activamente en contra de la bulimia y la anorexia. Al final de la unidad en la que se imparta el contenido, deberá de ser un punto de examen para forzar a las niñas a releer el material y así de esta forma lo mantienen fresco en sus mentes.

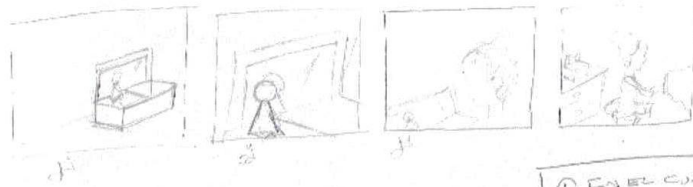
Y para finalizar, se deberá citar a los padres de familia de estas niñas a una reunión de padres en donde tendrán la misma dinámica de las niñas respecto al video, el folleto informativo y la convivencia con la persona contactada con anterioridad, pero esto es muy importante que sea aproximadamente una semana después de la actividad con las niñas.



Bocetaje



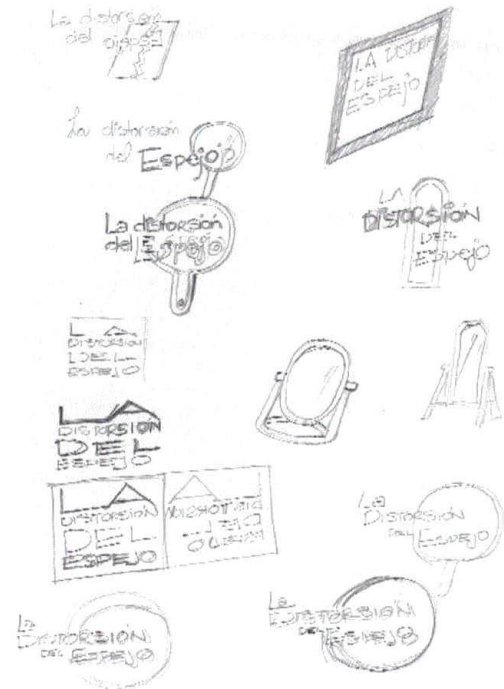
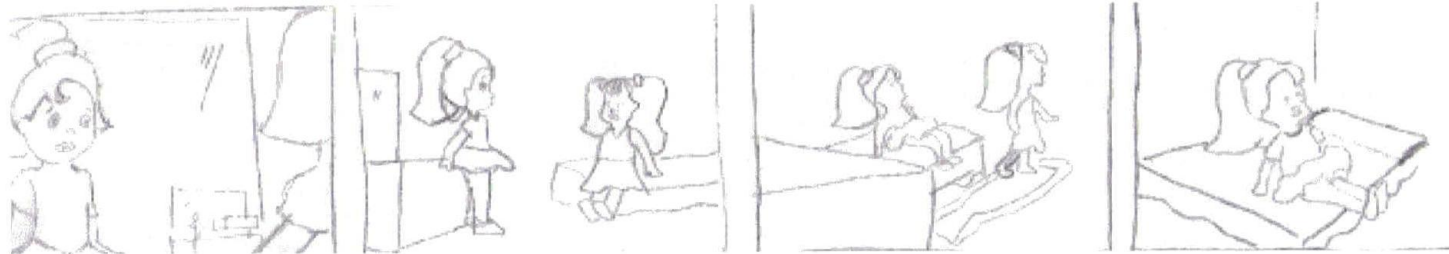
8- Bocetaje



Personajes como de 7 años y el otro más chico rasos e tenga ojotas o identificadas

- 1 EN EL CUARTO LAS DOS
- 2 SOLA EN EL CUARTO
- 3 EN EL BAÑO
- 4 EN EL CUARTO LAS DOS
- 5 EN EL CUARTO UNA SOLA

LÍNEA DE CUADROS SECUENCIA DE ESCENAS





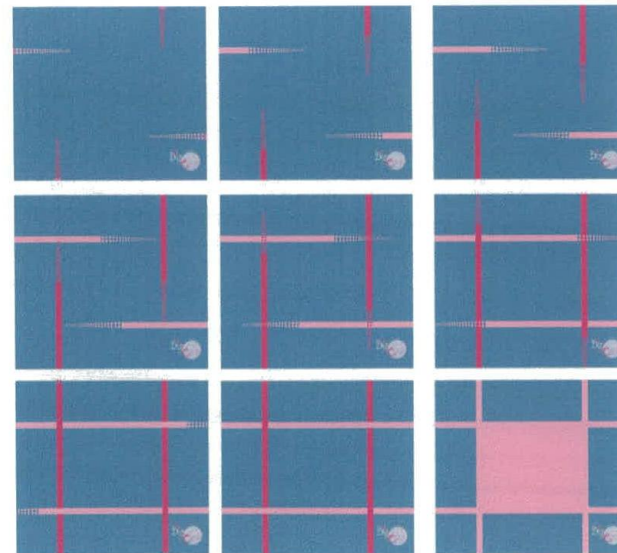
LA Distorsión DEL Espejo

la
visión
errónea
de
sí misma
de una
anoréxica
o
bulímica

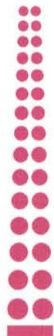
LA VISIÓN ERRÓNEA DE UNA ANORÉXICA O BULÍMICA

La visión errónea de una anoréxica o bulímica.
La visión errónea de sí misma de una anoréxica o bulímica.

La visión errónea de sí misma de una anoréxica o bulímica



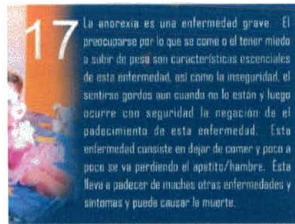
Desarrollo
del Diseño Preliminar



9- Desarrollo del Diseño Preliminar

Story Board..

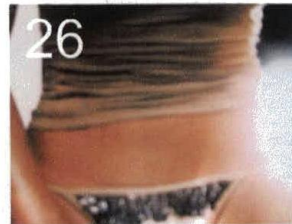
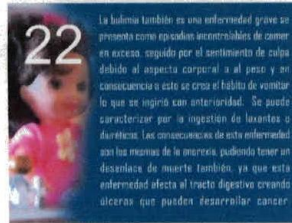


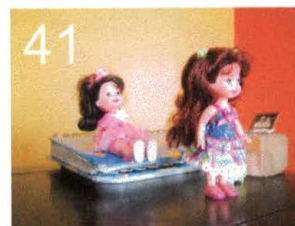


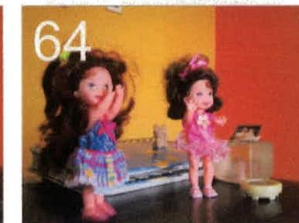
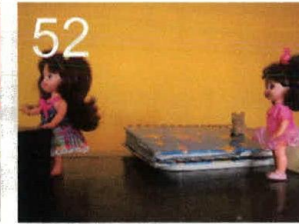
La anorexia es una enfermedad grave. El preocuparse por lo que se come o el tener miedo a subir de peso son características esenciales de esta enfermedad, así como la inseguridad, el sentirse gordos aun cuando no lo están y luego ocurre con seguridad la negación de el padecimiento de esta enfermedad. Esta enfermedad consiste en dejar de comer y para a poco se va perdiendo el apetito/hambre. Esta lleva a padecer de muchas otras enfermedades y síntomas y puede causar la muerte.



La bulimia también es una enfermedad grave se presenta como episodios insostenibles de comer en exceso seguido por el sentimiento de culpa debido al aspecto corporal o al peso y se consecuenca a esto se crea el hábito de vomitar lo que se ingirió con anterioridad. Se puede caracterizar por la ingestión de laxantes o diuréticos. Las consecuencias de esta enfermedad son las mismas de la anorexia, pudiendo tener un desajuste de muerte también, ya que esta enfermedad afecta al tracto digestivo creando úlceras que pueden desarrollar cáncer.









Niña 2: Y a vos que te pasa

Niña 1: Nada, es que vos tan delgadita y mirame yo, toda gorda!

Niña 2: Nombre, si estás re-bien, te mirás bien!

Niña 1: Claro que no, si mirá como me miro con esto!

Niña 2: Te mirás bien hombre, además sos bien busa para bailar!

Niña 1: Si... pero me veo mal, por que soy gorda.

Niña 2: Mirá cada una es como es, yo soy flaca y vos mas llenita, así como vos no sos pelirroja

Niña 1: Mmmm, bueno, creo que voy a tener que hacer algo por adelgazar, por que no puedo seguir siendo una gorda fea!

Bailarina: No estarás pensando dejar de comer, esperol!

Niña 1: Y si dejo de comer, no creo que me pase nada.

Bailarina: Mmmn, no creo que sea muy buena idea!

Niña 1: No, no podría dejar de comer...

Bailarina: Ay! Que estás pensando ahora!??

Niña 1: Y si vomito?, igual y sólo hasta que adelgace, y después ya no, total, nadie se va a dar cuenta...

Bailarina: No es tan fácil...

Niña 1: Ala gran, miralas a todas que flacas, por que yo no soy así?

Niña 2: Ay, ya vas a empezar vos, tené gracia hombre, ya te dije, cada quien es como es y ya, punto. Sabés que? Ya me aburríste mejor me voy, hay nos vemos otro día.

Niña 2: Vos que tenés? Hace días que te veo toda pálida y ojerosa?, ya no tenés ganas de hacer nada, solo dormís y mirás tele!

Niña 1: Nada hombre, nada más tengo pereza y estoy cansada, es que he entrenado mucho!

Niña 2: Pero si entrenás el mismo tiempo?

Niña 1: Mirá vos no sabés lo que yo haga allí, así que mejor callate y no me estés molestando, ya ni parecés mi mejor amiga, dejame en paz!

Niña 2: Ay hombre, no te enojés, lo que pasa es que me preocupa verte así; si vos tan alegre que sos!

Niña 1: Dejame hombre, mejor andate a comer y dejame tranquila!

Bailarina: Creo que ella ya se dio cuenta!

Niña 2: No se que hacer, creo que ella no está bien, que hago para que me cuente lo que le pasa?

Niña 1: Mirá fijate que tengo algo que contarte...

Niña 2: Qué, que pasó?

Niña 1: Es que te he estado ocultando algo...

Niña 2: Que cosa decime?

Niña 1: Fijate que como he estado adelgazando verdad?! , pero es por que estoy vomitando, lo peor es que ahora ya no quiero hacerlo y no puedo parar por que siempre me dan ganas...

Niña 2: Mirá vos, lo primero que tenés que hacer es dejar de estar triste y volver a ser como vos sos siempre, luego vamos y se lo contamos a tu mamá, ella te puede ayudar

Niña 1: Es que mi mamá se va a enojar y me va a regañar!

Niña 2: Y si se lo decimos a la maestra?

Niña 1: No, por que igual se lo va a decir a mis papás

Niña 2: No vos, la única solución es que se lo digás a tus papás ellos te van a ayudar, más vale un rato que te regañen y no que te nos estés muriendo! Mirá todos te queremos por lo que sos, por que eso es lo que cuenta, sabes que?!

Pongamos música y bailamos, así se te pasa la tristeza y luego vamos a hablar con tu mamá para que te ayude. Además acordate que Dios te hizo como sos por algo y así sos perfecta

Bailarina: Esa es actitud positiva!

Niña 1: Gracias por apoyarme amiga, ahora si voy a estar bien!

Validación Técnica
del Diseño Preliminar



10. Validación Técnica del Diseño Preliminar

La Validación técnica fue realizada entre un grupo de Diseñadores Gráficos que trabajan en multimedia e interactividad y entre un grupo de diseñadores que han trabajado temas de salud con diferentes grupos objetivo.

Entre los diseñadores se encuentran los licenciados José Miguel Hosttas, Eddy Imeri, Georgina Bran, Maite Aguilar, Mirén Figueroa, Rocío Acevedo, Amarilis Leiva de Rodríguez. Los resultados de las validaciones, arrojaron porcentajes bastante altos, favoreciendo el proyecto, ya que ellos piensan que el material tiene una buena presentación, integración, utilización de elementos, equilibrio, utilización de columnas, del formato, tiene buen balance, greed, buen uso de la tipografía, uso del color, facilidad de lectura, interlineado y aplicación de la psicología del color.

Y por otro lado consideran que la solución gráfica es adecuada para tratar el tema con las personas del grupo objetivo, que la historia lleva una secuencia lógica que facilite la comprensión del tema, que el audiovisual motiva a aprender sobre

el tema, que el contenido es adecuado para el grupo objetivo, que la deficiencia primordial de este audiovisual es el sonido, que el material de apoyo se adecua tanto al grupo objetivo como al material audiovisual, que éste impacta y que proyecta una imagen real de estas enfermedades, que el material tiene armonía con la vida actual de estas niñas, y que el título del material y el contenido se complementan.

* ver ANEXO 16



Propuesta Final y Fundamentación

11- Propuesta Final y Fundamentación

Descripción de la propuesta final

El material sugerido para la campaña de información sobre la anorexia y la bulimia consiste en:

- Audiovisual (masterizado en un disco compacto)
- Artes finales digitales para impresor
- Guía de utilización del material (impreso)
- Un juego del material impreso (dummie).
- 1 pin.

Fundamentación de la propuesta

La creación de la campaña informativa se realizó a través de la conceptualización que surgió de los objetivos previamente planteados, llegando a la conclusión que el concepto que mejor refleja el espíritu de la propuesta de diseño es:

"La distorsión del espejo"

El siguiente paso fue investigar al grupo objetivo primario, definido en la primera parte de la investigación, (niñas de 10 a 15 años) para tener conocimiento acerca de sus aficiones, intereses, gustos, madurez mental, su percepción de los elementos de comunicación (por ejemplo cam-

pañas de publicidad y promoción) entre otros, mediante una investigación teórica y la convivencia con un grupo de estas niñas (véase anexos para la guía de la actividad). De esta investigación se dedujo que la "forma" más efectiva de llegar a este grupo objetivo es a través de un medio audiovisual, con algún material impreso que amplíe la información del audiovisual. Con esta información se procederá a plantear la solución gráfica.

"La distorsión del espejo"

Con los datos recopilados, se comenzó realizando una "lluvia de ideas" respecto al contenido y la forma (imagen) que transmitirían estas enfermedades, llegando a la conclusión que lo que realmente ven las personas que tienen estos padecimientos es una visión errónea de su aspecto físico. Cuando ellas están frente al espejo, realmente se ven gordas y deformes, pero no es más que el resultado de la presión social, a través de imágenes con mujeres supuestamente ideales con cuerpos extremadamente delgados, con formas asexuales, lo que les causa este sentimiento.

Se decidió utilizar éste nombre por que, lo que ellas ven en el espejo es una distorsión de su propia imagen, no la realidad.

Para reforzar este concepto se decidió utilizar el "slogan" : "la visión errónea de sí misma de una anoréxica o bulímica" que clarifica la idea de que

es solamente una visión errónea que ellas tienen de su aspecto físico las que las hace sentirse de esa manera. Posteriormente se inició la etapa de desarrollo del material, en donde surgieron varias piezas que podrían llegar a componer la campaña, hasta que finalmente se tomó la decisión de componer la campaña mediante el siguiente material:

Audiovisual:

Se eligió diseñar un material audiovisual para informar acerca de la anorexia y la bulimia a niñas de 10 a 15 años porque es un material más fácil de recordar a esas edades que un material solamente escrito, además de que la experiencia visual es fundamental en el aprendizaje. Para esto se debe desarrollar un guión tanto literario como técnico, previo a la producción del mismo.

Para la presentación es necesario:

- una computadora y una cañonera o proyector, o una computadora y conexiones para salida de audio y video, una video o un equipo DVD que lea formato con extensión avi.
- una televisión o pantalla para la cañonera o proyector (o una superficie plana para proyectar)

El audiovisual presenta la historia de una niña quien está a disgusto con su cuerpo y por la pre-

sión del arte que practica, que es el ballet, decide tomar una acción muy drástica y no inteligente que es la práctica de la bulimia. En poco tiempo su aspecto físico y su salud se deterioran trastornando sus hábitos alimenticios y particularmente su actitud emocional.

Se decide tomar la imagen de una niña que estudia ballet, ya que en la actualidad, las niñas que practican esta actividad o algún deporte que exige un estándar de aspecto físico (dependiendo del deporte que practiquen) se someten a tal rigor, que caen en la tentación de utilizar métodos drásticos para lograr un cuerpo ideal. Aprovechando la imagen que todos tenemos de que una bailarina es una persona delgada y muy estilizada se hace la asociación con el deseo de esta niña de tener el aspecto físico "ideal" para utilizarla como protagonista de la historia del audiovisual.

El ambiente en el que se desarrolla la historia es informal, el dormitorio de esta niña en donde a estas edades se desarrollan todos los planes y las ilusiones para el futuro. Se decidió tratar, en la historia, la bulimia como la enfermedad de la niña y no la anorexia, porque según los resultados de las encuestas de la primera parte de este documento la anorexia es una enfermedad más conocida por el grupo objetivo que la bulimia, incluso en los padres el índice de desconocimiento hacia la bulimia era bastante mas fuerte.

Otro aspecto que se decidió tomar en cuenta fue el de utilizar muñecas para contar la historia en lugar de personas normales, porque al validar el storyboard con dibujos de muñecas, las niñas se sintieron movidas por ese sentido de lo ideal, de la fantasía y se interesaron más en el contenido de éste. Se eligieron las muñecas barbies por que son muñecas que presentan una imagen ideal, pero con cuerpo bien formado, no con líneas asexuales, además que son muñecas que al pasar de los años siguen teniendo su popularidad y su contexto no cambia drásticamente. De este tipo de muñecas se utilizaron las que son adolescentes, por que si las niñas se ven de una edad menor a la del grupo objetivo y a las niñas de 10 a 15 años se les dice que esas son ellas van a sentir un rechazo automático hacia el material por que a su edad están tratando de aparentar ser mas grandes de lo que son, mientras que con un personaje de estas características ellas se sienten identificadas con lo que son o con lo que aspiran ser.

Folleto ? Trifoliar:

Se propone un folleto o un trifoliar como pieza adicional para apoyar al audiovisual ya que este es un medio que llega a cada una de las personas a las

que se les va a proyectar el audiovisual y lo pueden mantener con ellos.

Con esta información se pretende que ellas ya puedan consultar cuando la necesiten y que la puedan compartir con los demás miembros de sus casas. Es importante que el material no sea muy pequeño que lo puedan extravíar, ni algo tan grande que compita con el audiovisual. Otro punto de por que se utilizó un folleto o un trifoliar es por que la información que se les quiere transmitir es amplia, además de ser un medio manejable y memorable para ellas.

Diploma:

Se propone diseñar un diploma que se entregará a las niñas luego de su participación en la presentación del audiovisual, ya que un diploma es algo que certifica además de su participación, que conocen del tema. Adicionalmente, se pretende hacerlas sentir parte importante de su sociedad e idealmente más conscientes de este padecimiento. También se pretende que si reconocen entre sus amigas a alguien con alguna de estas enfermedades puedan contar que participaron en una plática o taller en donde se les informó acerca de estas enfermedades, incidiendo esto en que poseen información real como para orientar a una amiga a buscar ayuda en sus padres y profesionales.

Pin:

Se propone diseñar un "pin" que se entregará a las niñas al final de la presentación, ya que a estas edades las niñas se sienten orgullosas de portar algo que las identifica como parte de un grupo muy selecto, como parte de algo que las hace ser exclusivas y que las diferencia positivamente de las demás. Por otro lado, de esta forma ellas siempre van a tener en mente lo que el pin conlleva, que es todo lo que se les informó en el audiovisual.

Gafete:

Se diseñará un gafete que pretende cumplir la función sustituir al pin, si el colegio cree que es un gasto muy fuerte. Se recomienda, para mejores resultados que no se sustituya el pin, pero de ser así, deberá pedírseles a las niñas que porten este gafete durante un período de tiempo bastante largo. Por el otro lado, si el gafete se toma como un material adicional, podrán entregarlo a las participantes como identificación del grupo que participará al momento de la presentación.

Manual de Instrucciones:

Se propone el manual de instrucciones por que como se pretende que este material informativo no solamente se les enseñe a las niñas un año, sino que todas las niñas de las edades de 10 a 15 años tengan la información, siempre va a haber un grado al que se les deberá de pasar la información y el personal docente puede cambiar y no saber la mecánica de esta presentación y de el material completo. Es importante que se tenga algo que consultar para aclarar dudas que puedan surgir respecto a como manejar el material completo.

Tipografía

Para todas las piezas de la campaña se utilizaron dos tipos de letra. La tipografía utilizada en los titulares y en el logotipo es una tipografía totalmente informal y muy sinuosa, que le da movimiento y un toque juvenil al material. La otra tipografía es utilizada para los bloques de texto por que es una tipografía sanserif que facilita la lectura y a su vez es bastante informal para lograr la completa identificación del grupo objetivo, así como es pesada para que se lea convincente.

Color

Para todo el material se utilizan tres colores, estos son: azul, rosado y blanco.
El Azul: Implica tranquilidad, que es lo que se pre-

tende lograr con este material, que no sea algo violento, si no que ellas no se sientan atacadas y que tranquilamente las haga darse cuenta de la realidad de estas enfermedades.

El Rosado: Se utiliza para reforzar la relación de este material con las mujeres, ya que este es un color que desde pequeñas se les enseña a las niñas que el color rosado es el color que las identifica como "mujercitas". A su vez es un color dulce que le da un poco de ternura a todo el material cuyo contenido es muy duro.

El Blanco: Por ser un color neutro deja que nuestra vista descanse en los puntos en donde lo vemos aplicado, a su vez es un color que facilita la lectura de los textos o imágenes que lo tengan. También se utiliza por que contrasta muy bien con la gama de colores que se está empleando en todo el material, a demás que por ser un tema de salud, inconscientemente asociamos ésta con el color blanco.

Forma:


La forma grafica que predomina en el material es el círculo, éste nos implica una cadena, algo que comienza y no se sabe donde termina, al igual que estas enfermedades. A su vez el círculo es una figura que no es estable, así como inestable es la forma de ser de las niñas a estas edades tan

decisivas de su pre-adolescencia. Al ser una figura dinámica nos refleja el dinamismo que poseen las niñas de estas edades.

La forma de los formatos se utilizó bastante tradicional, ya que por no estar trabajando con una institución con la que se tendría un presupuesto o una aprobación de éste y por ser los colegios quienes tienen que buscar quien les patrocine la actividad o ser ellos mismos los patrocinadores es mucho mejor trabajar en los formatos mas conocidos o mas apegados a éstos. La única pieza que no está diseñada bajo el parámetro anterior es el folleto para las niñas, que tiene un troquel con líneas rectas para que su costo no se eleve demasiado y dos pegues que lo unen con la portada.

Diagramación

Se utiliza una diagramación bastante libre, pero a su vez ordenada, ésta, parte de una diagramación a tres columnas que se interrumpen de vez en cuando utilizando dos como un solo módulo de texto, para crear un juego en los espacios de estos formatos, ya que es bastante información la que se quiere transmitir y un formato agradable para ellas no debe de ser muy grande. Por otra parte esta diagramación agiliza la lectura y la vuelve más interesante ya que a las niñas les pareciera que la información es menos y las invita a la lectura del material.



En el trifoliar se utiliza una diagramación a una sola columna por que como éste es un material puede ser tanto para padres como para las niñas, se utilizó un tamaño de tipografía grande para que las éstas lo puedan leer con facilidad, el espacio era entonces reducido para la cantidad de texto importante que este contiene.

Producción y Reproducción



12 Producción y Reproducción

El proyecto consta de varias piezas que tienen cada una sus especificaciones especiales para que la campaña de información sobre la anorexia y la bulimia tenga éxito, estas son:

1.- Audiovisual, para verse es necesario contar con cualquiera de estos equipos:

- una computadora con cañonera o proyector,
- una computadora y conexiones para salida de audio y video, una video,
- un equipo DVD que lea formato con extensión avi.

Además:

- Televisión
- o pantalla para la cañonera o el proyector (o una superficie lisa en donde poder proyectar).

Si es en computadora con cañonera o con conexiones hacia un televisor: haga doble clic sobre el CD, seleccione auto play y haga doble clic de nuevo. El video empezará a correr solo. Si es en un equipo de DVD: inserte el disco en el equipo, permita que lo reconozca y lo lea, a continuación oprima play.

2.- Trifoliar elaborado en impresión litográfica, en papel couché de 80 gramos, impreso a dos col-

ores, en tiro y retiro, con un tamaño de 8.5 x 11 pulgadas. Con un costo de: Q. 1,560.00 (precio unitario Q. 1.20 por 1300 unidades)


3.- Folleto elaborado en impresión litográfica, troquelado desplegable, con dos pegues al centro horizontalmente del troquel elaborado en papel base 80 gramos, impreso a dos colores. Portada y contraportada e interior, con un tamaño de 9.5 x 8.25 pulgadas, el interior y de 10 x 4 la portada y contraportada. Con un costo de: Q. 2,080.00 (precio unitario Q. 1.60 por 1300 unidades)

4.- Diploma en impresión litográfica, elaborados en papel lino de 160 gramos, impreso a dos colores con medidas de 10.75 x 8 pulgadas con espacio en blanco para que el colegio escriba el nombre de la alumna. Con un costo de: Q. 1,333.00 (precio unitario Q. 1.03 por 1300 unidades)

5.- Gafete en impresión litográfica, elaborado en papel lino de 160 gramos, impreso a dos colores, con un tamaño de 3.625 x 2.25 pulgadas, con espacio en blanco para que el colegio escriba el nombre de la alumna. Con un costo de: Q. 624.00 (precio unitario Q. 0.48 por 1300 unidades)

6.- Pin de el logotipo, elaborado en metal con un tamaño de 1.5 x 1.25 pulgadas.

- Elaborados individualmente por Munditrofeos con un costo de: Q. 28.00 cada uno.

- 
- Elaborados al por mayor por Rodalem S. A. en paquetes con un mínimo de 1,000 unidades.
Con un costo de: Q. 10,000. 00 (Q.10.00 cada uno)

La cotización que se presenta a continuación es en base a la cotización dada en octubre de 2003 por la imprenta La Visión, ubicada en la 17 calle 40-98, zona 5, Jardines de la Asunción Sur, Guatemala C.A. y cuyo número telefónico es el (+502) 335-1389/86/84. (Estos datos pueden variar)



Conclusiones y Recomendaciones

13- Conclusiones y Recomendaciones

13.1.- Conclusiones

1.- La propuesta de material informativo, audiovisual, que informa sobre la anorexia y la bulimia tanto a padres, hijas y maestros, promueve en realidad un interés por parte de las tres partes implicadas en conocer más sobre el tema y que este conocimiento sea integral.

2.- La propuesta realmente crea una conciencia en los padres y el personal docente de los colegios de mujeres, católicos privados de la ciudad capital e interesa a los padres de niñas de colegios mixtos laicos de la ciudad capital a tener este material en el colegio de sus hijas para que ellas puedan contar con la información también.

3.- El material despierta a las personas que lo ven a la realidad de la causa mayoritaria del padecimiento de estas enfermedades en las niñas de éstos colegios, pero no evita la preocupación de las niñas por su apariencia física respecto a la moda, mas las hace darse cuenta de las consecuencias que estas enfermedades les pueden causar.

4.- El material de apoyo presentado invita al grupo objetivo a tenerlo presente y les da un nuevo tema de que hablar en sus tiempos libres en el colegio, se interesan en el contenido y en revisar los sitios de internet sugeridos en él.

5.- El trabajar con incentivos como el del pin en estas edades es bastante productivo, ya que ellas se sienten parte importante de un grupo exclusivo y ponen todo su empeño en merecerse este título y no quedar mal ante sus superiores.



13.1.- Recomendaciones

1.- Es importante que para empezar el proyecto los maestros estén bien informados sobre el tema, ya que en estas edades las niñas preguntan muchas cosas y no se conforman con una respuesta superficial, sino que ellas mismas tratan de indagar en el interrogatorio para ver que tanto saben sus maestros.

2.- Se recomienda que todas las niñas desde los 10 años (aproximadamente tercero primaria) hasta los 15 (aproximadamente segundo de secundaria) cuenten con la información, por esto el primer año de implementación deberá realizarse la actividad con toda esta población, mientras que en los años siguientes será impartido únicamente a las niñas que acaban de pasar a tercero primaria.

3.- Es importante que se sondee a los grupos para ver si tienen la información fresca luego del primer año, ya que esta información se les debe de recordar constantemente, pero es muy importante este sondeo, ya que si el material se les repite a todas año tras año, se aburrirán de él y

dejarán de prestarle atención y de ponerle importancia al problema, pudiendo llegar a tomar estas acciones a modo de rebeldía.

4.- Se recomienda que en los colegios católicos de mujeres privados de la ciudad capital se les despierte a las niñas el sentimiento de femineidad al grado en el que ellas se sientan femeninas y a gusto con su aspecto físico sin importar como este sea siempre y cuando estén saludables, esto les ayuda en su seguridad personal.



III Parte



Bibliografía



1- Bibliografía

1 parte

- Ariza, L.
1988
Anorexia Nervosa en Adolescentes
Guatemala
USAC (Tesis)

- Barrios, J.
1998
Anorexia Nervosa en Guatemala
Guatemala
UFM (Tesis)

- Garner D., Garsinkel P.
1997
Hand Book of Treatment for Eating Disorders
New York, Estados Unidos
The Guilford Press

- Krahn, D.
1991
Revelationship of Eating Disorders and
Substance Abuse
Estados Unidos

- Leal L., Weise S.
1995
Revelationship Between Gender, Symptoms of
Bulimia and Tolerance for Stress
Estados Unidos
Addict Behave

- Mash E., Barkely R.
1996
Child Psychopathology
New York, Estados Unidos
Basic Books

- Provenzale, J.
1983
Anorexia Nervosa, Thinness and Illness
Estados Unidos
Post Grad Med

- Rowan, Peter Dr.
2001
A Brief Introduction to Anorexia Nervosa
United Kingdom
MBBS.MRCPsych.

- Rowan, Peter Dr.
2001
A Brief Introduction to Bulimia Nervosa



United Kingdom
MBBS.MRCPsych.

· Sharp C., Freeman G.
1993

The Medical Complications of Anorexia Nervosa
Estados Unidos
Br. J. Psychiatry

· Strober, M.
1991

Family - Genetic Studies of Eating Disorders
Estados Unidos
J Clin Psychiatry

· Morris, Charles G.
1992

Psicología un Nuevo Enfoque
México
Prentice-Hall Hispanoamericana.

· http://www.geocities.com/newmodel_1999/bulimia.htm

· <http://db.separ.es>

· <http://paidopsiquiatria.com/anorexia/inf.htm>

· <http://www.obesos.com>

· http://www.lafacu.com/apuntes/medicina/bull_anore/default.htm

· <http://www.mmhs.com/clinical/peds/spanish/mental-health/anorexia.htm>

· http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastornos_alimentarios.htm

II parte

· Aparici, Roberto
2000

La Educación para los Medios de Comunicación
Colombia

· Bedoya, Alejandro G.
1997


¿Qué es Interactividad?
México D.F.: Grupo Editorial Sin Papel
www.sinpapel.com/art0001.shtml

· Bosco, J.
1986

An Análisis of Evaluations of Interactive Video
Estados Unidos
Educational Tecnology

- Chaix, P.
1983
The Evolution of the Production and Use of
Audiovisual courses and Materials over the Last
Twenty Years
Estados Unidos
Educational Media International
- Diseño y Comunicación Visual
España Editorial Gustavo Gill
- Frenville, Jhon
1995
The Creative Illustration Book
Japan
Dai Nippon
- García Porta, Ana Lucía
2000
No te Fumes la Vida
Guatemala, URL (Tesis)
- Hart, Cristopher
1989
How to Draw Cartoons
Estados Unidos
Watson-Guptill Publications

- Hudson Mogan, W. , L. Word, Tobia
1979
Sistematic Approach to Advertising Design
Estados Unidos
Mc. Graw Hill inc.
- Oltarch, Mark
1995
Creativity for Graphic Designers
Estados Unidos
Mary Cropper, Linn Haller
- Paiz Estévez, Ana Regina
1992
El Audiovisual como Material Didáctico para Niños
en la Enseñanza de la Prevención contra la
Contaminación
Guatemala, URL (Tesis)
- Pontificia Universidad Javeriana
2003
Curso de Informática Aplicada a la Educación
<http://www.javeriana.co/cursos/ntae/Disenoeducativo.htm>
<http://www.javeriana.co/cursos/ntae/Actividades.html>
- Salinas, J.
1998
Interactividad y Diseño de Videos Didácticos
Belafast, Irlanda del Norte: Conferencia presentada
al Interactive Video in Schools



· Staake, Bob
1991
The Complete Book of Caricature
Estados Unidos
North Light Books

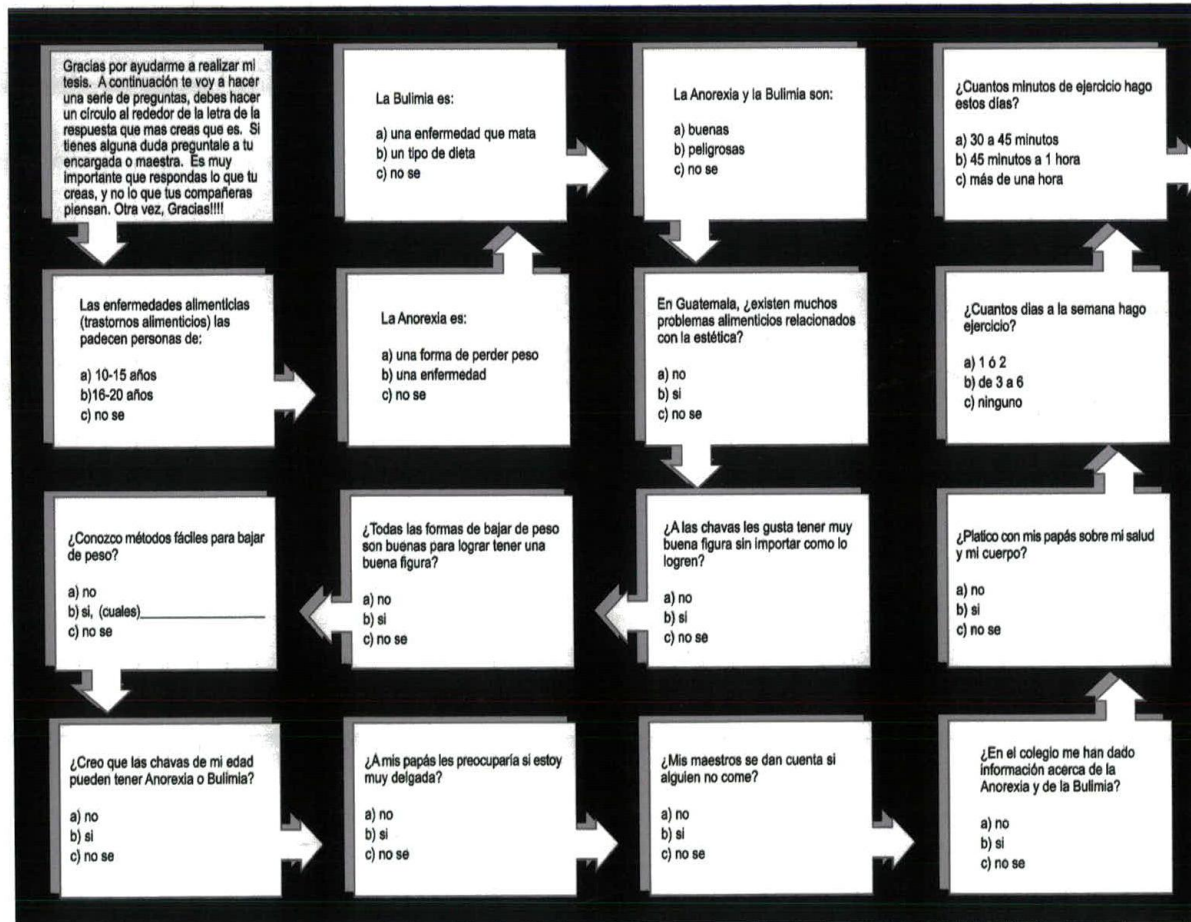
· Blair, Preston
1999
Dibujos Animados
Estados Unidos
Eirergreen

· <http://iteso.mx/carlos/pagina/cursouAHI/Conferencias/fin disenopro.htm>
· <http://www.uib.es/depart/gte/video.html>

Anejos



2 Anexos



Este es un cuestionario para recolectar datos para realizar mi tesis con el tema "Anorexia y Bulimia en niñas de 10 a 15 años". A continuación se plantea una serie de preguntas, deberá hacer un círculo al rededor de la letra de la respuesta que mas crea. Es muy importante que responda todo el cuestionario de forma verídica, ya que los resultados de este cuestionario me servirán para hacer un aporte real a la sociedad. Gracias por ayudarme a realizar mi tesis.

- 1.- ¿Qué es la Anorexia?
a) una enfermedad
b) una moda
c) una exageración, no creo que realmente exista.
- 2.- ¿Qué es la Bulimia?
a) una enfermedad
b) una forma de no engordar
c) una gran mentira
- 3.- ¿Habla con sus hijas acerca de su aspecto físico?
a) sí
b) no
c) no me interesa
- 4.- ¿Apoya a sus hijas para que hagan dietas?
a) sí
b) no
c) allá ellas
- 5.- ¿Saben sus hijas que es la Anorexia y la Bulimia?
a) sí
b) no
c) no sé
- 6.- ¿Habla con sus hijas sobre estas enfermedades?
a) sí
b) no
c) que les hablen en el colegio, prefiero que el colegio trate estos temas
- 7.- ¿Se involucra con la alimentación de sus hijas?
a) sí
b) no
c) la empleada se encarga de eso
- 8.- ¿Sabe de algún material visual o escrito que trate sobre la Anorexia y la Bulimia?
a) sí. Cuál? _____
b) no, sería interesante
c) no, no me interesa
- 9.- ¿Cuál es el medio de comunicación con el que están mas en contacto sus hijas (revistas, televisión, cine, internet, vallas en carreteras, etc.)
- _____
- 10.- ¿ Cree que su hija puede padecer Anorexia o Bulimia?
a) sí
b) no
c) no lo había pensado

De nuevo, gracias por ayudarme en la realización de mi tesis.



Doctores

- 1.- ¿Cuales son las edades en las que más se ven problemas de Anorexia y Bulimia?
- 2.- ¿Que medidas toman cuando llega una paciente con Anorexia o Bulimia a un hospital?
- 3.- ¿Que tan grave es la Anorexia y la Bulimia en los casos cuando ya llegan a un hospital?
- 4.- ¿Cuales son las emergencias que se pueden presentar en casos de Anorexia y Bulimia?
- 5.- ¿Cuales podrían ser los primeros auxilios con niñas, en estos casos?
- 6.- ¿Cuales son las consecuencias médicas en casos de Anorexia y Bulimia?
- 7.- ¿Cuales son las características médicas de estas enfermedades?
- 8.- ¿Cómo se puede abordar el tema con la niñas?
- 9.- ¿Cómo se puede abordar el tema con los padres?
- 10.- ¿Tiene algún material informativo sobre la Anorexia y/o la Bulimia?
- 11.- ¿Da a sus pacientes material sobre la Anorexia y la Bulimia?

Psicólogo

- 1.- ¿Cuales son las posibles causas de la Anorexia?
- 2.- ¿Cuales son las consecuencias?
- 3.- ¿Cuales son las características psicológicas?
- 4.- ¿Cómo se debe hablar con las niñas anoréxicas y bulímicas?
- 5.- ¿Cómo se identifica a una persona Anoréxica o Bulímica?
- 6.- ¿Cómo abordar el problema con las niñas?
- 7.- ¿Cómo abordar el problema con los papás?
- 8.- ¿Con quién es más conveniente tratar primero este problema?
- 9.- ¿Psicológicamente a que edades afecta más?
- 10.- ¿Como inquietar positivamente a las niñas en contra de estas enfermedades?
- 11.- ¿Cuales son las mejores formas de involucrar a padres, colegas y niñas en un mismo ideal de salud?



134

Anexo F

Diseñadores

- 1.- ¿Que tipo de material es recomendable para tratar este tipo de enfermedades?
- 2.- ¿Que características gráficas debe tener este material?
- 3.- ¿Que características de contenido debe de tener el material?
- 4.- ¿De que forma han abordado los temas de salud que han tratado?
- 5.- ¿Con que material han abordado los temas de salud que han tratado?
- 6.- ¿Con quien (papás, niñas, colegios, etc.) aconsejan tratar este tema?
- 7.- ¿Como me aconseja abordarlo?
- 8.- ¿Cual cree que es la imagen que se pueda manejar?



Anejo 6

Entrevista al doctor Henry Morales
Médico General

1. ¿Cuáles son las edades en las que más se ven problemas de anorexia y bulimia?

- Pubertad 13 años más o menos, jóvenes en general

2. ¿Qué medidas toman cuando les llega una paciente con anorexia y bulimia?

- Medir las calorías, qué comen, cuantas veces?, los padres aportan mucho al informar sobre cuantas veces van al baño, sus hábitos alimenticios, etc.

3. ¿Qué tan grave es la anorexia y bulimia en casos para hospitalización?

- Para hospitalizar, ya es una etapa en la que peligra la vida, es grave ya que la condición nutricional está muy deteriorada.

4. ¿Cuáles son las emergencias que se pueden presentar en caso de anorexia y bulimia?

- Baja de presión arterial, insuficiencia hepática, problemas de arritmia cardíaca, infartos por pérdida de potasio, desmayos, mareos, pérdida de la consciencia.

5. ¿Cuáles podrían ser los primeros auxilios con las niñas en éstos casos?

- Llevarla inmediatamente a un hospital, suministrarle soluciones mixtas en sueros (solución fisiológica) intravenosa

6. ¿Cuáles son las consecuencias médicas, en su campo, de la anorexia y bulimia?

- Disminución en talla, no se desarrolla todo el cuerpo ni los órganos, esto es irreversible aunque se gane peso de nuevo, hay fallos en el hígado, huesos, piel, etc.

7. ¿Cuáles son las características médicas de éstas enfermedades?

- 30% o más de pérdida de masa corporal, amenorrea, poco tejido graso, pérdida del cabello, cambio en la pigmentación de éste por la falta de proteína, ansiedad.

8. ¿Cómo se puede abordar el tema con las niñas?

- Dar confianza a la paciente y hablando claro en grupo o individual. Es difícil que entiendan que es una enfermedad, por lo tanto hay que prepararlos por las edades que son tan cortas, empezar explicando los cambios que se dan en el desarrollo, y poco a poco ir intercambiando información sobre esto para que la niña empiece a admitir su padecimiento



9. ¿Cómo se puede abordar el tema con los padres?

- Por las edades deberá ser con ellos primero, primero ellos solos, luego sólo las niñas y luego si es necesario las dos partes afectadas juntas

10. ¿Tiene algún material informativo sobre anorexia y bulimia?

- Si, libros de Texo, Médicos

11. ¿Da a sus pacientes material informativo sobre anorexia y bulimia?

- Solamente información oral y fotocopias de los libros

Anejo 7

Entrevista al doctor Cesar A. Cifuentes Ginecólogo y Obstetra

1. ¿Cuáles son las edades en las que más se ven problemas de anorexia y bulimia?

- Mujeres 15-18 años es mas frecuente, Mujeres a los 25 años

2. ¿Qué medidas toman cuando les llega una paciente con anorexia y bulimia?

- Tratamiento medico – Rehidratación, antidepresivos y nutricional. Aparte de aporte calórico progresivo, ansiolíticos psicologicos

3. ¿Qué tan grave es la anorexia y bulimia en casos para hospitalización?

- Para hospitalizacion 30% de pérdida de peso corporal en 3 meses, FC menor de 40 latidos por minuto, temperatura corporal menor a 36° , presión arterial sistólica menor de 70, potasio menor 2.5 mol/lit , NV mayor de 30 mg/dl, depresión severa, riesgo de suicidio o crisis familiar.

4. ¿Cuáles son las emergencias que se pueden presentar en caso de anorexia y bulimia?

- Deshidratación, hipotensión, complicaciones endocrinas, cardiovasculares, renales, hipocalcemia, hematológicas, coagulación

5. ¿Cuáles podrían ser los primeros auxilios con las niñas en éstos casos?

- Rehidratación, antieméticos, vigilancia

6. ¿Cuáles son las consecuencias médicas, en su campo, de la anorexia y bulimia?

- Amenorrea Primaria, secundaria, hipogonadismo, hipogonadotrópico.
- Prepubertad: desarrollo anormal de senos
- En embarazadas: Bajo peso del feto al nacer, anorexia activa en gestaciones.

7. ¿Cuáles son las características médicas de éstas enfermedades?

- Trastornos endocrinos, alteraciones hormonales LH-FSH, tiroides T3-T4, TSH, bradicardia, hipotensión, electrolíticos, hematológicos (anemia) y gástricos, estreñimiento

8. ¿Cómo se puede abordar el tema con las niñas?

- Pruebas de diagnóstico psicológico para investigar causas

9. ¿Cómo se puede abordar el tema con los padres?

- Dar información de la enfermedad, del tratamiento y de las complicaciones



10. ¿Tiene algún material informativo sobre anorexia y bulimia?

- No

11. ¿Da a sus pacientes material informativo sobre anorexia y bulimia?

- Solamente información oral

Anexo 8

Entrevista al Dr. José Luis Sáenz Pediatra

1. ¿Cuáles son las edades en las que más se ven problemas de anorexia y bulimia?
 - Entre 12 y 18 años
2. ¿Qué medidas toman cuando les llega una paciente con anorexia y bulimia?

No he manejado casos clínicos de este tipo
3. ¿Qué tan grave es la anorexia y bulimia en casos para hospitalización?
 - Hay casos en los que se debe de hospitalizar al paciente por problemas de desnutrición, deshidratación severa o problemas de conducta emocional alterada.
4. ¿Cuáles son las emergencias que se pueden presentar en caso de anorexia y bulimia?
 - Casos que presenten riesgo en la vida, sobre todo en desnutrición y/o deshidratación severa.

5. ¿Cuáles podrían ser los primeros auxilios con las niñas en éstos casos?

- Por deshidratación: administrar suero oral (no Gatorade) 1 a 2 onza. Cda. 5 a 10 minutos, conforme tolere el organismo. Por hipotermia, cubrir con cobertores. Por problemas respiratorios, despejar las vías aéreas. Por somnolencia o estupor, mantenerle despierto, dándole apoyo emocional mientras es asistido por paramédicos y se lo llevan al hospital.

6. ¿Cuáles son las consecuencias médicas, en su campo, de la anorexia y bulimia?

- Disfunción tiroidea, amenorrea, hipocalcemia con arritmia cardíaca, deficiencia de zinc y problemas de conducta emocional.

7. ¿Cuáles son las características médicas de éstas enfermedades?

- Desarrollo tardío del cuerpo y de los órganos, de forma irreversible; pérdida prematura del cabello; ausencia de los períodos menstruales.

8. ¿Cómo se puede abordar el tema con las niñas?

- Con información directa que explique el problema como una enfermedad que tiene riesgos y consecuencias. Fomentar la autoestima, recomendación de dietas supervisadas.



9. ¿Cómo se puede abordar el tema con los padres?

- Con el fomento de la buena relación de padres-hijas, modificación de los hábitos alimenticios dentro del hogar. Con presentación de casos reales que grafiquen lo que pueda suceder dentro de sus hogares y fomentar las visitas con psicólogos familiares, nutricionistas, etc.

10. ¿Tiene algún material informativo sobre anorexia y bulimia?

- No.

11. ¿Da a sus pacientes material informativo sobre anorexia y bulimia?

- No.

Anejo 9

Entrevista a la Psicóloga Violeta Tercero Colegio El Sagrado Corazón De Jesús

1.- ¿Cuales son las posibles causas de la Anorexia y de la Bulimia en niñas de 10 a 15 años?

- * Inmadurez
- * Descontento consigo mismo
- * Influencia del medio Social

2.- ¿Cuales son las consecuencias de estas enfermedades?

- * Amenorrea
- * Desequilibrio (emocional)
- * Insomnio
- * Desnutrición
- * Caries
- * Disminución de las funciones cognitivas

3.- ¿Cuales son las características psicológicas que presentan estas niñas?

- * Se presenta un estado de irritación e incompreensión constante, insatisfacción con su conducta diaria.

4.- ¿Como se debe de hablar con las niñas Anoréxicas y Bulímicas?

- * Tratando de llevarlas a que tengan convencimiento propio de su estado.

5.- ¿Cómo se identifica a una persona Anoréxica o Bulímica?

- * No come o come minuciosamente
- * Demuestra mucho cansancio
- * Irritabilidad
- * Mide calorías en lo que ingiere

6.- ¿Cómo abordar el problema con las niñas?

- * Hacer preguntas clave para hacerla notar su autoestima, por ejemplo: Cómo se ve?, Cómo se siente?, Qué es lo que desea para sí misma?, etc.

7.- ¿Cómo abordar el problema con los papás?

- * Hacerles ver que el punto principal del problema es la salud de su hija, y así ayudar entre ambas partes a la niña

8.- ¿Con quién es mas conveniente tratar de primero este problema?

- * Con las niñas

9.- ¿Psicológicamente a que edades afecta más?

- * Entre los 13 o 14 años



10.- ¿Cómo inquietar positivamente a las niñas en contra de éstas enfermedades?

* Tratando de hacerles ver los problemas físicos y Psicológicos que conllevan estas enfermedades.

11.- ¿Cuales son las mejores formas de involucrar a padres, colegios y niñas en un mismo ideal de salud?

* Por medio de Jornadas Informativas, estudios de casos, etc.

Anejo 10

Entrevista al Psicólogo Carlos Benitez Clínica Experimental de Problemas Infantiles

1.- ¿Cuales son las posibles causas de la Anorexia y de la Bulimia en niñas de 10 a 15 años?

Las causas provienen de expectativas sociales aunque se piensa que son producidos por desequilibrios químicos principalmente a nivel del hipotálamo.

2.- ¿Cuales son las consecuencias de estas enfermedades?

Las consecuencias son: deterioro físico en dientes, piel y pelo, excesivo adelgazamiento, pérdida de la menstruación, mareos y pueden provocar la muerte.

3.- ¿Cuales son las características psicológicas que presentan estas niñas?

Son depresivas, inseguras y con poca capacidad de autoaceptación.

4.- ¿Como se debe de hablar con las niñas Anoréxicas y Bulímicas?

De frente y de manera responsable, con la

importancia que tiene una enfermedad de tal gravedad

5.- ¿Cómo se identifica a una persona Anoréxica o Bulímica?

Por su aspecto, suelen ser excesivamente delgadas y por los sognos en su piel, pelo y dientes, tienden al aislamiento.

6.- ¿Cómo abordar el problema con las niñas?

Hay infinidad de tratamietos, pero la mayoría se interesan en el rompimiento de malos hábitos alimenticios y en la modificación cognitiva.

7.- ¿Cómo abordar el problema con los papás?

En terapia familiar se trabaja como un equipo que procura lograr la curación por medio de cambios en el lenguaje y los mensajes que han servido de simientos para la enfermedad.

8.- ¿Con quién es mas conveniente tratar de primero este problema?


En principio con la jóven y luego con la familia que la rodea directamente.

9.- ¿Psicológicamente a que edades afecta más?

El rango de riesgo es de 12 a 20 años.

10.- ¿Cómo inquietar positivamente a las niñas en contra de éstas enfermedades?

Los testimonios de personas que padecen este tipo de enfermedades suelen provocar alto



impacto en las jóvenes y son de suma importancia pues facilitan la identificación y la aceptación del problema.

11.- ¿Cuales son las mejores formas de involucrar a padres, colegios y niñas en un mismo ideal de salud?

Se requiere de programas interdisciplinarios que brindan información, asistencia y seguimiento a estos casos, dando a conocer el alto riesgo de sus consecuencias.

Anexo 11

Entrevista a la Psicóloga Glenda Tabin
Clínica Particular

1.- ¿Cuales son las posibles causas de la Anorexia y de la Bulimia en niñas de 10 a 15 años?

La presión social se cree que es el principal factor determinante para estos problemas, sin embargo el componente genético también puede influir significativamente.

2.- ¿Cuales son las consecuencias de estas enfermedades?

Presentan pérdida de peso, piel seca, vértigo, arritmias y amenorrea.

3.- ¿Cuales son las características psicológicas que presentan estas niñas?

Se piensa que cuentan con pocas herramientas para soportar la crítica y con frecuencia son niñas sobreprotegidas.

4.- ¿Como se debe de hablar con las niñas Anoréxicas y Bulímicas?

Se debe ser lo más claro posible, presentándole los riesgos que corre si no se adopta un tratamiento de curación.

5.- ¿Cómo se identifica a una persona Anoréxica o Bulímica?

Presentan signos como piel seca o pelo quebradizo, además se aíslan, tienden a la depresión, hacen ayunos y presentan erosión en los dientes.

6.- ¿Cómo abordar el problema con las niñas?

El abordaje se hace presentando un plan de acción en el que se acompaña al paciente a alcanzar sus objetivos y se intenta modificar los pensamientos y asociaciones erróneas.

7.- ¿Cómo abordar el problema con los papás?

Se hacen entrevistas con padres para conocer el entorno de la paciente y para que estos no actúen en beneficio de la enfermedad, se puede usar la técnica de prescripción del síntoma.

8.- ¿Con quién es más conveniente tratar de primero este problema?

Definitivamente con la misma paciente ya que un alto porcentaje de su curación depende de ella.

9.- ¿Psicológicamente a que edades afecta más?

Afecta más entre los 12 y los 18 años, aunque se cree que puede extenderse hasta los 23.



10.- ¿Cómo inquietar positivamente a las niñas en contra de éstas enfermedades?

Sería interesante hacer conferencias destinadas al análisis de los estereotipos culturales de la belleza y a presentar el testimonio de alguien que sufriera estos problemas.

11.- ¿Cuales son las mejores formas de involucrar a padres, colegios y niñas en un mismo ideal de salud?

Los talleres familiares que fomentan la comunicación han dado buenos resultados. Además relativizar el peso de la crítica es fundamental para enfrentar los patrones de belleza.

Anexo 12

Entrevista A D. Gráfica Maite Aguilar Tipos Graficart

1.- ¿Qué tipo de material es recomendable para tratar este tipo de enfermedades?

- Anuncios de Radio y T.v., Folletos, Volantes

2.- ¿Qué características gráficas debe tener este material?

- Ser muy moderno y juvenil, con un lenguaje amigable

3.- ¿Qué características de contenido debe de tener el material?

- Creo que es importante hablar de autoestima y reforzar otros valores importantes y que el aspecto físico es secundario

4.- ¿De qué forma han abordado los temas de salud que han tratado?

- Dependiendo para quien sea

5.- ¿Con qué material han abordado los temas de salud que han tratado?

- Depende mucho de cual sea tu grupo objetivo, no se puede generalizar

6.- ¿Con quién (papás, niñas, colegios, etc.) aconsejan tratar este tema?

- Lo importante es definir el propósito del material para determinar a quien va dirigido ¿Qué se pretende lograr con el material? ¿Quién lo firma?

7.- ¿Cómo me aconseja abordarlo?

- No conozco del tema por eso no te puedo ayudar

8.- ¿Cuál cree que es la imagen que se pueda manejar?

- Depende mucho de lo que te dije respecto a con quien tabajarlo.

Anexo 13

Entrevista A D. Gráfica Georgina Bran D.G. Pront

1.- ¿Qué tipo de material es recomendable para tratar este tipo de enfermedades?

- Lo siento, no me es posible responder directamente a esta pregunta pues no conozco a fondo esta problemática. Por otro lado, no me queda muy claro el objetivo del material, si es para crear un logo de alguna institución o generar una campaña y esta sea de educación, prevención o erradicación.

2.- ¿Qué características gráficas debe tener este material?

- pues únicamente podría decir generalidades por el grupo establecido "niñas de 10 a 15 años" pienso que tipografías no muy formales, mensajes directos y colores llamativos.

3.- ¿Qué características de contenido debe de tener el material?

- Mensajes directos que reflejen el objetivo muy claramente.

4.- ¿De qué forma han abordado los temas de salud que han tratado?

- No puedo responderte a esto

5.- ¿Con qué material han abordado los temas de salud que han tratado?

- Con campañas completas desde logo de programas hasta calendarios y cosas así.

6.- ¿Con quién (papás, niñas, colegios, etc.) aconsejan tratar este tema?

- Creo que habría que estudiar bien cuales son los focos generadores de esta problemática, pues considero que ambos problemas psicológicos son la consecuencia de algo.

7.- ¿Cómo me aconseja abordarlo?

- No puedo responderla, depende mucho de la pregunta #6

8.- ¿Cuál cree que es la imagen que se pueda manejar?

- No puedo responderla

Anexo 14

Entrevista A D. Gráfica Carolina Bran Tipos Graficart

1.- ¿Qué tipo de material es recomendable para tratar este tipo de enfermedades?

- Tal vez sería aconsejable hacer trifoliales educativos para las jovencitas, los padres y los educadores

2.- ¿Qué características gráficas debe tener este material?

- Si es para las niñas deberá ser juvenil, con un lenguaje amigable y muy gráfico

3.- ¿Qué características de contenido debe de tener el material?

- Qué es el problema, si se sufre como solucionarlo, y que hacer si se conoce a alguien con este problema

4.- ¿De qué forma han abordado los temas de salud que han tratado?

- Todo depende del cliente, quien es el que proporciona el contenido escrito y gráfico

5.- ¿Con qué material han abordado los temas de salud que han tratado?

- Trifoliales

6.- ¿Con quién (papás, niñas, colegios, etc.) aconsejan tratar este tema?

- Con los tres, debe de ser algo integral

7.- ¿Cómo me aconseja abordarlo?

- Con términos científicos, con una base médica bien fundamentada pero explicando en un lenguaje simple y amigable

8.- ¿Cuál cree que es la imagen que se pueda manejar?

- Tal vez sería buena idea usar fotos para lograr mayor identificación del grupo objetivo (niñas) hacia el material impreso. Considero que sería bueno abordar el problema de una manera sutil y científica

8.- Como harían ustedes el material para la anorexia y la bulimia?

9.- Qué creen ustedes que se debería de decir allí?

*Observar cuánto tiempo aguantan estar viendo el material sin inquietarse.

Anejo 15

Preguntas para la dinámica con el grupo objetivo luego de la observación del material audiovisual

Preguntas

- 1.-Cuál de los audiovisuales les gustó más?
Por qué?
- 2.- Qué les llamó más la atención?
Por qué?
- 3.-Cuál recuerdan más?
- 4.- Qué recuerdan de éste?
- 5.- Para tratar la anorexia y la bulimia, les gustaría más caricatura o personas?
- 6.- A cuál le harían más caso?
- 7.-Cuál les aburrió más?
Por qué?

Validación Técnica

Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada

I.- A continuación se presentan varios conceptos de diseño, marque en la escala del lado el valor según considere aplicada o no el concepto.

- 01.- Presentación del material Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 02.- Integración del material Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 03.- Utilización de elementos Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 04.- Equilibrio Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 05.- Uso del columnaje Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 06.- Utilización del formato Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 07.- Balance de espacios Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 08.- Líneas guía (grid) Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 09.- Uso de la tipografía Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 10.- Uso del color Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 11.- Facilidad de lectura Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 12.- Interlineado Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 13.- Aplicación de la psicología del color Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada

II.- A continuación encontrará una serie de preguntas, identifique en la escala del lado el valor según considere que aplica mucho o nada respectivamente.

- 1. La solución gráfica es adecuada para tratar el tema con las personas del grupo objetivo? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 2. La historia lleva una secuencia lógica que facilite la comprensión del tema a cualquier edad? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 3. Motiva al espectador a aprender del tema, sobre todo para apoyar a las niñas de estas edades? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 4. Considera que el contenido es el adecuado para el G.O.? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 5. Considera que el material tiene alguna deficiencia? Cual? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 6. Considera que el material de apoyo es el más adecuado para este audiovisual y para el G.O.? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 7. Considera que el material es de impacto para el G.O.? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 8. El material proyecta una imagen real de estas enfermedades? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 9. Considera que el material tiene armonía con la vida actual de las niñas? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 10. Considera que el título del material y su contenido se complementan? Mucho 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 Nada
- 11. Sugerencias.
En la parte de atrás Gracias!!!



Material gráfico





^dDistorsión espejo



La visión errónea sobre sí mismo
de una anoréxica o bulímica

La Distorsión del Espejo

¿Qué es la Anorexia Nerviosa y la Bulimia?

La anorexia es una alteración de los hábitos y/o comportamientos que tienen que ver en la alimentación. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso, forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema, negar la enfermedad y sentirse gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético.

La bulimia se describe como episodios incontrolables de comer en exceso y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. Luego de terminar de comer se sienten con culpa, y es entonces cuando se dirigen al baño y se laxan o se provocan el vómito.



¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades?

Síntomas de la anorexia

1. Negarse a mantener su peso más arriba que lo más bajo adecuado para parar su edad y estatura.
2. Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando su peso sea insuficiente.
3. Percepción distorsionada del peso tamaño o figura de su cuerpo.
4. Ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.
5. Preocupación exagerada por la figura y el peso.
6. Depresión, melancolía, pesimismo, ideas frecuentes de suicidio, no poderse concentrar y mal humor.
7. Cansancio, sueño y debilidad.
8. Baja de rendimiento en las actividades diarias.

Síntomas de la bulimia

1. Un mínimo de dos episodios de ansiedad por comer en exceso a la semana durante al menos tres meses.
2. Sentir que no se puede dejar de comer durante las comidas.
3. Vomitar, usar laxantes o diuréticos, dieta inadecuada/ayuno, o ejercicio exagerado para no subir de peso.
4. Preocuparse mucho por su apariencia, su peso, y por no engordar.
5. Hacer dietas inadecuadas y poco balanceadas.
6. Depresión, melancolía, pesimismo, ideas frecuentes de suicidio, no poderse concentrar y mal humor.
7. Comer en secreto.
8. Mantener su peso lo mas bajo posible siempre que sea normal para no darse a notar.

¿Cuáles son algunas causas?

· Moda: De acuerdo al ideal de las modelos, recientes investigaciones han mostrado de que el peso promedio de las jóvenes ha aumentado, haciendo que cada vez esté mas lejos el alcanzar este ideal.

· Influencia de los medios de comunicación: Adelgazar sin esfuerzo, la delgadez se vende como un producto más y como sinónimo de éxito.

· Factores sociales: La sociedad exige la delgadez como sinónimo de éxito, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica.

· Factores familiares: La negatividad dentro de la familia desempeña una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Las jóvenes que están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de sus madres.

· Factores personales: Tener una baja autoestima, ser demasiado perfeccionista, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, sentir que se tiene

poco control sobre la vida.

· Factores culturales: Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas.

· Factores temporales: Fracagos, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, viajes al extranjero.

· Factores metabólicos: Algunos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que el resto de personas, por lo que se acostumbran a verse de una manera y cualquier cambio en esta imagen los estimula a mantener la imagen anterior.

· Ejercicio excesivo: La actitud hacia la actividad física va de la mano con la actitud desordenada en lo referente al comer.

· Otros factores: Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física. También se ha encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico, que son las que causan infecciones en la garganta y por esta razón, cuando la bacteria permanece por mucho tiempo se utiliza esto como excusa para no comer.

Complicaciones de la bulimia:

- Por lo general, según estudios las mujeres que padecen bulimia, siguen luchando contra el trastorno luego de diez años.
- La erosión e los dientes, caries y los problemas con las encías son comunes. Pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis. Los niveles muy bajos de potasio pueden resitar en ritmos cardíacos peligrosos y mortales. Debido a los vómitos forzados se han asociado dificultades agudas del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano.
- Depresión y comportamientos impulsivos, promiscuidad sexual y cleptomanía, abuso de alcohol y drogas.

Complicaciones de la anorexia

- El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal. Se puede tomar la posición de que todos los casos de anorexia son intentos de suicidio.
- El corazón puede desarrollar arritmias anormales peligrosas y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a disminuir su tamaño. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente.
- La menstruación irregular o ausente (amenorrea) con el tiempo puede causar esterilidad.
- La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno.
- Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado.
- Daño nervioso y convulsiones, pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies.
- La anemia es un resultado común, y más grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12.
- Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal.

¿Qué consecuencias pueden tener la anorexia y la bulimia?

Hay una serie de posibles consecuencias de ambas enfermedades. Estas pueden ser:

- Corazones pequeños.
- Mal funcionamiento cardíaco.
- Niñas menopáusicas.
- Aparición de osteoporosis.
- Relaciones afectivas conflictivas.
- Úlcera de estómago y esófago.
- Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio.
- Problemas dentales.
- Crecimiento anormal del vello capilar.
- Caída del pelo.
- Baja la temperatura corporal.
- Sequedad en la piel.
- Alteraciones menstruales.
- Muy bajo rendimiento intelectual y físico.
- Riesgo de muerte: entre un 5 y un 15 por ciento de los casos de bulimia y anorexia son mortales.

Si sientes que estas enfermedades te pueden estar afectando a ti o alguien que conoces, habla con un adulto para que te ayude y ver como juntos le encuentran una solución al problema. Si quieres un poco mas de información puedes consultar las siguientes páginas de Internet:

www.paidopsiquiatria.com/anorexia/inf.htm

www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastornos_alimentarios.htm

www.elalmanaque.com/psicologia/anorexia.htm



© Copyright Patricia Gil, 2003

Complicaciones de la anorexia

- El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal. Se puede tomar la posición de que todos los casos de anorexia son intentos de suicidio.
- El corazón puede desarrollar arritmias anormales peligrosas y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a disminuir su tamaño. El calcio y el potasio son particularmente críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente.
- La menstruación irregular o ausente (amenorrea) con el tiempo puede causar esterilidad.
- La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno.
- Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado.
- Daño nervioso y convulsiones, pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies.
- La anemia es un resultado común, y más grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12.
- Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal.



Complicaciones de la bulimia

- Por lo general, según estudios las mujeres que padecen bulimia siguen luchando contra el trastorno luego de diez años.
- La erosión de los dientes, caries y los problemas con las encías son comunes. Pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis. Los niveles muy bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y mortales. Debido a los vómitos forzados se han asociado dificultades agudas del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano.
- Depresión y comportamientos impulsivos, promiscuidad sexual, cleptomanía, abuso de alcohol y drogas.



Si sientes que estas enfermedades te pueden estar afectando a ti o alguien que conoces, habla con un adulto o a un doctor para que te ayude y ver como juntos le encuentran una solución al problema. Si quieres un poco mas de información puedes consultar las siguientes páginas de internet:

www.paidopsiquiatria.com/anorexia/inf.htm

www.ciudadfutura.com/psico/articulos/trastornos_alimentarios.htm



La visión errónea sobre sí misma de una anoréxica o bulímica.

¿Qué es la Anorexia y la Bulimia?



La anorexia es una alteración de los hábitos y/o comportamientos que tienen que ver en la alimentación. La preocupación por la comida y el temor a ganar peso, forman lo esencial de este trastorno, junto con la inseguridad personal para enfrentarse a este problema, negar la enfermedad y sentirse gordas en alguna parte de su cuerpo a pesar de presentar un aspecto esquelético.

La bulimia se describe como episodios incontrolables de comer en exceso y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. Luego de terminar de comer se sienten con culpa, y es entonces cuando se dirigen al baño y se laxan o se provocan el vómito.



¿Cuáles son los síntomas de estas enfermedades?

Síntomas de la anorexia

1. Negarse a mantener su peso más arriba que lo más bajo adecuado para parar su edad y estatura.
2. Intenso temor a aumentar de peso o engordar, aun cuando su peso sea insuficiente.
3. Percepción distorsionada del peso tamaño o figura de su cuerpo.
4. Ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.
5. Preocupación exagerada por la figura y el peso.
6. Depresión, melancolía, pesimismo, ideas frecuentes de suicidio, no poderse concentrar y mal humor.
7. Cansancio, sueño y debilidad.
8. Baja de rendimiento en las actividades diarias.



Síntomas de la bulimia

1. Un mínimo de dos episodios de ansiedad por comer en exceso a la semana durante al menos tres meses.
2. Sentir que no se puede dejar de comer durante las comidas.
3. Vomitar, usar laxantes o diuréticos, dieta inadecuada/ayuno, o ejercicio exagerado para no subir de peso.
4. Preocuparse mucho por su apariencia, su peso, y por no engordar.
5. Hacer dietas inadecuadas y poco balanceadas.
6. Depresión, melancolía, pesimismo, ideas frecuentes de suicidio, no poderse concentrar y mal humor.
7. Comer en secreto.
8. Mantener su peso lo mas bajo posible siempre que sea normal para no darse a notar.

¿Cuáles son algunas causas?

• **Moda:** De acuerdo al ideal de las modelos, recientes investigaciones han mostrado de que el peso promedio de las jóvenes ha aumentado, haciendo que cada vez esté mas lejos el alcanzar este ideal.

• **Influencia de los medios de comunicación:** Adelgazar sin esfuerzo, la delgadez se vende como un producto más y como sinónimo de éxito.

• **Factores sociales:** La sociedad exige la delgadez como sinónimo de éxito, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica.

• **Factores familiares:** La negatividad dentro de la familia desempeña una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Las jóvenes que están tratando de perder peso, generalmente es por recomendación de sus madres.

• **Factores personales:** Tener una baja autoestima, ser demasiado perfeccionista, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, sentir que se tiene poco control sobre la vida.

• **Factores culturales:** Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas.

• **Factores temporales:** Fracasos, conflictos interpersonales, separaciones/divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, viajes al extranjero.

• **Factores metabólicos:** Algunos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que el resto de personas, por lo que se acostumbran a verse de una manera y cualquier cambio en esta imagen los estimula a mantener la imagen anterior.

• **Ejercicio excesivo:** La actitud hacia la actividad física va de la mano con la actitud desordenada en lo referente al comer.

• **Otros factores:** Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física. También se ha encontrado un enlace entre la anorexia y las bacterias del grupo A beta-hemolítico estreptocócico, que son las que causan infecciones en la garganta y por esta razón, cuando la bacteria permanece por mucho tiempo se utiliza esto como excusa para no comer.

¿Qué consecuencias pueden tener la anorexia y la bulimia?

Hay una serie de posibles consecuencias de ambas enfermedades. Estas pueden ser:

- Corazones pequeños.
- Mal funcionamiento cardíaco.
- Niñas menopáusicas.
- Aparición de osteoporosis.
- Relaciones afectivas conflictivas.
- Úlcera de estomago y esófago.
- Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio.
- Problemas dentales.
- Crecimiento anormal del vello capilar.
- Caída del pelo.
- Baja la temperatura corporal.
- Sequedad en la piel.
- Alteraciones menstruales.
- Muy bajo rendimiento intelectual y físico.
- Riesgo de muerte: entre un 5 y un 15 por ciento de los casos de bulimia y anorexia son mortales.





Distorsión del Espejo



La visión errónea sobre sí misma
de una anoréxica o bulímica.

Manual de Instrucciones



Introducción...

Los trastornos alimenticios son enfermedades que pueden ser graves, entre estos se encuentra la anorexia y la bulimia; padecimientos que adquieren mayor fuerza cuando se mezclan con una sociedad que le da mucho valor al aspecto físico y a la belleza exterior. Ambas, catalogadas como enfermedades graves, están originando un auténtico problema de salud pública, ya que se quiera reconocer o no, se están convirtiendo en la epidemia social de moda, sobre todo entre los adolescentes.

La anorexia y labulimia, en sus inicios se presentaron como brotes sicóticos, áreas de estudio para psicólogos y psiquiatras, actualmente sólo se conocen como una manifestación más variada de la

conducta alimenticia, y lo más difícil de digerir es que se toman como desajustes típicos y muy comunes en el desarrollo de las personas. La anorexia y la bulimia, se convierten en un cáncer social, que solo se resuelve sin consecuencias con una intervención a tiempo, lamentablemente pocas veces es a tiempo.

Cabe destacar que el fin de crear un manejo eficiente de la información, es para que el grupo objetivo entienda que la Anorexia no solamente trata de una persona que es gorda y que no come, y que la bulimia trata de alguien que come mucho y luego vomita; se tratará de eliminar la idea que muchas personas tienen, convenciéndose de que se trata más de un capricho juvenil que da problemas a la salud, también se tratará con los padres, para que no vean estas enfermedades a la ligera, queriendo automedicar, sino que se pretende enfatizar en la importancia de la búsqueda de ayuda profesional,

especializada.

Las consecuencias de los trastornos alimenticios antes descritos son diversas y en todos los casos graves, encontrándose consecuencias médicas, normalmente ligadas a la desnutrición, consecuencias psicosociales que afectan a un círculo de personas interfiriendo en la vida social-familiar, escolar y laboral, y consecuencias escolares referentes al rendimiento de la niña que los padece.

Objetivos del material...

- 1.- Que informe sobre la anorexia y la bulimia tanto a padres, hijas y maestros, para promover un conocimiento integral de estas enfermedades.
- 2.- Que ayude a tomar conciencia sobre la posibilidad de estos padecimientos en familias de alumnas de colegios católicos privados de la ciudad capital.
- 3.- Que se involucre a padres, colegios y niñas en el ideal de una vida sana, sin el tabú de la belleza como parte fundamental de sus vidas, para que estén concientes de las consecuencias que esto les puede traer.
- 4.- Que el material grafico apoye para el mejor aprovechamiento de la información de manera que este sea más dinámico y memorable.
- 5.- Que tanto las alumnas como los padres y los docentes de la institución puedan ver el material para estar más atentos a los síntomas en las niñas con las que conviven.
- 6.- Que por medio del contacto con personas que hayan padecido o padezcan estas enfermedades se den cuenta de la situación real en la que se vive y no piensen que estas enfermedades son cosas sin importancia que ellas pueden manejar.

Implementación del material...

Como primer paso en la implementación del material "La distorsión del Espejo" que deberá ser trabajado con las niñas en la materia más afín, ya sea ciencias naturales, salud, o la que según la institución sea la más adecuada por el contenido del material y los diferentes temas de la materia, deberá ser el personal docente de las niñas comprendidas entre los 10 a los 15 años quienes lo vean de primero, esto quiere decir, que los maestros y directores de los grados 3ro, 4to, 5to, 6to de primaria y 1ro, 2do de secundaria deberán de observar el material audio visual, luego deberán de leer el material informativo que les repartirán a sus alumnas, deberán de comprenderlo y de investigar un poco más sobre el tema si así lo consideran necesario.

Procederán a contactar a una persona de un grupo de apoyo para personas

con trastornos alimenticios para que llegue al colegio a compartir con las niñas su historia y su conocimiento del tema.

Para continuar la implementación, serán las alumnas de las edades y los grados mencionados con anterioridad quienes verán el audiovisual y al finalizar éste deberán de recibir el folleto informativo que acompaña a éste, luego deberán asistir a la convivencia con la persona que sus maestros han contactado y para finalizar esta etapa, deberán de recibir su diploma y su gafete de identificación activa, que hacen constar que la niña participa activamente en contra de la bulimia y la anorexia. Al final de la unidad en la que se imparta el contenido, deberá de ser un punto de examen para forzar a las niñas a releer el material y así de esta forma lo mantienen fresco en sus mentes.

Y para finalizar, se deberá citar a los padres de familia de estas niñas a una reunión de padres en donde tendrán la

misma dinámica de las niñas respecto al video, el folleto informativo y la convivencia con la persona contactada con anterioridad, pero esto es muy importante que sea aproximadamente una semana después de la actividad con las niñas.



Instrucciones...

Para ver el audiovisual:

- 1.- Es necesario contar con cualquiera de estos equipos: una computadora con cañonera o proyector, o una computadora y coneccines para salida de audio y video, una video, o un equipo DVD que lea formato con extensión avi.
- 2.- Televisión o pantalla para la cañonera o el proyector (o una superficie lisa en donde poder proyectar).
- 3.- Si es en computadora con cañonera o con conecciones hacia un televisor: haga doble clic sobre el CD, seleccione autoplay y haga doble clic de nuevo. El video empezará a correr solo.

- 4.- Si es en un equipo de DVD: inserte el disco en el equipo, permita que lo reconozca y lo lea, a continuación oprima PLAY.

Especificaciones del material...

Para ver el CD de los artes:

- 1.- Una computadora con cualquier programa que lea fotografías.

Especificaciones del CD de los artes:

En este disco usted encontrará varios archivos en donde se encuentran los diplomas y los folletos informativos, una carpeta con el nombre de "visualización" que es la carpeta que usted deberá abrir para ver en pantalla el material. Y otra carpeta que se llama "artes en alta" que es la que deberá dar a la imprenta con la que desee trabajar.

La primera carpeta contiene los artes en baja resolución, especiales para que usted las pueda ver en su computadora. Abra el programa que le maneje fotografías o aga doble clic

sobre el ícono del archivo que desee ver y se desplegará automáticamente la imagen, para ver los demás archivos, realice esta misma operación.

Para mandar los artes con el impresor deberá especificar como se menciona en la cotización adjunta, el tipo de papel y el calibre en el que se deberá de imprimir, el material del que se trata, si es tiro nada más o tiro y retiro, y la cantidad de colores a la que va impresa. Por ejemplo: Trifoliar elaborado en papel couché de 80 gramos, impreso a full cplor, en tiro y retiro, con un tamaño de 8.5 x 11 pulgadas.

Cotización...

La información que se presenta a continuación es en base a la cotización dada en octubre de 2003, por la imprenta la visión, ubicada en la 17 calle 40-98, zona 5, Jardines de la Asunción Sur, Guatemala C.A. y cuyo número telefónico es el (+502) 335-1389/86/84. Estos datos pueden variar.

La cotización se basa en un aproximado de 1,300 alumnas para el primer año de implementación y consta de:

1.- Trifoliar elaborado en papel couché de 80 gramos, impreso a full color, en tiro y retiro, con un tamaño de 8.5 x 11 pulgadas.

Q.1,560.00 (Q.1.20 cada uno)

2.- Folleto troquelado desplegable, elaborado en papel base 80

gramos, impreso a dos colores. Portada y contraportada e interior, con un tamaño de 9.5 x 8.25 pulgadas, el interior y de 10 x 4 la portada y contraportada.

Q.2,080.00 (Q.1.60 cada uno)

3.- Diploma impreso en cartulina lino, impreso a dos colores con medidas de 10.75 x 8 pulgadas con espacio en blanco para que el colegio escriba el nombre de la alumna.

Q.1,333.00 (Q.1.03 cada uno)

4.- Gafetes elaborados en cartulina lino, impresos a dos colores, con un tamaño de 3.625 x 2.25 pulgadas, con espacio en blanco para que el colegio escriba el nombre de la alumna.

Q.624.00 (Q.0.48 cada uno)

5.- Pin de el logotipo, elaborado en metal con un tamaño de 1.5 x 1.25

pulgadas.

Elaborados individualmente por Munditrofeos

Q.28.00 cada uno

Elaborados al por mayor por Rodalem S. A. en paquetes con un mínimo de 1,000 unidades.

Q.10,000.00
(Q.10.00 cada uno)



Contactos...

Para hacer el contacto ustedes pueden contactar a:

- La señora Monica Mack al teléfono 206-9003 o al 339-1639.
- Grupo de apoyo San Judas Tadeo, lunes, martes y jueves de 18:15 a 19:15 horas.
- La Psicóloga Karin Baas en los Proyectos Clínicos de Multimédica.



Material...

A continuación encontrará un ejemplo de cada una de las piezas que usted manejará dentro de este material informativo en contra de la anorexia y de la bulimia.

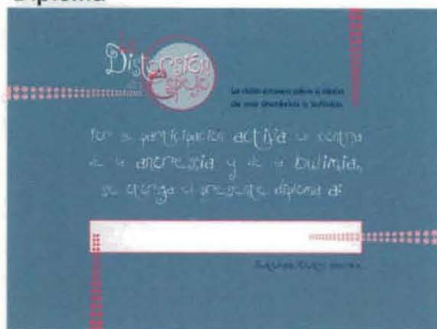
Manual de instrucciones



Dos discos



Diploma



Pin



Gafete



Dos opciones de folleto informativo





Distorsión espejo

© Copyright Patricia Gil, 2003

Distorsión del espejo

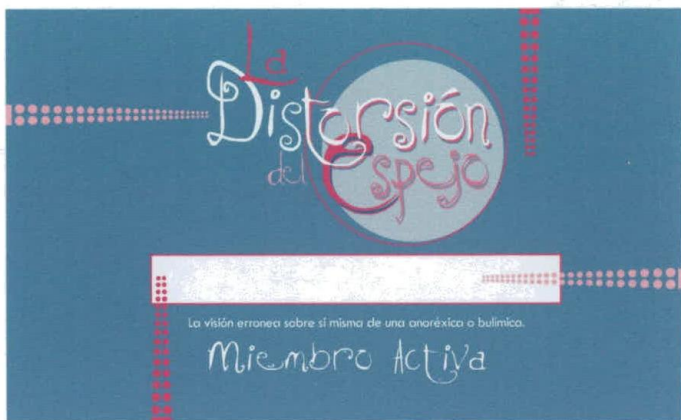
La visión errónea sobre sí misma
de una anoréxica o bulímica.

Por su participación activa en contra
de la anorexia y de la bulimia,
se otorga el presente diploma a:



Guatemala, Centro América.





Gafete

Pin

