

01921
65



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ANSIEDAD, PESO CORPORAL Y CONDUCTA
ALIMENTARIA (Normal/Anómala)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LINDA ESPARZA REYNAGA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PERESMITRE
REVISORA: DRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ

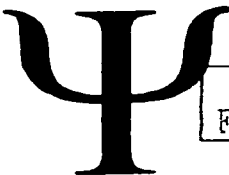
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

12 de Junio 2003

2003

Biblioteca General de Bibliotecas
Digital en formato electrónico a una
copia de mi trabajo recordando
Esparza Reynaga Linda





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO 1.....	11
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA).....	11
Conducta Alimentaria y sus Desviaciones Patológicas.....	11
<i>ANOREXIA</i>	13
Trastornos Mentales Asociados.....	16
Alteraciones Físicas y Enfermedades Médicas Asociadas.....	16
Roles Genéricos y Anorexia Nerviosa.....	17
<i>BULIMIA</i>	18
Trastornos Mentales Asociados.....	20
Alteraciones Físicas y Enfermedades Médicas Asociadas.....	20
Perspectiva Sobre la Bulimia.....	20
Genética de los Trastornos Alimentarios.....	21
Factores Socio-Familiares en TCA.....	21
Ganancias de la Regulación Alimentaria.....	22
<i>OBESIDAD</i>	23
Obesidad Según la Edad de Comienzo.....	24
Causas Genéticas de la Obesidad.....	24
Causas Endocrinas de la Obesidad.....	25
<i>Enfermedad Suprarrenal</i>	26
<i>Enfermedades Ováricas</i>	26
<i>Hiperinsulismo</i>	27
Obesidad Hipotalámica.....	27
Fármacos que Causan Obesidad.....	28

Actividad Física.....	29
Dieta y Obesidad	29
Enfermedades Relacionadas con la Obesidad.....	29
Factores Sociales y Económicos en el Desarrollo de la Obesidad	30
Factores Psicológicos de la Obesidad.....	31
¿Existe una Personalidad Obesa?.....	31
<i>Teorías Psicoanalíticas</i>	32
<i>Mecanismos Psicodinámicos</i>	33
<i>Personalidad Dependiente</i>	33
<i>Teoría de la Restricción</i>	34
<i>Modelo de los Factores Psicológicos</i>	34
Control Alimentario en la Obesidad.....	35
<i>Locus de Control</i>	35
<i>Externalidad Relacionada a la Comida</i>	36
<i>Control Interno/ Externo en la Reducción de Peso</i>	37
CAPITULO 2.....	40
FACTORES DE RIESGO EN TCA	40
Investigación en Factores de Riesgo.....	40
El Papel de la Imagen Corporal en los TCA.....	43
Preocupación por el Peso Corporal	45
La Dieta Frecuente	46
Factores de Riesgo Relacionados con el Cuerpo Biológico	47
Factores de Riesgo Relacionados a Prácticas Compensatorias	48
Factores de Riesgo de la Obesidad	50
CAPITULO 3	52
LA ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE LA OBESIDAD.....	52
Consideraciones sobre Ansiedad y Estrés.....	52
Mecanismos Cerebrales de la Ansiedad.....	54

La Influencia de la Ansiedad en la Obesidad	54
Estudios con Obesos en Ambientes Clínicos.....	56
Estudios en Poblaciones de Obesos que Padecen Atracones	57
La Reducción de la Ansiedad en el Tratamiento de la Obesidad	58
¿Las Personas Obesas Sufren de Ansiedad?	59
CAPITULO 4	63
LA MUJER ADOLESCENTE Y JOVEN	63
De la Pubertad a la Edad Adulta	63
Los Eventos de la Pubertad.....	64
Importancia del Físico en la Adolescencia de la Mujer	65
El Período de la Juventud.....	66
Patrones Alimentarios en la Adolescencia y la Juventud.....	67
Efecto de los Medios de Comunicación sobre los Factores de Riesgo de los TCA y la Mujer	69
Trastornos Alimentarios y la Relación con los Padres	71
Efectos Nocivos de Problemas Emocionales en la Adolescencia.....	73
CAPITULO 5	76
PLAN DE INVESTIGACIÓN Y METODO	76
<i>Problema General</i>	76
<i>Problemas Específicos</i>	76
DEFINICIÓN DE VARIABLES	76
<i>Definición Conceptual</i>	76
<i>Definición Operacional</i>	78
HIPÓTESIS DE TRABAJO	78
MÉTODO	79
Diseño de Investigación.....	79
Muestra	79
Sujetos	80
Criterios de Exclusión	80
Instrumentos y Aparatos	80
Procedimiento.....	83

CAPITULO 6	86
RESULTADOS	86
<i>DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA</i>	86
Distribución del nivel de Ansiedad por Escuela	87
Edades de los Sujetos por nivel de Ansiedad	88
Área Familiar de la Muestra por nivel de Ansiedad	88
Área Laboral de la Muestra por nivel de Ansiedad	90
<i>DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES</i>	
<i>DE ESTUDIO</i>	90
Distribución del Peso Corporal de la Muestra.....	90
Patrones Alimentarios de la Muestra.....	92
Dieta Crónica y Restrictiva.....	93
Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica ..	95
Preocupación por el Peso y la Comida	97
Conducta Alimentaria Compulsiva	97
<i>PRUEBA DE HIPÓTESIS</i>	98
 CAPITULO 7.....	 108
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	108
Limitaciones y Sugerencias para Futuras Investigaciones ...	115
 REFERENCIAS	
ANEXOS	

RESUMEN

El propósito de esta investigación¹ fue determinar si existe relación entre la variable "ansiedad" (mínima/ moderada) y la "conducta alimentaria de riesgo". También interesó conocer si se relaciona o no la ansiedad (mínima/ moderada) y el control alimentario (interno/ externo) con el peso corporal (IMC). Y si el nivel de ansiedad (mínima/ moderada) y el control alimentario (interno/ externo) se relacionan. Este estudio se realizó en una muestra de 200 sujetos, mujeres universitarias, jóvenes y adolescentes. Se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck, con el propósito de clasificar a los sujetos en dos grupos de ansiedad (mínima y moderada). Al mismo tiempo también se aplicó la escala conocida como EFRATA que mide conducta alimentaria de riesgo y control alimentario (interno/ externo) y se registraron las medidas antropométricas con el fin de obtener el IMC de cada sujeto. Los resultados del estudio revelaron que las mujeres con ansiedad moderada presentaron mayor problema de conducta alimentaria de riesgo y mayor grado de atribución de control alimentario externo, así como menor incidencia de conducta alimentaria normal (sana) que las mujeres con ansiedad mínima. También se encontró que a nivel descriptivo las mujeres con ansiedad moderada tienen mayor sobrepeso que las mujeres con ansiedad mínima. En cuanto al peso y la atribución de control alimentario (interno/ externo) no se encontraron diferencias. Y por último, adicionalmente a los propósitos de la presente investigación se encontró una buena correlación entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala "estrés y conducta alimentaria" la cual se sugiere investigar posteriormente con mayor detalle. En cuanto a las correlaciones realizadas entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala "afrentamiento al estrés" y la correlación entre la escala "estrés y conducta alimentaria" y la escala "afrentamiento al estrés" resultaron ser bajas.

¹ Forma parte del proyecto IN301501 PAPIIT Desarrollo de Estrategias para la Intervención en la Prevención de Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación.

INTRODUCCION

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se dispararon a partir de los años 70s en el siglo XX, más significativamente, en los países desarrollados como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, los cuales se consideran líderes en dicha problemática. Hoy en día, es un hecho que los TCA se han incrementado no sólo en los países antes mencionados, sino en general, en los países del mundo, tanto en los desarrollados, como en los que están en vías de desarrollo, con la diferencia de que en los países menos desarrollados como México no se cuenta con estadísticas. Sin embargo, cada día se conoce más sobre esta problemática y cada vez con más frecuencia nos enteramos de que las artistas y cantantes sufren de tales trastornos o de que las amigas de alguien sufre de ellos (Gómez-Peresmitré, 2001).

En nuestro país se empieza a hablar de esta problemática a partir de la década de los 90s y también por el mismo año se inicia el estudio de los TCA en las universidades. La literatura señala que las chicas de la mayor parte del mundo y de todos los niveles socioeconómicos sufren de tales trastornos, que es frecuente que las chicas de bajo nivel socioeconómico se involucren en conductas de sobreingesta o de dieta restrictiva, en ocasiones como un intento por resolver sus pérdidas y frustraciones diarias (Gómez- Peresmitré, 2001).

Señala la misma autora, que en México la influencia de los valores sociales reforzados por los medios globalizados de comunicación, ha penetrado en la ideología de los mexicanos. Estudios realizados en la División de Postgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM a mediados de los años 90s iniciaron una línea de investigación con el propósito de determinar si los trastornos alimentarios (anorexia, bulimia y obesidad) se presentaban también en las adolescentes mexicanas. Gracias a estas investigaciones se determinó que los trastornos alimentarios se encuentran presentes en nuestra sociedad.

Desde entonces se ha trabajado para determinar cuales serían los factores de riesgo en diferentes poblaciones mexicanas que podrían facilitar el desarrollo de los TCA. Así como trabajar en la planeación de estrategias de intervención y prevención.

Un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, (2001) en una población total de 8673 sujetos pre-púberes, púberes y adolescentes, encontró que los sujetos de estas poblaciones ya se encuentran influidos por los factores de riesgo asociados a TCA. Las niñas más jóvenes ya han adoptado la actitud lipofóbica de su entorno y comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que se muestran insatisfechas con su imagen corporal, además de que alteran su imagen corporal percibiéndose con más peso del que tienen. No obstante, ser susceptible a los factores de riesgo no es garantía de que en el futuro se padecerá un TCA. Sin embargo, es un indicio de que la ideología que gobierna nuestro tiempo esta propiciando que los TCA aumenten.

Por otro lado, aún no se han podido determinar las causas específicas que propician dichos trastornos, aunque ya se tienen algunos indicios. Sabemos que los TCA tienen causas multifactoriales. Las investigaciones realizadas sobre los factores de riesgo apuntan hacia nuevas direcciones de investigación, una de ellas sería esclarecer cuál es la importancia de las variables psicológicas que empujan a desarrollar dichos trastornos.

La anorexia y la bulimia clasificadas como trastornos alimentarios en el DSM-IV mantienen una fuerte relación con el miedo a la gordura. Pero por otro lado, el estilo de vida de los países industrializados (Dietz y Gortmaker, 1985), junto con otras variables que aún se lucha por definir, favorecen al desarrollo de la obesidad, de este modo, mientras algunas personas luchan en contra de la obesidad, desarrollando en algunos casos anorexia o bulimia, otras se dejan arrastrar o no pueden mantener un peso adecuado lo que los lleva a sufrir de obesidad y con esto a contraer otro tipo de problemas, tanto físicos (enfermedades como la diabetes tipo II, enfermedades cardiocirculatorias, enfermedades respiratorias (Saldaña y Rossell, 1988) por mencionar algunas), como emocionales y sociales

(Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras y Rotella, 1999). Sin embargo, algunos autores (DSM-IV, 1995) no consideran la obesidad como un TCA ya que las causas de ésta no siempre son claras, debido a que existen implicaciones genéticas y de herencia, en algunos casos. Debido a todo esto se considera importante estudiar aquellas variables que producen obesidad de carácter no genético sino de tipo psicosocial.

En consecuencia con todo lo anterior, el capítulo uno de la presente investigación trató de abordar las características de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), que son anorexia, bulimia y obesidad, tomando en cuenta tanto los síntomas que los caracterizan como algunos factores etiológicos. Posteriormente en el capítulo dos se exploraron algunos factores de riesgo que facilitan el desarrollo de los TCA antes mencionados. En el capítulo tres el estudio se enfocó en resaltar el papel que juega un estado emocional como la ansiedad en la aparición de anomalías en el peso corporal especialmente en la obesidad. En este caso contemplando que la ansiedad pudiera funcionar como un factor de riesgo para los TCA. El capítulo cuatro aborda lo referente a la etapa adolescente y joven de la mujer tomando en cuenta que los TCA se presentan con mas frecuencia en las mujeres. En este capítulo también se trató de integrar algunos aspectos sobre dicha etapa evolutiva y su relación con los TCA, además de revisar como impactan los factores de riesgo en su conducta alimentaria.

Después de revisar el panorama teórico descrito anteriormente. En el capítulo cinco se expuso el plan de investigación y el método, con el fin de explorar las relaciones entre la ansiedad, la conducta alimentaria de riesgo, el control alimentario y el peso corporal. De tal suerte, que en el capítulo seis se describen con detalle los resultados obtenidos sobre los problemas planteados en el plan de investigación y por último el capítulo siete presenta la discusión alrededor de dichos resultados, además de que se señalan las limitaciones del estudio y algunas sugerencias para realizar investigación futura que aporte más información al tema.

CAPITULO I

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Conducta Alimentaria y sus Desviaciones Patológicas

Para comprender el desarrollo de los trastornos alimentarios es importante conocer los circuitos de hambre, satisfacción y saciedad. En condiciones normales los mamíferos superiores sufren periódicamente de variaciones físico-metabólicas que están reguladas biológicamente y que implican para el cerebro la señal de **hambre**, ésta es la condición que a través de complejos mecanismos implica el desarrollo de todas las actividades motrices y comportamientos destinados a conseguir alimentos: **la conducta alimentaria**. Luego, de acuerdo con las características genéticas y las posibilidades ambientales, el animal conseguirá alimento específico y al consumirlo, modificará su estado nutricional, esta modificación implicará un nuevo cambio físico-metabólico que se integrará en el cerebro como señal de **satisfacción** de la necesidad que significará el cese de la conducta alimentaria. La **saciedad** sería el período que media entre la satisfacción y la próxima señal de hambre durante el cual no se busca comida (Zuckerfeld, 1996).

Este circuito biológico en el ser humano sufre de dos subversiones del orden nutricional, la **primera subversión** representa la "cuota hedónica", en otras palabras, el placer que brinda el alimento, así lo que gusta no siempre es lo que el organismo necesita. La **segunda subversión** se refiere a la conducta alimentaria que tiene por objetivo la búsqueda de cambio corporal, en este caso es la búsqueda de la delgadez, ésta es la característica que distingue a los **Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA)**, en los que el objeto alimentario no es el objeto de la necesidad y tampoco implica placer alguno (Zuckerfeld, 1996).

Los TCA tradicionalmente son la Anorexia nervosa y la Bulimia nervosa. El CIE-10 en su versión de 1993 clasifica los TCA como sigue:

- F50.0 Anorexia nerviosa
- F50.1 Anorexia nerviosa atípica
- F50.2 Bulimia nerviosa

F50.3 Bulimia nerviosa atípica
F50.4 Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos
F50.5 Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos
F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria
F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria, no especificado

El DSM-IV (1995) por su parte clasifica los TCA como sigue:

F50.0 Anorexia nerviosa
F50.2 Bulimia nerviosa
F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

El DSM-IV refiere que aunque el CIE-10 sí incluye a la obesidad como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, debido a que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Pero que, sin embargo cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología de algún caso específico de obesidad, éste se puede indicar anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico que es **F54. Factores psicológicos que afectan al estado físico**. La característica esencial de estos factores es la presencia de uno o más factores psicológicos o comportamentales que afectan de un modo adverso el estado médico general y las formas en que estos factores pueden afectar negativamente al estado físico son variadas. En el caso de la obesidad, por ejemplo, una de estas formas puede ser el continuar con una sobrealimentación cuando se padece de diabetes relacionada con sobrepeso.

Por otra parte, en la clasificación que hace el DSM-IV, en el TCA no especificado, se menciona el trastorno de comida compulsiva o atracón en este apartado se incluye a las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para anorexia o bulimia nervosa. Asimismo, es frecuente que los comedores compulsivos sean obesos.

De este modo, dentro del campo de estudio de las anomalías de la conducta alimentaria se encuentran tres principales entidades: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Estas tres afecciones son

fenómenos complejos que se encuentran íntimamente relacionados y que por lo general es raro encontrar cada trastorno en forma pura (Gómez Pérez-Mitre, 1993a).

De acuerdo al *peso* también existe cierta división entre los TCA (ver fig. 1) de manera que estos trastornos se pueden clasificar como un continuo, donde se puede apreciar una secuencia de 5 posibilidades que són: 1) Anorexia restrictiva 2) Bulimarexia o anorexia bulfímica 3) Bulimia 4) Obesidad compulsiva y 5) Obesidad sin atracones (Zuckerfeld, 1996; Laessle, Tuschl, Waadt y Pirke, 1989).

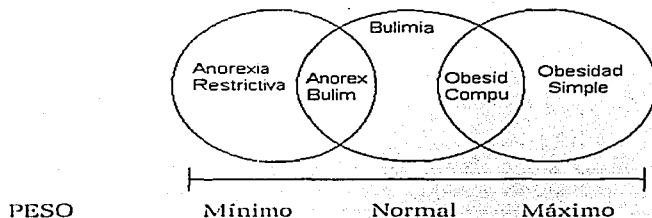


Fig. 1. Fuente: Zuckerfeld (1996), p. 30.

ANOREXIA

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por el rechazo voluntario de la ingesta de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal. Es más frecuente en mujeres que en hombres y es durante la adolescencia entre los 14 y los 28 años (17 años en promedio) cuando se establece el trastorno como tal, con su mayor gravedad de los 17 a los 19 años. Por otro lado, es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años y el comienzo de la enfermedad se ha asociado a acontecimientos estresantes (DSM-IV, 1995).

La asociación entre el inicio de la anorexia y los eventos estresantes ha tomado fuerza debido a que el modelo del estrés proporciona una explicación al respecto (Valdés y De Flores, 1985). La explicación de tal modelo hace énfasis en los procesos de adaptación del organismo a las experiencias aversivas, de manera que la adaptación del organismo implica cambios tanto en el sistema nervioso central, como en el sistema endócrino, el sistema inmunológico, el pensamiento y el comportamiento, y dichos cambios son susceptibles de constituir el sustrato orgánico predisponente inmediato de una enfermedad dada. Sin embargo, a pesar de la explicación anterior la realización de estudios exitosos en este sentido se hace complicada debido a las diferencias individuales sobre lo que es estresante para las personas. De este modo, no es estresante el hecho como tal, sino que es el contenido cognitivo de la persona lo que define si una situación es estresante o no. Asimismo, es difícil hacer estos estudios debido a que en ocasiones los eventos estresantes no se pueden encontrar en la interacción del individuo con su medio ambiente, porque el evento se produce en él mismo. Tal es el caso de lo que sucede en las modificaciones biológicas de la pubertad.

Sin embargo, a pesar de estas limitaciones los estudios realizados sobre esta hipótesis reportan que el número de pacientes que inician su anorexia aparentemente desencadenada por situaciones estresantes objetivas oscilan entre el 50% de Theander (1970) al 100% de Casper y Davis (1977). De acuerdo con los autores anteriores los eventos estresantes encontrados son:

- a) Separaciones y Pérdidas: Puede ser el fallecimiento de una persona significativa afectivamente (comúnmente alguno de los padres), separación de los padres, alejamiento de la paciente de su hogar, ausencia del medio familiar, nostalgia, aburrimiento y desorganización familiar.
- b) Contactos Sexuales: Estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias sociales. Esta situación también puede estar asociada a la tendencia de evitar la relación sexual por parte de la mayoría de anoréxicas.

c) Otras situaciones aversivas:

- Experimentación real o subjetiva de fracaso personal.
- Incremento rápido de peso: Los comentarios negativos sobre el peso de la afectada provenientes de personas significativas pueden influir en el desarrollo del trastorno.
- Accidentes: Estos eventos pueden influir cuando producen traumas y/o modificaciones corporales importantes.
- Exceso de actividad física: El exceso de ejercicio puede provocar el inicio del trastorno en un intento por perder peso.

Según el DSM-IV los criterios diagnósticos de la Anorexia son los siguientes:

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

Se consideran dos tipos de anorexia:

1. Restrictiva: la pérdida de peso se logra a través de la privación de alimento por medio de dietas, ayunos o ejercicio.
2. Compulsivo/ Purgatoria: cuando se tienen periodos de atracones y se utiliza diuréticos, laxantes, y vómitos para contrarrestar la posibilidad de engordar a causa del atracón. Y también se clasifica así a los sujetos que no tienen abscesos de atracones pero que recurren al uso de purgas.

Trastornos Mentales Asociados

Cuando los individuos con este trastorno sufren de una pérdida considerable de peso pueden tener los siguientes síntomas en su estado de ánimo (DSM-IV, 1995):

- Depresión
- Retraimiento social
- Irritabilidad
- Insomnio
- Pérdida de interés por el sexo
- Características obsesivo-compulsivo
- Preocupación por la comida
- Sentimiento de incompetencia
- Poca espontaneidad social y emocional

Fuente: DSM-IV (1995), p. 555.

Alteraciones Físicas y Enfermedades Médicas Asociadas (DSM-IV, 1995; Kaplan y Blake, 1987):

- Y Amenorrea
- YY Estreñimiento, dolor abdominal
- YY Intolerancia al frío
- YYY Letargia (inactividad corporal y psíquica)
- YYY Vitalidad excesiva
- Y Emaciación
- Y Hipotensión (disminución anormal de la tensión de la sangre en las arterias)
- Y Hipotermia (descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal)
- YY Resequedad de la piel
- YY Lanugo (vello fino en el tronco)
- YY Bradicardia (tasa cardiaca menor a 60 pulsos por min.)
- Y Edemas periféricos (hinchazón blanda de una parte del cuerpo)
- Y Petequias (pequeña mancha en la piel, debida a efusión interna de sangre)
- YY Color de piel amarillento (asociado a hiperbilirubinemia)
- Y Hipertrofia de las glándulas salivales (parótidas)
- YYY Erosiones dentales
- Y Cicatrices o callos en el dorso de la mano (p. 556).

Roles Genéricos y Anorexia Nerviosa

La anorexia es un desorden que se produce en mayor medida en las mujeres (Turón, Fernández y Vallejo, 1992; Behar, Botero, Corsi y Muñoz, 1994). Behar (1992) hace un análisis de cómo influye el rol genérico. Esta autora menciona que en todas las sociedades existe una asimetría sexual, ya que en lo que a la mujer respecta se le ha ligado con la reproducción y los lazos afectivo-familiares y que al hombre se le ha adjudicado la organización de la colectividad, el orden público y la cooperación social. Las obligaciones y demandas domésticas limitarían el alcance de la mujer a las prestigiosas actividades masculinas adoptando de este modo un papel secundario en la sociedad. Pero, el advenimiento de la Revolución Industrial modificó el rol de la mujer, a partir de este momento las mujeres comenzaron a aclamar igualdad de alternativas en educación, trabajo y arte y luego las dos guerras mundiales le brindaron a la mujer la oportunidad de demostrar su capacidad para desempeñar funciones públicas que ellas realizaron con mucha eficacia. Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos se sumaron para beneficiar a la mujer ayudándole a facilitar el trabajo doméstico y el control de la natalidad. Y después, la liberación femenina en los años 60s motivaron a la mujer a abandonar la vida doméstica para volverse productivas para la sociedad, sin que esto le dejara de ocasionar conflicto entre ambos roles, ésta es la razón por la cual la mujer actual se encuentra atrapada entre sentimientos de culpabilidad y frustración, en esta crisis de valores es donde aparece la anorexia, que el 90% de los casos se presenta en mujeres, por lo cual, es muy fácil suponer que esto se encuentre ligado al rol femenino.

El rasgo principal de la anorexia es la búsqueda de la delgadez que produce alteraciones físicas y psicológicas, una consecuencia psicológica es la parálisis intelectual creada por una indecisión que le hace sentir a la anoréxica una sensación de inadecuación e ineficacia en sus actividades cotidianas. Los niños y las niñas comienzan a asimilar y valorar las expresiones que pertenecen a su rol genérico, pero para las niñas este proceso es más difícil porque no sólo deben adaptarse a su rol genérico, sino que además deben

cumplir con los atributos valorados de la sociedad occidental tales como: asertividad, independencia, productividad, etc., que se consideran atributos del género masculino. El rol femenino y la realización de objetivos individuales se excluyen mutuamente, a esto se suma que en la pubertad los cambios psicológicos y biológicos producen una toma de conciencia de los roles genéricos y por lo tanto una mayor vulnerabilidad a la influencia social, por lo que las adolescentes presentan mayor ansiedad en relación a su rol. De este modo, las anoréxicas responden pasivamente a las demandas de su familia para lograr éxito profesional, actitud que corresponde a su rol, que implica ser complaciente, pasiva, dependiente, etc., y al mismo tiempo responden a las exigencias de la sociedad que las motiva a competir con el género masculino. Estas jóvenes son incapaces de rechazar los requerimientos del ambiente debido a su personalidad complaciente y sumisa lo que les produce sentimientos de baja autoestima, ellas sienten que no pueden defraudar a los demás por ello cualquier baja de rendimiento desde su punto de vista es motivo para restringir su alimento y de este modo compensar su falta de control en las actividades en las que ellas sienten que han fallado (Behar, 1992).

BULIMIA

El DSM-IV (1995) establece que la bulimia nervosa es un trastorno caracterizado por atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, que deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses. Las personas con este trastorno generalmente se sienten avergonzadas de su conducta e intentan ocultar los síntomas.

La bulimia generalmente inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. Es común que los sujetos presenten trastornos del estado de ánimo y de dependencia o abuso de sustancias. Además de que puede existir una tendencia familiar a la obesidad aunque aun faltan pruebas que confirmen este dato.

Los criterios de diagnóstico según el DSM-IV de la Bulimia nerviosa son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un **Atracón** se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enema (medicamento líquido que se introduce por el ano para limpiar y descargar el vientre) u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

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

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y/o la silueta corporal.

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

La bulimia nerviosa también se divide en:

1. De tipo purgativo: en la cual el sujeto practica el vómito o utiliza laxantes.
2. De tipo no purgativo: donde el sujeto no utiliza laxantes ni se provoca el vómito.

Trastornos Mentales Asociados

- Síntomas depresivos (baja autoestima)
- Trastorno distímico y depresivo mayor
- Ansiedad (miedo a las situaciones sociales)
- Dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes)
- Trastorno límite de la personalidad

Fuente: DSM-IV (1995), p. 561.

Alteraciones Físicas y Enfermedades Médicas Asociadas (DSM-IV, 1995; Kaplan y Blake, 1987):

- Y Pérdida del esmalte dental
- Y Glándulas salivales (glándula parótida) aumentadas de tamaño
- Y Callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano
- Y Miopatías esqueléticas y cardíacas en sujetos que toman jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.
- Y Irregularidades menstruales y amenorrea
- Y Dependencia a los laxantes
- Y Desequilibrios electrolíticos
- Y Raramente: desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas

Perspectiva Sobre la Bulimia

Históricamente el trastorno bulmíco ha tenido menos atención que el anoréxico. Por mucho tiempo los atracones no merecieron atención medica, excepto, cuando formaban parte de otro trastorno. Jenofonte en Anabasis, describió por primera vez en la cultura occidental lo que ahora consideramos prácticas bulmícas, esto lo hizo en el año 970a.c. Más adelante el banquete y el vómito eran auténticas instituciones de las clases medias y altas de Roma. Luego durante la Edad Media el vómito constituyó una práctica penitencial, el penitente mediante la emesis (vómito) arrojaba de sí sus pecados y también de este modo

podían dominarse los apetitos sexuales más o menos desordenados (Toro,1996).

Genética de los Trastornos Alimentarios

Mucho se ha analizado sobre la influencia familiar en la anorexia y la bulimia nervosa. Existen tres líneas teóricas que explican esta relación 1) las descripciones de las relaciones familiares 2) los correlatos familiares del curso y fenomenología de los síntomas y 3) los estudios de transmisión familiar. Strober y Humphrey (1987) concluyen que aunque ciertamente los patrones familiares están asociados con desordenes alimentarios, no son sencillos los mecanismos o las vías de la influencia. Mas bien, es mas probable que ciertos factores de la personalidad, los cuales pueden ser genéticamente determinados, predisponen en el individuo una gran sensibilidad y vulnerabilidad a las poderosas experiencias familiares y sociales que impactan adversamente en su autoestima y autoeficacia. Toro y Vilardell (1987) por su parte, señalan una importante prevalencia del trastorno afectivo mayor (trastorno bipolar y depresión mayor) en los familiares de las anoréxicas, a este respecto se ha asociado la presencia de depresión como un factor predisponente para desarrollar el TCA.

Factores Socio-Familiares en TCA

Aunque es difícil medir la presión social para lograr la delgadez, sabemos que se incremento en las últimas décadas generando un desfase entre la realidad corporal promedio y la figura idealizada ofrecida por los medios. Los valores adjudicados a la delgadez oscilan desde la simple pertenencia al grupo de moda, hasta atribuciones de éxito erótico, intelectual y laboral (Polivy y Herman,1987; Michtchell y Eckert, 1987). Por otro lado, se discute de que manera las relaciones familiares facilitan el enganche con la persecución de la delgadez, en este sentido se ha encontrado que las madres de jóvenes bulímicas tienen más expectativas de éxito y que son más dominantes que las madres de jóvenes no bulímicas. Aun así, es difícil precisar una estructura familiar en donde se desarrolle la bulimia, pero existen

mecanismos comunes a los que se dan en familias de adictos, anorexia nerviosa, ciertos obesos y trastornos serios de la personalidad. En estas familias se han observado vínculos simbióticos e insatisfactorios en ambientes donde la valoración del cuerpo y del alimento a veces es confusa. El estrés familiar a la hora de comer, también puede tener cierta influencia (Zuckerfeld, 1996). Además, la bulimia ha sido fuertemente asociada con la falta de afecto de los padres, demasiada negatividad, hostilidad, patrones familiares desintegrados, impulsividad paternal, familiares alcohólicos y obesidad familiar incrementada (Strober y Humphrey, 1987).

Adicionalmente, también sucede que una vez establecida la problemática anoréxica, las relaciones interpersonales en el seno del grupo familiar se modifican, éstas se hacen conflictivas y redundan en perjuicio de la paciente, tendiendo a mantener ó a agravar los síntomas, ya que la familia puede reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimentario al manifestar mayor atención y preocupación de la que antes tenían hacia la paciente (Toro y Vilardell, 1987).

Ganancias de la Regulación Alimentaria

El ayuno que practican estos pacientes induce un estado de conciencia alterado que puede ser bastante agradable, que en este sentido se asemeja al del alcohol o inhalantes, etc. Por otro lado, se han extendido publicaciones que elogian el empleo del hambre voluntaria. Por ejemplo, algunos temas religiosos mencionan: "Durante el ayuno, se ingresa en un sistema interno que da cabida a otra realidad, igual de válida que es prácticamente desconocida" (Adisson, 1992).

Los especialistas tienen que enfrentarse a la negativa de muchos a aceptar que los efectos de la inanición desempeñan un papel en la aparición de síntomas de anorexia nervosa, la oposición a ésto viene de las teorías en psiquiatría, ciencias sociales y del movimiento

feminista. Asimismo, los estudiosos de la tradición freudiana tampoco comprenden bien los efectos de la inanición, ellos tienden a ofrecer explicaciones totalmente psicológicas a algunos de los síntomas que corresponden más a lo biológico. Y las feministas por su parte, suelen ver el problema de ayudar a las anoréxicas en el contexto de la lucha de la mujer a largo de la historia por recuperar el control sobre su propio cuerpo (Adisson, 1992).

Sin embargo, Keys y cols (1950, citado en Garfinkel y Garner, 1982) confirman que una parte importante de la sintomatología psicológica de la anorexia nerviosa está determinada por el estado de desnutrición, cuyos síntomas son: 1) obsesividad y compulsividad (relacionada con la alimentación) 2) labilidad emocional 3) aislamiento social 4) déficit en la concentración 5) pérdida del interés sexual y 6) trastornos del sueño.

OBESIDAD

Stunkard (1988, citado en Lolas, 1992) define obesidad como excesiva acumulación de grasa en el cuerpo que es producto de la vulnerabilidad genética y de las condiciones ambientales. Braguinsky (1996) la define como *aumento de grasa corporal*. Por otro lado, Saldaña y Rossell (1988) la definen como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Y por último, Gómez Pérez-Mitre (1993a) define obesidad teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) > 27 en las mujeres; > 28 en los hombres y obesidad masiva > 31 en hombres y mujeres.

A continuación se expondrán los distintos factores implicados en la obesidad. Pasando desde las implicaciones biológicas que determinan

una disposición obsesa hasta los factores ambientales y las características psicológicas que influyen en dicha condición.

Obesidad Según la Edad de Comienzo

La obesidad puede iniciarse a cualquier edad. La primera aparición de obesidad normal ocurre en el primer año de vida, en el que las células grasas aumentan casi al doble. El segundo período de obesidad tiene lugar entre los 4 y 11 años de edad, se tienen datos de que cuando aparece obesidad en este grupo de edad puede haber una desviación progresiva del peso corporal que se denomina obesidad progresiva. La obesidad en las mujeres suele aparecer durante la pubertad, por lo regular al mismo tiempo que el comienzo de la menstruación, que en niñas obesas suele presentarse a edad más temprana. En general la obesidad se desarrolla al final de la pubertad, siendo los primeros años de la vida adulta los más importantes para el desarrollo de ésta. En la mujer el embarazo es el momento clave para el desarrollo de la obesidad. En los varones el evento clave es la transición del estilo de vida activa de la adolescencia a la vida sedentaria de los primeros años de vida adulta. En la edad adulta el peso por lo regular se conserva relativamente estable, aproximadamente desde los 54 a los 62 años y luego empieza a disminuir en ambos sexos. El desarrollo de obesidad en años posteriores es un acontecimiento raro que sugiere algún trastorno del equilibrio energético. Dentro de las causas para la obesidad, la genética puede tener una cierta participación en el comienzo de la obesidad, las alteraciones endocrinas son el segundo factor causal, aunque el tipo de aumento de grasa que provoca suele ser muy pequeño (Bray, 1989).

Causas Genéticas de la Obesidad

Son un grupo de raras enfermedades acompañadas de características dismórficas. Los síndromes que se tienen identificados son los siguientes (Braginsky, 1996, p. 199):

1) Síndrome de Bardet - Biedl	2) Síndrome de Alstrom- Hallgren	3) Síndrome de Carpenter	4) Síndrome de Cohen	5) Síndrome de Prader-Willi
<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad del tronco • Retraso mental • Degeneración retiniana • Rinitis pigmentosa con disminución progresiva de la agudeza visual • Hipogenitalismo • Anomalías digitales • Nefropatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Degeneración retiniana con ceguera en la niñez • Sordera neurosensorial • Diabetes mellitus • Testículos pequeños en varones • Nefropatía progresiva en adultos 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Braquicefalea con craneostenosis • Puente nasal aplanado • Implantación baja de orejas • Retrognatismo y paladar ojival • Braquidactilia de manos con clinodactilia y sindactilia parcial • Retraso mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad en el tronco • Hipotonía y debilidad muscular • Retraso mental leve • Puente nasal alto • Hipoplasia maxilar • Paladar ojival • Mandíbula pequeña • Boca abierta • Miopía, estrabismo • Manos y pies angostos con • Metacarpos y metatarsos cortos, Pliegue simiano • hiperextensibilidad articular • Lordosis lumbar • Esclerosis leve 	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Musculatura hipotónica • Trastornos de la alimentación en la lactancia • Hiperfagia en la niñez y la adolescencia • Retraso madurativo • Retraso mental • Hipogonadismo • Estatura breve • Manos y pies pequeños y estrabismo

Fuente: Braguinsky (1996), p. 199.

Causas Endocrinas de la Obesidad

Una de estas causas es la deficiencia de hormona del crecimiento que se acompaña de aumento de grasa corporal, de este modo, cuando a estos sujetos se les inyecta hormona del crecimiento la grasa corporal disminuye. También puede haber secreciones anormales de prolactina en el 15% de los pacientes obesos, que se puede considerar como criterio para clasificar a los pacientes (Bray, 1989). Por otro lado, se sabe que las enfermedades endocrinas son responsables de la obesidad en un contado número de casos, ya que la mayoría de obesos lo son porque ingieren o han ingerido cantidades elevadas de alimento (Saldaña y Rossell, 1988; Bray, 1989).

Enfermedad Suprarrenal

Síndrome de Cushing: Es la enfermedad endocrina que más a menudo se relaciona con la obesidad (Braguinsky, 1996). Este síndrome presenta las siguientes características:

- Obesidad del tronco
- Hipertensión
- Intolerancia para la glucosa
- Hirsutismo (crecimiento de pelo disperso y duro)
- Amenorrea
- Pléora (exceso de sangre o de otros humores en el cuerpo o en una parte de él)
- Tendencia a la fatiga
- Cambios en la personalidad

Fuente: Braguinsky (1996), p. 199.

Este síndrome se puede deber a hiperplasia (excesiva multiplicación de células normales en un órgano o tejido) de las suprarrenales, que se produce cuando éstas son estimuladas por un exceso de ACTH (acetilcolina) proveniente de la hipófisis por un tumor secretor de ACTH o por inyecciones de ACTH. También se sabe que el exceso de corticoides puede ser producido por un adenoma o carcinoma de la suprarrenal.

Los patrones de aumento de peso en esta enfermedad se caracterizan por: acumulación de grasa en el tronco, fosas supraclaviculares y región cervical posterior dorsal. Los brazos y las piernas suelen quedar indemnes. El desarrollo de esta enfermedad en niños es muy notable, ya que su crecimiento lineal se interrumpe y se acumula grasa. La enfermedad de Cushing es un tipo curable de obesidad (Bray, 1989).

Enfermedades Ováricas

También conocida como Poliquistosis ovárica (Síndrome de Stein-Leventhal) que se caracteriza por la ausencia de menstruaciones.

hirsutismo (crecimiento de pelo disperso y duro) moderado, aumento de peso poco después de la menarca, aumento de la relación entre hormona luteinizante y hormona foliculoestimulante, hiperandrogenemia y niveles de estrona aumentados con niveles normales de estradiol, además, puede estar asociado a hiperplasia suprarrenal congénita, Síndrome de Cushing, hiperprolactinemia o resistencia insulínica (Braguinsky, 1996, p.199).

Hiperinsulismo

Se ha observado que el empleo de la insulina puede causar aumento de peso corporal y de grasa. La hipersecreción espontánea de insulina sucede en presencia de un insulinoma que produce el aumento de peso, pero el efecto suele ser leve (Bray, 1989). Las concentraciones plasmáticas de insulina guardan relación con la adiposidad, las personas y animales con sobrepeso tienen mayores concentraciones de insulina basal en comparación con personas y animales delgados. Por otro lado, también se ha encontrado que la liberación de insulina y sus concentraciones en la sangre están sometidas a influencias tales, como ingesta de alimentos, estrés y ejercicio (Santafuentes, Liberman y Lolas, 1992).

Obesidad Hipotalámica

Es un síndrome raro en el hombre, que se produce por: traumatismo, procesos malignos o enfermedades inflamatorias que afectan al hipotálamo ventromedial. Esta área, es la que se encarga de integrar la información acerca de las reservas energéticas y cuando se lesiona aparece hiperfagia y obesidad. El mal funcionamiento de esta región también puede ocasionar un aumento de secreción de insulina que también engorda. Los signos clínicos de este síndrome se dividen en 3 grupos (Rothwell y Stock, 1984, citado en Bray, 1989):

- 1) Cambios de la presión intracraneal
➢ incluye cefalea

- disminución de la visión por edema de la papila
- 2) Alteraciones endocrinas
- trastorno de la función reproductora
 - amenorrea o impotencia
 - diabetes insípida
 - insuficiencia tiroidea o suprarrenal
- 3) Trastornos neurológicos y fisiológicos
- convulsiones
 - somnolencia
 - hipotermia o hipertermia

El tratamiento de esta enfermedad consiste en administrar ayuda endocrina adecuada.

Fármacos que Causan Obesidad
(Bray, 1989):

- Glucocorticoides: Se usan para tratar enfermedades inmunitarias crónicas y como efecto secundario causa una obesidad parecida a la que produce el Síndrome de Cushing.
- Amitriptilina: Es un antidepresor tricíclico que produce aumento de peso.
- Ciproheptadina (Periactin) y Fenotiacinas: Produce aumento del consumo de alimentos sin alterar el metabolismo.
- Estrógenos (píldoras anticonceptivas): Producen aumento de peso que depende de la retención de líquidos y no de una mayor acumulación de grasa.
- Progestinas y Medroxiprogesterona: Estas tienen mayor tendencia a producir aumento de peso y del hambre después de suprimir el consumo de cigarrillos (la nicotina puede producir una disminución de la ingesta de alimentos).

Actividad Física

La mayoría de las investigaciones realizadas en este tema apoyan la idea de que la inactividad física esta asociada a la obesidad, asimismo, que el ejercicio físico puede lograr que cualquier persona reduzca de peso, pero que la reducción de peso es proporcional a la frecuencia e intensidad del ejercicio (Bray, 1989). Por otro lado, también se resalta que no es solamente la actividad física lo que produce la reducción, sino que ésta con frecuencia va acompañada de cambios en los patrones alimentarios (Saldaña y Rossell, 1988). Sin embargo, Braguinsky (1996) opina que parece claro que la tendencia hacia la inactividad extrema puede estar relacionada con el desarrollo de obesidad, pero que los obstáculos metodológicos para evaluar la actividad física y el gasto energético por actividad física fuera de la situación experimental del laboratorio, hacen que sea dificultosa su demostración. Sin embargo, en la última década se ha determinado que existe una asociación entre el número de horas frente al televisor y la obesidad infantil (Dietz y Gortmaker, 1985).

Dieta y Obesidad

En ambientes experimentales con ratas se ha confirmado que el consumo excesivo de dietas ricas en grasas pueden provocar el incremento de adipositos que llevan a desarrollar obesidad (Keeseey, 1989). Por otro lado, la literatura señala que existe consenso con respecto a que el exceso de grasa corporal es el resultado de un balance calórico positivo prolongado, es decir que se produce por un período largo en el que la ingesta alimentaria es mayor que el gasto calórico (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

Enfermedades Relacionadas con la Obesidad

En la obesidad frecuentemente suelen aparecer algunas alteraciones del funcionamiento normal metabólico y hormonal del organismo. Dichas alteraciones afectan las vías metabólicas de los lípidos, los carbohidratos y también las vías del metabolismo energético. A continuación se mencionan las enfermedades que frecuentemente se asocian a la obesidad aunque aún no se ha esclarecido en todas, si son causas o consecuencias de la misma (Saldaña y Rossell, 1988):

- Hiperinsulinemia
- Resistencia a la insulina
- Alteraciones hormonales
- Diabetes tipo II
- Hiperlipidemias
- Hiperuricemia
- Enfermedades cardiocirculatorias
- Enfermedades respiratorias
- Hepatopía
- Inmunidad
- Afecciones del aparato locomotor
- Litiasis biliar

Fuente: Saldaña y Rossell (1988), p. 36.

Otros trastornos (Braguinsky, 1996, p. 257):

- | | |
|---|--|
| 1. Disminución de la capacidad respiratoria | 5. Transpiración excesiva |
| 2. Alteraciones del sueño | 6. Incontinencia urinaria (en mujeres) |
| 3. Hambre patológica | 7. Imposibilidad para higienizarse solos |
| 4. Problemas sexuales | 8. Limitaciones en la locomoción |

Factores Sociales y Económicos en el Desarrollo de la Obesidad

Los estudios realizados en E. U. dicen que la obesidad es más frecuente en los grupos socioeconómicos más bajos. En el estudio realizado por Goldblatt, Moore y Stunkard (1965, citado en Bray, 1989) se encontró que en los grupos socioeconómicos altos sólo el 4% tenía peso excesivo, mientras que en los grupos bajos el 36% pesaba demasiado y que los efectos se manifestaban más en las mujeres. Los hombres negros eran menos obesos que los blancos y las mujeres negras eran más obesas que las blancas en todas las edades. Además, los hombres blancos y negros de nivel bajo resultaron ser más obesos que los negros y blancos de clases altas.

En México aún no se cuenta con estadísticas y datos derivados de investigaciones que nos aporten información amplia y confiable sobre

el problema de la obesidad. Sin embargo, la información de la que se dispone la señala como un problema creciente, como una enfermedad crónica degenerativa y como un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades (Gómez Pérez-Mitre, 1995). Por otra parte, la literatura reporta que mientras sobrepeso y obesidad se relacionan inversamente con nivel socioeconómico y escolaridad, se relaciona positivamente con la edad hasta un límite de 60 años, esto es que a mayor peso menor nivel socioeconómico y que a mayor peso mayor edad hasta los 60 años aproximadamente. (Forman, Trowbridge, Gantry, Marcks y Hogelin, 1986, citado en Gómez Pérez-Mitre, 1995).

Factores Psicológicos de la Obesidad

Existen diversos estudios que ponen de manifiesto que las personas obesas sufren de problemas psicológicos y sociales, asimismo, que la imagen corporal puede estar muy alterada sobre todo cuando la obesidad se inició en la infancia. En el aspecto social, los obesos son discriminados en los distintos ámbitos de la sociedad tanto en las escuelas, como en el trabajo (Bray, 1989). También se ha relacionado la obesidad con baja calidad de vida en especial para las mujeres (Mannucci, Ricca, Barciulli, Di Bernardo, Travaglini, Cabras y Rotella, 1999).

¿Existe una Personalidad Obesa?

En este aspecto diferentes autores han mencionado algunas características de la personalidad de los obesos que podrían estar influyendo en el trastorno.

Jönsson, Björvell, Levander y Rössner (1986), realizaron un estudio en el que aplicaron un inventario de Personalidad a un grupo de 28 pacientes severamente obesos. Los resultados revelaron que varios items predijeron la incapacidad para mantener la pérdida de peso alcanzada. Los items fueron los que miden ansiedad, evitación de la monotonía, desconfianza y bajo grado de socialización. Los resultados sugieren que estos rasgos podrían constituir un síndrome de la debilidad o impulsividad del ego.

Jacobs y Wagner (1984) por su parte, hicieron un estudio para buscar diferencias individuales entre 17 personas que en el pasado fueron obesas, 60 personas que actualmente eran obesas y 22 personas que nunca habían sido obesas, encontrando diferencias entre las variables autoconcepto físico, número de horas consumidas en actividad física vigorosa, número de horas que pasaban con los amigos, número de horas que empleaban en actividades sociales a la semana y en el valor reforzante de la comida.

Teorías Psicoanalíticas

Estas teorías consideran que el comer en exceso tiene caracteres poderosos, compulsivos que superan los mecanismos normales de saciedad-hambre. También se observa una conducta excesiva de comer como reacción adaptativa inadecuada a la depresión y la ansiedad (McKenna, 1972), este tipo de pacientes quizá aprendieron desde niños a resolver la situación de ansiedad comiendo y es posible que sus personalidades pasivas y dependientes no favorecieron para desarrollar otras soluciones.

Una de las funciones de la compulsión a comer consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto mediante el acto de incorporar repetida y continuamente el alimento que lo representa. Esto es, el obeso niega que perdió o destruyó al objeto (el otro) y procura mantener un contacto directo y continuo con sus sustitutos (los alimentos) para poder creer en su existencia, de este modo, consigue calmar la angustia determinada por la culpa y el temor al objeto destruido. Entonces, tanto los alimentos como las personas a las que se adhieren, reúnen cualidades que representan las características del objeto primitivo (la madre), el aumento de peso representaría al pecho materno y la compulsión a comer tendría como significado básico el de la actualización de la relación primitiva con la madre utilizando la técnica regresiva oral para asegurarse su incorporación, este mecanismo entonces aparecería ante las vivencias de frustración o abandono y como una tentativa de superar la depresión mediante la recuperación del objeto perdido (la madre) (Grinberg, 1981).

Otra teoría psicoanalítica, relaciona el comer con la necesidad de reforzar la debilidad del Yo recurriendo a la ingestión de alimentos para recibir poderío y fuerza en el plano material y en el psíquico por el monto de energías emocionalmente activas asignadas a los mismos. Por otro lado, el alimento también se ha utilizado como elemento defensivo frente a las ansiedades paranoides, el alimento sería un objeto bueno para contrarrestar la sensación de vacío en un nivel paranoide y las amenazas de los peligros hacia el yo. Otras investigaciones postulan la influencia de un factor ambiental, con una estructura familiar típica constituida por un padre débil y por una figura materna sobreprotectora y dominante que limita las posibilidades de expresión en el plano sádico-anal obligando a manifestarlos casi exclusivamente en el oral (Grinberg, 1981).

Mecanismos Psicodinámicos

Se ha emitido la hipótesis de que los niños obesos tienen un trastorno por retraso de la gratificación de tipo oral, y que esta incapacidad para posponer una experiencia agradable es la que los lleva a comer en exceso. El retraso en la gratificación sería un maña que aprenden los niños en cierto periodo cognoscitivo y social ó en el caso contrario si los padres controlan demasiado la conducta alimentaria del niño, lo que sucede es que el niño no aprende a desarrollar controles intrínsecos que le impidan comer demasiado y que provoca que no puedan regular sus procesos de alimentación. De este modo, una gran recompensa dificulta la capacidad de retrasar la gratificación y un castigo evita que el niño desarrolle su propio autocontrol (Geller, Keane y Scheirer, 1981).

Personalidad Dependiente

Se ha observado que los individuos dependientes por lo general están más atentos a los factores sociales, que tienden a buscar información de otras personas y que también prefieren estar siempre acompañadas. Se cree que estas personas pueden estar más dispuestas a comer excesivamente, pero los datos experimentales aún no son concluyentes (Rodin, Schank y Striegel-Moore, 1989). A este respecto McArthur y Burstein (1975) señalan haber encontrado

evidencia de que los sujetos obesos tienen significativamente más dependencia de campo que los sujetos normales, indicando una disposición dependiente a las señales provenientes del ambiente.

Teoría de la Restricción

Esta teoría fue planteada por Herman y Mack (1975). El término restricción se refiere a restringir la ingesta para regular el peso por medio del control cognitivo, esto es, que las personas obesas y las que tienen tendencia a la obesidad resisten el deseo de comer y que algunos desinhibidores como el alcohol, las emociones negativas, la depresión, la ansiedad o las creencias sobre el control calórico de los alimentos les llevaría a perder el control y a comer exageradamente. La asociación entre restricción cognitiva y sobreingesta se encuentra en personas que hacen dieta, mientras que en personas con peso normal aparece un patrón distinto frente a los desinhibidores, ya que ellos disminuyen su ingesta, desarrollando un patrón de "regulación", aunque existen diferencias según el sexo.

Modelo de los Factores Psicológicos

Es una hipótesis que se basa en el supuesto de que las personas con obesidad tienen un umbral fisiológico más bajo de excitabilidad que les hace reaccionar más rápido y con una respuesta mayor a la presencia de estímulos externos. Los estudios en los que se ha examinado la reactividad al dolor, el estrés y algunos tipos de excitación emocional, encontraron que los obesos daban una respuesta mayor a la de los sujetos con peso normal ante estos estímulos (Rodin, Elman y Schachter, 1974, citados en Rodin et al., 1989).

Siguiendo lo anterior Rodin (1974, citado en Rodin et al., 1989) emitió la hipótesis de que la relación entre la excitabilidad y los estímulos externos trabaja de dos maneras: 1) que los estímulos externos pueden desencadenar la excitación y 2) que la excitación intensifica la percepción del estímulo externo. De manera que el individuo en estado de excitación tiene mayor tendencia a responder a los estímulos. Esta teoría en individuos obesos funciona en el

sentido de que ellos reaccionan con mayor intensidad a los estímulos alimentarios. La activación de la excitabilidad se va relacionando poco a poco con el hambre natural lo que provoca que después no se pueda diferenciar entre la activación y el hambre. No obstante, otro dato importante es que existen individuos en todas las categorías de peso que reaccionan a los estímulos externos, lo cual sugiere que existen otras variables que intervienen o que aumentan el efecto, así que no todas las personas con capacidad de respuesta externa se vuelven obesos.

Control Alimentario en la Obesidad

Locus de Control

Se considera que los individuos tienen diferentes grados de control sobre su existencia. El locus de control es el término psicológico que se utiliza para designar el tipo de control que tiene el individuo, éste se divide en interno y externo. El concepto de locus de control fué elaborado en el contexto de la teoría del aprendizaje social por Rotter, quien postula que la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento está en función directa de la expectativa de que ese comportamiento sea seguido de un reforzamiento determinado. Por lo tanto, el locus de control consiste en la expectativa generalizada que tiene la persona de percibir el reforzamiento como contingente de su propio comportamiento, lo cual corresponde a un locus de control interno, o a la percepción de que sea resultado de fuerzas incontrolables que corresponde a un locus de control externo (Tamayo, 1993).

A la condición obesa se le ha asociado con inhabilidad para controlar la ingesta, los atracones, la sobreingesta compulsiva y la adicción a la comida. Asimismo, también se ha sugerido que los individuos con un locus de control externo, atribuyen la responsabilidad a fuerzas externas a ellos, siendo las personas que podrían atribuir la ingesta excesiva a los acontecimientos externos y de este modo contribuir a la obesidad (Bellack y Tillman, 1974). Por tal motivo, se ha tratado de

determinar que tanto contribuye la orientación del locus de control para lograr la reducción de peso y que tanto promueve el mantenimiento de la sobreingesta. De este modo, el locus de control se ha utilizado como una variable predictora confiable para el éxito del tratamiento de obesidad, algunas investigaciones han sugerido que un locus de control interno parece ser un importante factor asociado con la reducción de peso exitosa y el mantenimiento de la pérdida de peso (Jönsson, Björvell, Levander, y Rössner, 1986).

Externalidad Relacionada a la Comida

Otra línea de investigación sobre la naturaleza del control que influye en la obesidad se inclina por descartar una orientación de control en general y apoyan la idea de que en el obeso, el tipo de control que afecta su conducta alimentaria se restringe únicamente al control relacionado a la comida, en otras palabras, la externalidad que influye en el estilo de ingesta del obeso es una externalidad relacionada sólo con la comida y que no necesariamente tienen un estilo generalmente externo que influye en otras áreas de su desempeño como individuo (Constanzo y Woody, 1979). Thomason (1983) por su parte, también estuvo de acuerdo con la idea de que los obesos sólo mantienen un locus de control externo en algunas áreas, ya que al examinar a una muestra de obesos y normales encontró que los obesos tenían una orientación más externa que los sujetos normales, pero que dicha externalidad no se generalizó en todas las áreas.

Mills y Cullen (1993) también realizaron un estudio que reafirma la perspectiva anterior. Ellos evaluaron el tipo de control alimentario en obesos que fueron sometidos a un tratamiento para obesidad, en cuya evaluación los resultados señalaron que los obesos tuvieron una orientación altamente interna. Los autores interpretaron que aunque los obesos que buscan tratamiento a menudo reportan sentirse fuera de control sobre los factores que influyen en el desarrollo y mantenimiento de su obesidad, la muestra que evaluaron reportó que ellos perciben que tienen el control en la mayoría de las áreas de su vida, excepto en lo que respecta a las conductas relacionadas a la comida. Los autores también agregaron que las puntuaciones orientadas a la internalidad de estos sujetos, explican su motivación

para buscar tratamiento, lo cual refleja la responsabilidad y capacidad de control que tienen sobre su vida. Asimismo, otros estudios coinciden con la asociación que Mills y Cullen (1993) encontraron entre una orientación de locus de control interno y mejores condiciones en salud y trabajo (Long, Williams, Gaynor y Clark, 1988; Adame, Radell y Jonson, 1991).

Por otra parte, uno de los primeros trabajos realizados en el tema de la externalidad relacionada con la comida lo llevo a cabo Tom y Rucker (1975), quienes trataron de investigar como influyen estas señales, en sujetos obesos y normales. Ellos consideraron que las señales externas de la comida son las características físicas (sabor, olor, aspecto, etc.) que las hacen más apetecibles y de acuerdo a ésto, los resultados del estudio indicaron que los obesos demostraron ser más reactivos a los estímulos externos de la comida que los sujetos normales, lo cual se reflejó en que consumieron más alimentos que los normales.

Control Interno/ Externo en la Reducción de Peso

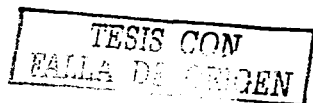
En este tema también se ha intentado describir más específicamente como actúa la influencia de la orientación del control alimentario en la facilitación de la reducción de peso. Schifter y Ajzen (1985) por su parte, realizaron un estudio para detectar que tipo de variables se relacionan con el logro de la reducción de peso, para ello midieron: el control percibido sobre su capacidad de reducir de peso de acuerdo a sus experiencias pasadas, y la fuerza de su intención para reducir de peso, ésto es la motivación que tenían para llevarlo a cabo, y por último midieron locus de control de la salud. De acuerdo a lo anterior, los resultados encontraron que únicamente el control percibido sobre su capacidad para lograr la reducción de peso se relacionó con el logro de la reducción de peso.

Otro intento por encontrar claves que faciliten la reducción de peso lo llevo a cabo Kincey (1980) quien trató de probar la hipótesis de que las personas que poseen una orientación de locus de control externo responderán mejor a un tratamiento de reducción de peso con metas de baja dificultad a corto plazo que con metas altas. Los resultados

del estudio revelaron que los sujetos de orientación externa e interna lograron mayor reducción de peso cuando las metas eran altas que cuando eran metas de menor exigencia. La explicación a estos resultados sugiere, que puede deberse a que cuando las metas son altas, poco realistas, ésto hace que los sujetos hagan un esfuerzo mayor que produce mayores resultados aunque no alcancen a cumplir la meta.

Todas las explicaciones expuestas anteriormente de la obesidad no logran aclarar el problema por sí solas. La obesidad es un problema de salud en el cual intervienen distintos factores que ayudan tanto a desarrollar el trastorno como a mantenerlo.

Los TCA representan un mayor problema de salud en Estados Unidos. Aun así, es paradójico que en una sociedad consciente los niños de primaria y secundaria languidecen enfrente de la televisión y no realizan actividades físicas, mientras los desórdenes de excesiva delgadez y dieta están prevaleciendo entre las mujeres jóvenes adultas. Los desórdenes de peso excesivo y excesiva delgadez han estado siempre presentes, pero ahora estos desórdenes han pasado a ser parte de la conciencia de la sociedad. En la década pasada se realizó mucha investigación sobre la obesidad, anorexia y bulimia, sin embargo, a pesar de tener mucha investigación sobre estos temas frecuentemente se han encontrado resultados inconsistentes, por lo que aún se debate cuales son los rangos que constituyen una alimentación normal, al igual que ¿cuáles son los factores etiológicos en los modelos anormales de ingesta? (Beutler, 1987).



CAPITULO II

CAPITULO 2 FACTORES DE RIESGO EN TCA

El concepto de *Riesgo* se define como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. El riesgo de desarrollar una alteración, es el resultado de la interacción de disposiciones personales junto con factores de riesgo. De tal modo, que los factores de riesgo se consideran características aisladas que pueden ser parte de un TCA (Trastorno de la Conducta Alimentaria) pero que por sí solas no son un TCA, ya que un trastorno como tal se compone de varias características o síntomas (Gómez-Peresmitré, 2001).

Investigación en Factores de Riesgo

La investigación en México sobre factores de riesgo aún es muy limitada, no obstante, citaremos las investigaciones más representativas que se tienen por el momento.

En un estudio realizado por el Campus Iztacala y el Colegio de Académicos de Psicología de la UNAM (Mancilla, Alvarez, López, Mercado, Manriquez, Roman, 1998) se evaluó a 524 mujeres universitarias, de las cuales 17 eran bulímicas, 27 anorexicas y 88 no presentaban trastorno alimentario, para detectar en que grupos se presentaban los siguientes factores de riesgo:

- Motivación para adelgazar: Excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto a través de un gran deseo de perder peso, como por un desmesurado temor a ganarlo.
- Inefectividad: Sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida.
- Desconfianza interpersonal: Aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas.

- Miedo a madurar: Deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.
- Perfeccionismo: Expectativas exageradas sobre los posibles logros personales, énfasis excesivo sobre el éxito.
- Presión social: Influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios sociales para que una persona adelgace.
- Insatisfacción con la imagen corporal: Inconformidad y disgusto con lo que uno es, desde el punto de vista físico.
- Miedo a engordar: Miedo exagerado a ganar peso aún teniendo un peso normal.
- Baja autoestima a causa de la apariencia: Valoración de sí mismo a partir de la percepción de la imagen corporal.

Los resultados demostraron (ver figura 1) que tanto las mujeres anoréxicas como las bulímicas obtuvieron puntajes más altos que las mujeres del grupo control en todos los factores de riesgo excepto en el que mide desconfianza interpersonal, el cual no demostró ser un factor propio de los trastornos alimentarios. En cuanto a los demás factores, se encontró que tanto anoréxicas como bulímicas tuvieron puntajes mayores a los del grupo sin trastorno alimentario en los factores de insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar y presión social, sin encontrar una diferencia significativa entre las puntuaciones de ambos grupos. En los factores de motivación para adelgazar y perfeccionismo las anoréxicas tuvieron una puntuación significativamente mayor a la de las bulímicas, de igual manera las bulímicas demostraron tener mayores puntajes en los factores de miedo a madurar, ineffectividad y baja autoestima a causa de la apariencia.

Fig. 1 Factores de Riesgo de los TCA

Anorexia	Trastornos Alimentarios	Bulimia
Perfeccionismo	Insatisfacción con la imagen corporal	Miedo a madurar
Motivación para adelgazar	Miedo a engordar	Inefectividad
	Presión social	Baja autoestima a causa de la apariencia

La investigación sobre los factores de riesgo implicados en los TCA en México, también ha sido realizada por Gómez-Peresmitré (2001), que los define como aquellos, que influyen negativamente en el estado de salud del sujeto, así como de la sociedad y que contribuyen a un desequilibrio y facilita la probabilidad de desarrollar una enfermedad.

De acuerdo con la misma autora los Factores de Riesgo (FR) de los TCA se dividen en 4 grupos que son:

1) *FR asociados con la imagen corporal:*

- a. Satisfacción/ insatisfacción
- b. Alteración de la imagen: subestimación/ sobrestimación
- c. Preocupación por el peso corporal y la comida
- d. Actitud hacia la obesidad /delgadez
- e. Autoatribución positiva /negativa
- f. Figura real: ideal e imaginaria
- g. Peso deseado
- h. Atractividad ligada a delgadez

2) *FR asociados con conducta alimentaria:*

- a. Seguimiento de dieta restrictiva
- b. Atraciones
- c. Conducta alimentaria compulsiva
- d. Hábitos alimentarios inadecuados (ayunos, saltarse alguna comida principal del día)

- c. Disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores) y consumo de productos "light"

3) *FR relacionados con el cuerpo biológico:*

- a. Peso corporal
- b. Talla o estatura
- c. Madurez sexual: temprana/ tardía y/ o amenorrea

4) *FR relacionados a practicas compensatorias:*

- a. Ejercicio excesivo (10 hrs. o más a la semana)
- b. Uso de alguno de los siguientes productos para controlar el peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua y/ o fibra
- c. Vómito autoinducido (p. 21-22).

El Papel de la Imagen Corporal en los TCA

El concepto de *Imagen Corporal* se refiere a la imagen mental que los individuos tienen sobre la apariencia física de su cuerpo (Gardner, Callegos, Martínez y Espinoza, 1989). La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los trastornos alimentarios, ya que se encuentra implicada tanto en la anorexia como en la bulimia y la obesidad (Gómez Pérez-Mitre, 1993b). Así que la teoría señala que la insatisfacción con la propia imagen corporal constituye, un elemento de inadaptación social y un factor de riesgo de los trastornos alimentarios que puede conducir a realizar conductas alimentarias de riesgo como el seguimiento de dietas que llevan a la sobreingesta y a conductas compensatorias como el vómito autoinducido (Gómez Peresmitré et al, 2000).

La distorsión de la imagen corporal es un síntoma frecuentemente reportado en la práctica clínica. Las investigaciones han diferenciado dos componentes de la imagen corporal que son: 1) la percepción del cuerpo (reflejado en la sobrestimación del tamaño del cuerpo) y 2) el

concepto del cuerpo (reflejado en la autoestima personal). Asimismo, la investigación también ha señalado que la distorsión de la imagen corporal no puede considerarse un síntoma diagnóstico de los trastornos alimentarios debido a que ésta es relativamente común entre las mujeres sin estos desórdenes (Waller y Hodgson, 1996).

En cuanto al tipo de distorsión de la imagen corporal que distingue a los TCA, aún no está completamente definida, sin embargo, varios autores reportan que las anoréxicas presentan una sobrestimación del tamaño de su cuerpo, mientras que otros opinan que las anoréxicas y las personas sin el trastorno que son de peso normal subestiman su peso actual y que ambas desean tener una figura ideal más delgada que la actual, pero, que la magnitud de la delgadez deseada no difiere significativamente entre ambos grupos (Gardner y Moncrieff, 1988). Los estudios con obesos, por su parte, reportan que ellos tienden a sobrestimar el tamaño de su cuerpo más que las personas de peso normal (Gardner, Martínez, Espinosa y Gallegos, 1988; Collins, McCabe y Jupp, 1983), y que aún las mujeres de peso normal que en el pasado sufrían de sobrepeso continúan sobrestimando las dimensiones de su cuerpo (Cash, Counts y Huffine, 1990). En cuanto a las personas que padecen bulimia, se ha encontrado que ellas al igual que los obesos tienden a sobrestimar su figura (Williamson, Kelly, Davis, Ruggiero y Blouin, 1985).

La distorsión de la imagen corporal también se ha investigado tanto en hombres como en mujeres, tratando de dilucidar que diferencias o similitudes existen entre los sexos. Los resultados de las investigaciones realizadas en hombres se pueden ilustrar con un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) que trabajaron con una muestra de 1646 hombres adolescentes y jóvenes con edad promedio de 17.63 años (de 14 a 24 años) con el propósito de buscar variables asociadas con imagen corporal y su relación con conducta alimentaria de riesgo. Los resultados de este estudio fueron que la figura ideal de los varones no es una figura significativamente más delgada ni una más delgada que la figura considerada actual, sino que, la figura ideal promedio resultó ser una figura ligeramente más grande. Por tanto, estos datos informan de la existencia de una ligera insatisfacción con su imagen

corporal (subestimación) que va en sentido opuesto a la que se ha encontrado en las mujeres que tiende a ser una figura más delgada que la actual.

Preocupación por el Peso Corporal

Prather y Williamson (1988) definieron la manifestación de la preocupación por el peso, a partir de un estudio en el que al evaluar a la muestra encontraron, que un grupo de sujetos presentaron miedo a engordar, realizaron dietas, tuvieron hiperfagia ocasional, hicieron uso de laxantes y supresores del hambre o ejercicio intensivo, al mismo tiempo, también encontraron que estos sujetos se mantenían dentro del margen normal de peso y que sus síntomas fueron leves comparados con los síntomas de pacientes con trastorno alimentario, por lo cual, debido a lo anterior, a este grupo de personas se le denominó grupo preocupado por el peso. Por otra parte, siguiendo esta línea de investigación Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel (1984) se interesaron en medir preocupación por el peso en un grupo de mujeres, en el cual encontraron que los niveles de preocupación por el peso eran similares tanto en mujeres anoréxicas como en las que se catalogaron preocupadas por el peso (que no tenían anorexia), sin embargo, a pesar de ello sí lograron encontrar diferencias entre ambos grupos, ya que las anoréxicas tuvieron puntajes mayores al grupo preocupado por el peso, en ineficacia, desconfianza interpersonal y conciencia interoceptiva. Por otro lado, el trabajo de Huon y Brown (1984) también hizo una aportación en la búsqueda de características individuales que pudieran diferenciar a las mujeres con anorexia de las mujeres sin este trastorno. Para lograrlo midieron las variables: 1) conflictos familiares, 2) autoestima, 3) auto-presentación, 4) control conductual y 5) críticas hacia la comida, a lo cual encontraron diferencias entre los dos grupos en todas las variables excepto en la variable conflictos familiares. Este estudio, además, señaló que la diferencia más determinante que se encontró entre las anoréxicas y las no -anoréxicas fue su nivel de autoestima.

Como se puede observar, las investigaciones sobre la preocupación por el peso demuestran que la persecución de la delgadez no siempre esta asociada a psicopatología, aunque, existe un grupo de personas

que pueden presentar extremas preocupaciones por el peso con desajustes psicológicos semejantes a los hallados en anoréxicas, sin llegar a serlo, mientras que otro grupo sólo puede presentar preocupaciones por el peso, el primer grupo puede ser de los que pertenecen a las anoréxicas en fase prodrómica que en el futuro pueden desarrollar el síndrome anoréxico completo (Mora y Raich, 1994).

La Dieta Frecuente

La práctica de la dieta hoy en día es una rutina habitual para las mujeres jóvenes occidentales, la prevalencia de dieta es elevada pero afortunadamente, en muchas mujeres que la practican no degenera en trastorno alimentario y ni siquiera en sus manifestaciones subclínicas (Mora y Raich, 1994). No obstante, algunos de estos sujetos dietistas sí llegan a desarrollar bulimia y otros anorexia. La razón del por qué algunos desarrollan bulimia y otros anorexia aún no se ha logrado esclarecer, sin embargo, se ha especulado que las diferencias de personalidad son determinantes, de modo que, mientras algunos autores apoyan la idea de que las bulímicas tienden a ser más impulsivas que las pacientes anoréxicas (Fahy y Eisler, 1993) y también que las bulímicas son el grupo que presenta mayor grado de depresión, ansiedad, neurosis (Williamson, Kelly, Davis, Ruggiero y Blouin, 1985; Fahy, Eisler y Russell, 1993) y alcoholismo (Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish y Kono, 1993), otros apoyan la idea de que las anoréxicas presentan más síntomas obsesivo compulsivos, aunque los estudios al respecto demuestran que la anorexia y la bulimia no son un subtipo del trastorno obsesivo compulsivo (Fahy, 1991; Holden, 1990) puesto que también ya se ha hecho mención de que la restricción alimentaria y el ayuno son capaces de provocar pensamientos obsesivos y conducta compulsiva en sujetos normales (Keys y cols 1950, citado en Garfinkel y Garner, 1982).

No obstante, la práctica de la dieta se considera que puede conducir a la sobreingesta y por ende al sobrepeso, ya que se ha observado frecuentemente que las personas que se someten a una dieta con el objetivo de reducir de peso, al término de la dieta, estas personas tienden a aumentar su consumo de alimentos, debido a lo cual,

algunos autores opinan que la paradójica sobreingesta que caracteriza a los dietistas es el efecto y la causa de la dieta (Wardle y Beales, 1988; Adami, Gandolfo, Meneghelli y Scopinario, 1996).

Por último, para fines ilustrativos citaremos un estudio realizado por Allaz, Bernstein, Rouget, Archinard y Morabia (1998) acerca de la frecuencia de la práctica dietista que se llevo a cabo en una población de 1,053 mujeres de edades entre 30 a 74 años en Ginebra, Suiza, en el cual se exploró peso deseado y conducta dietética. Los resultados de esta encuesta se exponen a continuación (ver figura 2):

Fig. 2. Frecuencia de la Dieta

Mujeres de Edad Media

Satisfacción/ Insatisfacción con el peso corporal	Conducta dietética durante 5 años
25% satisfechas con su peso	42% hicieron dieta
71% deseaban ser delgadas	67% tenían peso normal
73% tenían peso normal	

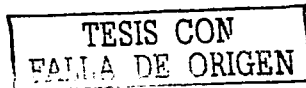
Mujeres Mayores de 65 Años

Satisfacción/ Insatisfacción con el peso corporal	Conducta dietética durante 5 años
62% deseaban perder el 9% de su peso actual (en promedio)	31% hicieron dieta
65% se encontraban en un peso normal	62% tenían peso normal

Estos resultados nos demuestran como una gran proporción de las mujeres de edad media (71%) y de mayor edad (62%) se encuentran insatisfechas con su peso corporal a pesar de que la mayoría de estas mujeres se encontraba en un peso normal.

Factores de Riesgo Relacionados con el Cuerpo Biológico

Frecuentemente se ha mencionado que una historia de obesidad previa a la presencia de un trastorno alimentario puede ser un factor predisponente para que las personas se involucren en conductas de



riesgo con el objetivo de lograr eliminar la obesidad de la que padecen (Toro y Vilardell, 1987).

Otra asociación de factor de riesgo relacionado con el cuerpo la ha mencionado Fries (1977, citado en Garner, Olmsted, Polivy y Garfinkel, 1984), quien expuso que la falsa percepción del tamaño del cuerpo y las actitudes anoréxicas demostradas en casos verdaderos de anorexia nervosa también se observan en mujeres con una historia de amenorrea secundaria y pérdida de peso, pero que, sin embargo, ellas no satisfacen los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa debido a que tienen un grado menor de enfermedad.

Por otra parte, también, se ha relacionado el abuso sexual con los trastornos alimentarios, Lacey (1990, citado en Waller, 1993) reporta que aproximadamente del 30% al 50% de adultos con trastorno alimentario tiene alguna historia de abuso sexual, al respecto Waller (1993) mencionó que necesitan ser considerados otros factores mediadores para explicar porque el abuso sexual podría permitir la aparición de psicopatología alimentaria, ya que él considera que la percepción de la función familiar y la autoestima son variables mediadoras entre estos eventos.

Factores de Riesgo Relacionados a Prácticas Compensatorias

Un ejemplo de las prácticas compensatorias es la práctica de ejercicio. A este respecto se ha especulado sobre la relación que existe entre el ejercicio regular y los desórdenes alimentarios, Wolf y Akamatsu (1994) trataron de probar esta hipótesis evaluando a 159 hombres y mujeres que realizaban actividad deportiva y 129 que no la realizaban, para detectar desórdenes alimentarios, encontrando que las mujeres deportistas tuvieron más actitudes alimentarias anoréxicas y bulímicas que los hombres y que el grupo que no realizaba deporte. Aunque también señalaron, que las deportistas con trastorno alimentario no mostraron las características de personalidad asociadas con los trastornos alimentarios, a lo cual explica que las personas deportistas se involucran en conductas anómalas

alimentarias debido a que en su participación en competencias atléticas el bajo peso les ayuda a tener una mejor ejecución deportiva, de modo que en el momento en que ellas dejan de participar en competencias pueden recuperar rápidamente una conducta alimentaria normal.

Sin embargo, un síntoma característico de las anoréxicas es la hiperactividad a la que se someten estas pacientes, ya que suelen realizar actividades físicas superiores a las normales (en intensidad y frecuencia), teniendo actividad física obsesivamente, haciendo lo posible por estar siempre en movimiento o por lo menos mantenerse en pie. Este exceso de actividad la realizan con la intención de lograr una mayor pérdida de peso por medio de un mayor gasto calórico. En teoría se supondría que el incremento de la actividad física debería producir un aumento en la ingesta, pero, ésto no es lo que ocurre en la práctica, sino que el efecto es inverso, las personas que se someten a gran actividad física por largo tiempo sucede que la actividad suprime la sensación de hambre y que el sujeto puede realizar más actividades (Toro y Vilardell, 1987).

Otro modo de conducta compensatoria común, lo constituye el uso de sustancias, un ejemplo es el uso de anfetaminas que durante los años 30s-60s, las anfetaminas se prescribían para tratar varios problemas médicos como la depresión y la reducción de peso. Después, por los años 60s se detectó que las anfetaminas producían efectos colaterales importantes, los efectos que se observaron en el tratamiento de obesidad fueron que se produce una baja de peso que no se mantiene, además de que los pacientes desarrollan tolerancia a la sustancia y que causan euforia, lo que propicia su abuso. Sin embargo, a pesar de que ya se descubrió que las anfetaminas producen diversos efectos adversos, en la actualidad aún se siguen prescribiendo las anfetaminas para bajar de peso, debido a que las personas prefieren ignorar los peligros, ya que les resulta muy tentador bajar de peso sin hambre ni ejercicio, además de que por el lado de los médicos, recetar anfetaminas es una manera fácil de ganar dinero aunque sea a expensas de la salud física y mental de sus pacientes (Aizpuru, 1995).

Factores de Riesgo de la Obesidad

La investigación sobre los factores de riesgo aún no concluye, los factores antes mencionados sólo son un indicio de lo que opera en la facilitación de un trastorno alimentario. Dentro de los factores de riesgo antes mencionados hace falta explorar cómo operan las variables psicológicas en el disparo del factor de riesgo.

Distintos autores han puesto de manifiesto que la conducta de las personas obesas puede estar en función de una reacción adaptativa inadecuada a la depresión y la ansiedad, que se favorece por un aprendizaje de resolver la situación de ansiedad comiendo, que además se puede encontrar en combinación con una personalidad pasiva y dependiente que no favorece para generar soluciones más adaptativas (Garetz, 1973; Slochower, 1983, citados en Rodin et al., 1989).

Otros autores también hacen alusión a la presencia de un Locus de Control Externo en los obesos que tienen la tendencia de atribuir la responsabilidad a fuerzas externas a ellos, y que de igual modo podrían atribuir el exceso de comida a acontecimientos externos y de este modo contribuir a la obesidad (Tom, 1975, citado en Rodin et al., 1989).

CAPITULO III

CAPÍTULO 3

LA ANSIEDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE LA OBESIDAD

Consideraciones sobre Ansiedad y Estrés

El término ansiedad es una palabra que se usa frecuentemente en el lenguaje cotidiano, no obstante, al tratar de definirla sucede que se confunde con el estrés. Aunque, el término ansiedad se encuentra bien diferenciado del estrés. A continuación se exponen las características que definen a la ansiedad y al estrés.

Estrés
El estrés se produce en situaciones en las que las amenazas al organismo son crónicas.
La reacción adaptativa se prolonga en el tiempo con cambios neuroendocrinos intensos y persistentes. La reacción adaptativa del organismo no recupera los niveles anteriores a la situación que lo originó.
Cognición de indefensión e inhibición inmunológica conductual.
Activación neuroendocrina suprarrenal y vegetativa, que conlleva a un fracaso adaptativo.

Fuente: Valdés y De Flores (1986), p.31.

Ansiedad
La ansiedad es una reacción situacional de duración limitada.
La activación vuelve al nivel inicial anterior al estímulo.
Sensación de miedo y aprensión que se anticipa a una amenaza, que en muchas ocasiones la persona no puede describir. Se acompaña de intensa sensación subjetiva y conductas de retirada y huida.
Activación vegetativa (sudoración, náuseas, palpitaciones, sensación de ahogo, temblores, torpeza muscular), sensación de pérdida de control sobre el ambiente, la persona asustada no puede pensar con claridad y tiene dificultades para hacer sus actividades normales.

Fuente: Martínez (1995), p.237.

Tipos de Ansiedad

Martínez (1995) hace mención de 2 tipos de clasificación de la ansiedad. La primera clasificación de la ansiedad la hace entre:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. **Ansiedad específica:** Cuando la sensación de miedo está suscitada por un estímulo específico real o simbólico que el individuo puede describir.
2. **Ansiedad inespecífica:** Es un estado de miedo que no se encuentra asociado con ningún estímulo determinado. La persona tiene miedo, pero no sabe que es lo que lo produce.

La otra clasificación de acuerdo con la misma autora distingue a la ansiedad de estado de la ansiedad de rasgo de la siguiente manera:

A) **Ansiedad como estado situacional:** Es un sentimiento de temor o amenaza que va acompañado de una fuerte excitación fisiológica. Es un miedo momentáneo cuya intensidad varía con el paso del tiempo y según el contexto en el que se encuentra el individuo.

La ansiedad de estado o situacional depende de distintos factores relacionados con la naturaleza del estímulo desencadenante que son:

1. **La intensidad del estímulo amenazante:** A mayor intensidad o cercanía del estímulo amenazador mayor reacción de ansiedad.
2. **La valoración que hace el sujeto de la situación:** Una situación que es neutra para un individuo, puede ser valorada por otro como amenazante.
3. **La información y experiencia previa que se posee sobre una situación:** La interpretación sobre el valor amenazante de una situación depende de la información que tenga el sujeto sobre dicha situación.

B) **Ansiedad como rasgo de personalidad:** Es un miedo global, estable y característico de un sujeto. El individuo con personalidad ansiosa posee una tendencia a experimentar miedo en muchas situaciones diferentes que son percibidas como amenazantes. El desencadenamiento de la ansiedad se atribuye a una interacción entre el rasgo de ansiedad del sujeto y la situación.

Mecanismos Cerebrales de la Ansiedad

Las estructuras y sistemas cerebrales implicados en el desencadenamiento de las reacciones de ansiedad son múltiples:

- 1) Sistemas monoaminérgicos ascendentes (noradrenérgicos y dopaminérgicos)
- 2) La amígdala
- 3) Corteza frontal

La hipótesis clásica es que la ansiedad se produce por una hiperventilación de las vías activadoras ascendentes de tipo noradrenérgico que proviene del locus ceruleus, de ahí que se utilice en el tratamiento los tranquilizantes ya que estos actúan inhibiendo las sinapsis noradrenergicas o potenciando las sinapsis inhibitorias GABA-érgicas (Martínez, 1995, p. 250).

La Influencia de la Ansiedad en la Obesidad

En los años 50s Kaplan y Kaplan (1957, citado en McKenna, 1972) formularon la *Teoría Psicosomática de la Obesidad*, esta teoría plantea que la ingesta de alimentos se puede utilizar para tratar de reducir la ansiedad, siendo esta conducta usualmente establecida en la infancia, es más tarde en la vida cuando las dificultades personales y sociales asociadas con la ganancia de exceso de peso conducen a incrementar la ansiedad. Este resultado provoca que la persona recurra a la sobreingesta para reducir su ansiedad, aunque desafortunadamente este modo de reducción de la ansiedad conduce a crear un círculo de mayor obesidad, más ansiedad y continua sobreingesta.

En consecuencia con el planteamiento de esta teoría, Schachter, Goldman y Gordon (1968) realizaron un experimento para examinar los efectos de la manipulación del miedo y la privación de comida, en la cantidad de comida que ingieren los obesos y las personas de peso normal, de tal modo, que ellos encontraron que los sujetos normales comieron más cuando se encontraban tranquilos y cuando tuvieron privación de comida que cuando fueron sometidos a la inducción de

miedo (por medio de shocks eléctricos), por otro lado, también se encontró que la manipulación no tuvo efecto en la cantidad de alimento ingerido por los obesos que comieron casi lo mismo en todas las condiciones. Estos resultados no demostraron ser consistentes con la hipótesis psicósomática, debido a lo cual, Abramson y Wunderlich (1972) cuestionaron dichos resultados argumentando, que los resultados se pudieron deber a que ellos utilizaron una estimulación objetiva para causar miedo por medio de shocks eléctricos y no una inducción de ansiedad neurótica (resultante de conflictos emocionales), la cual se presume que es la causante del sobrepeso. De cualquier modo, ellos también realizaron un estudio experimental, en el cual aplicaron cuestionarios para evaluar los niveles de ansiedad provocados en obesos y sujetos normales y evaluaron la cantidad de galletas ingeridas. Los resultados de este trabajo indicaron que los obesos tuvieron mayores niveles de ansiedad que los sujetos normales, pero que no encontraron diferencias entre el consumo de los obesos y los normales.

Ruderman (1983) por su parte, también se interesó en esta línea de investigación y examinó la relación entre el nivel de la ansiedad y el consumo de alimento, en un estudio experimental con mujeres estudiantes, 41 obesas y 42 de peso normal. A estas mujeres se les pidió que escucharan tres tipos de cintas, una con estímulos de alta ansiedad, otra con baja ansiedad y otra con estímulos relajantes, y mientras escuchaban las cintas se les tomó registro fisiológico mediante electrodos que registraron el latido de su corazón. Después de escuchar las tres cintas, le les sometió a una prueba de sabor (con helado). Los resultados del experimento de Ruderman (1983) demostraron que los obesos comieron menos cuando estaban altamente ansiosos que cuando estaban levemente ansiosos y que cuando estaban relajados el consumo de alimento fue mediano, también que los sujetos de peso normal comieron cantidades similares en todos los niveles de ansiedad. Los resultados obtenidos en este estudio no fueron consistentes con la teoría psicósomática, por lo cual la teoría psicósomática de la obesidad de acuerdo con los estudios citados queda en duda.

No obstante, en otro tipo de estudio Weinstein y Pickens (1988) evaluaron a través de cuestionarios el nivel de ansiedad y depresión a

20 mujeres obesas y 10 mujeres de peso normal, y los resultados revelaron que las obesas tenían niveles altos de ansiedad y depresión, lo cual argumentan los autores, supone que las emociones juegan un rol en las causas de la obesidad. Asimismo, Schiattino, Santafrontes y Lolás (1993) también coinciden en haber encontrado mayores niveles de ansiedad en las mujeres obesas y con sobrepeso, que en las mujeres de peso normal.

Estudios con Obesos en Ambientes Clínicos

La investigación realizada con obesos que acuden a algún tipo de ayuda médica con el fin de explorar sus características psicológicas, por lo general, han encontrado algún tipo de asociación con ansiedad o depresión. Vila, Robert, Nollét-Clememcon y Vera (1995) aportan evidencia de dichas asociaciones en un estudio en el que evaluaron a una población de mujeres adolescentes, obesas y de peso normal, con diabetes-mellitus y sin diabetes (insulina-dependiente), conducta alimentaria, ansiedad, depresión y autoestima. En esta investigación, los resultados indicaron que las mujeres obesas diabéticas y sanas mostraron altos índices de desórdenes alimentarios, ya que tomaban bocados adicionales que no tomaban las que no eran obesas, también se reveló que la obesidad se relacionó con la presencia de ansiedad leve y la autoestima, y por último, se encontró que las mujeres normales diabéticas tenían más desórdenes alimentarios que las normales sanas.

Otro estudio que coincide con la asociación de presencia de ansiedad en pacientes obesos fue realizado por Jönsson, Björvell, Levander y Rössner (1986) que al evaluar trastornos de personalidad en pacientes severamente obesos que iban a ser sometidos al tratamiento de fijación de mandíbula, encontraron que los obesos tenían altos niveles de ansiedad, evitación de la monotonía, desconfianza y bajo grado de socialización. Y también, además de encontrar estas características detectaron que los items que median estas dimensiones predijeron la incapacidad para mantener la pérdida de peso alcanzada un año después del tratamiento.

Estudios en Poblaciones de Obesos que Padecen Atracones

Frecuentemente se ha hecho mención de que el atracón o comida compulsiva, se relaciona con cargas emocionales, Webber (1993) apunta en el tema, que la necesidad central que conduce a realizar el atracón tiene el propósito de reducir el sufrimiento y con ésto lograr sentirse bien. Esta asociación viene de que la comida está relacionada con la sensación de bienestar simplemente porque el comer por definición tiene una función nutritiva, por tanto, es una forma básica de cuidar de uno mismo o de otro, en pocas palabras, la alimentación es el cuidado básico que le puede dar una madre a su hijo. Así, las personas de todos los pesos y de todos los patrones alimentarios conocen el alivio y el placer que les produce la comida cuando están hambrientos. Por tanto, es lógico que cuando la necesidad de placer y alivio se intensifica por la emergencia de sufrimiento y displacer extremos, las personas pueden recurrir más intensamente a las actividades de las que saben que pueden recibir alivio, para algunas personas esta actividad es comer, entonces, cuando el sufrimiento es evocado, algunas personas pueden comer excesivamente para reducir el impacto del sufrimiento, lo cual, es lo que sucede en las personas que padecen de atracones, que aunque este tipo de conducta puede ser válida para personas de cualquier categoría de peso, la diferencia entre estas personas es simplemente, la intensidad del miedo que tiene la persona de engordar y qué medidas toma para evitarlo.

Por su parte Rosen y Leitenberg (1982, citado en Leitenberg, Gross, Peterson y Rosen, 1984) asocian la presencia de ansiedad con el atracón desde otra perspectiva, ellos han encontrado que las mujeres que sufren de vómito autoinducido después de tener un atracón o aún después de comer pequeñas cantidades de comida considerada peligrosa por su contenido grasoso, reportan que el pensar en la ganancia de peso y en su apariencia corporal es lo que les provoca mucha ansiedad y que vomitar después de comérsela reduce esa ansiedad. Estos autores especulan que el vomitar puede servir para reducir la ansiedad y que podría funcionar de un modo similar a la compulsión de lavarse las manos o a otros rituales obsesivo compulsivos.

Dentro de los estudios que se han realizado para detectar si los pacientes que sufren de atracones presentan ansiedad, podemos citar el estudio realizado por Lazarus y Galassi (1994), en el que compararon el estado de depresión, ansiedad, y creencias asociadas a la bulimia y la dieta restrictiva en obesos que padecían atracones y obesos que no padecían el trastorno. En este estudio los sujetos que padecían de atracones demostraron tener niveles más altos de ansiedad, depresión, y creencias relacionadas a estos estados, además, de que reportaron mayores creencias disfuncionales relacionadas a la bulimia y a la dieta restrictiva.

Webber (1993) también coincidió en encontrar una asociación entre atracones y ansiedad en un estudio con obesos que padecían atracones y obesos que no los padecían. Este estudio tenía el fin de evaluar las características psicológicas de ambos grupos, a lo cual se encontró que las características de los obesos con atracón eran similares a las encontradas en sujetos de peso normal con atracón, ya que los pacientes que sufren de atracón, tienen mayores niveles de depresión, mayor ansiedad y más baja autoestima que las personas que no sufren de ellos. Por otra parte, este estudio también reveló que las mujeres obesas sin atracón son indistinguibles de la población general en lo que respecta a estas características, sin embargo, señalan que los resultados obtenidos pueden apoyar al sustento de la teoría psicósomática de la obesidad, únicamente en lo que respecta a los obesos que sufren de atracones.

La Reducción de la Ansiedad en el Tratamiento de la Obesidad

A pesar de que las investigaciones acerca de la relación entre ansiedad y obesidad en cuanto a efectos causales, aún no han llegado a una conclusión, diversos autores ya reportan resultados en cuanto a los efectos que tiene la reducción de ansiedad en el control de peso con pacientes obesos. Un estudio de este tipo fue llevado a cabo por Janda y Rimm (1972) quienes probaron un tratamiento para la obesidad utilizando la técnica de sensibilización encubierta, logrando resultados positivos en la reducción de peso, aunque por otro lado, también reportaron que no encontraron ninguna asociación entre el nivel de ansiedad de los sujetos y la reducción de peso. Sin embargo, Nagler y Androff (1990) probaron con éxito otro tratamiento para la

obesidad basado en el descondicionamiento de la ansiedad por medio de relajación progresiva, luego de lo cual, dieron un entrenamiento para comer menos cuando tuvieran hambre. Los autores explican que su modelo de tratamiento asume que la obesidad no es un desorden alimentario, dado que los obesos no tienen problemas para comer, sino mas bien, para dejar de comer, ya que ellos comen demasiado, por lo cual, experimentan ansiedad cuando no están comiendo, de este modo, se supone que la eliminación de la ansiedad esta asociada con dejar de comer.

Otro tipo de tratamiento lo han constituido las técnicas de meditación que también pueden modificar los procesos irregulares asociados con el desorden de comida compulsiva o atracón (Kristeller y Hallett, 1999). Las técnicas de relajación decrecientan la reactividad emocional y psicológica en tales desórdenes, debido a que facilita el conocimiento de las señales fisiológicas, de tal manera, que puede incrementar la habilidad para reconocer y responder a las señales de saciedad. Por otra parte, también ayuda a mejorar la auto-aceptación, lo que puede decrementar la relativa necesidad del atracón como un mecanismo de escape, de esta manera los tratamientos con meditación han demostrado ser muy efectivos para reducir la ansiedad y los síntomas de pánico, además de que en años recientes esta intervención ha tenido éxito en el tratamiento de bulimia y obesidad. (Kabat-Zinn, Massion, Kristeller, Gay, Fletcher, Pbert, Lenderking y Santorelli, 1992).

¿Las Personas Obesas Sufren de Ansiedad?

La discusión en este tema aún continúa, los resultados de diversos estudios no han sido consistentes, por tanto la duda permanece. Los datos expuestos en esta sección no confirman que los individuos obesos tiendan a comer más cuando están expuestos a situaciones que les causan ansiedad, tal vez la razón se deba a que las condiciones de ansiedad a las que se expone a los sujetos sean artificiales dada la naturaleza de los escenarios en laboratorios, además de las limitaciones que existen en cuanto a los métodos de cuantificar la cantidad de comida ingerida por los sujetos y el hecho de que los sujetos se encuentran limitados a comer lo que les proporcionan los experimentadores.

Por otro lado, no queda claro el nivel de ansiedad asociado con la obesidad ya que mientras algunos estudios la asocian con ansiedad leve otros lo hacen con ansiedad alta (ver esquema). Otro hecho importante es que los resultados de este tipo de asociación se han encontrado más claramente en obesos que son pacientes y en obesos que padecen de atracones, en estos sujetos se ha observado que los problemas emocionales son mayores y que quizá esto sea lo que los lleve a acudir a tratamiento a diferencia de los sujetos obesos en los que no se han encontrado claramente problemas emocionales y que no acuden a tratamiento.

PRESENCIA DE ANSIEDAD E INGESTA EN OBESIDAD*

AUTOR	SUJETOS	Nivel de ANSIEDAD CONSUMO EN ANSIEDAD
Schachter, et al (1968)	43 Obesos	Comieron sin diferencia
	48 Normales	Comieron menos
Abramson, et al (1972)	33 Obesos	Alta ansiedad- Comieron sin diferencia
	33 Normales	Baja ansiedad- Comieron sin diferencia
Ruderman (1983)	41 Obesos	Comieron menos
	42 Normales	Comieron sin diferencias
Vila, et al (1995)	15 Obesas-diabetes	Leve ansiedad
	22 Obesas-sanas	Leve ansiedad
	37 Normales-diabetes 24 Normales-sanas	
Jönsson, et al (1986)	28 Obesos- fijación mandíbula	Alta ansiedad
Lazarus, et al (1994)	25 Obesas- atracón	Alta ansiedad
	27 Obesas-sin atracón	
Weinstein, et al (1988)	20 Obesas	Alta ansiedad
	10 Normales	
Webber (1993)	28 Obesas-Atracón	Alta ansiedad
	28 Obesas-sin atracón	Poca ansiedad
	28 Normales-Atracón	Alta ansiedad
	28 Normales-sin atracón	Leve ansiedad

* Esquema con los datos más importantes de las investigaciones señaladas a lo largo de este capítulo.

Tradicionalmente el problema de la obesidad ha sido tratada por los médicos y nutriólogos sin resultados satisfactorios y permanentes. La obesidad aun no ha sido considerada como un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) por todos los investigadores del tema debido a que todavía no se ha podido aclarar el problema emocional o nervioso de los sujetos que la padecen para considerar que las alteraciones en su atmósfera psicológica puedan influir en su conducta alimentaria y les lleve a desarrollar un TCA en este caso la obesidad.

Consideramos que según las observaciones clínicas en el paciente obeso existen importantes variables psicológicas que están operando en el mantenimiento de dicho trastorno por lo cual de poder demostrarse que en el paciente obeso existen dichos trastornos, se entendería que el psicólogo es la persona calificada para lograr un cambio en su atmósfera psicológica que ayude al obeso a lograr conductas más adaptativas para conservar la salud tanto física como emocional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IV

CAPÍTULO 4 LA MUJER ADOLESCENTE Y JOVEN

De la Pubertad a la Edad Adulta

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, se considera que comienza entre los 12 ó 13 años y que termina alrededor de los 19 ó 20 años, es un período de cambios físicos que afectan y se ven afectados por cambios psicológicos y también por cambios a nivel intelectual. Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, que es el proceso que conduce a la madurez sexual (cuándo una persona puede engendrar). La pubertad, señala también el final de la infancia y se presenta a través de cambios biológicos, un rápido crecimiento y aumento de peso, así como cambios en las proporciones y la forma del cuerpo. Hoy en día se ha observado que la pubertad inicia a una edad más temprana que en otras épocas y que debido al período de educación que exige la sociedad actual la adolescencia se prolonga, y la edad adulta llega más tarde. Los criterios para determinar que una persona ha entrado a la adultez varían según la cultura; los norteamericanos consideran la adultez según diferentes criterios, por ejemplo se considera un adulto a los 17 años cuando ya puede inscribirse en el ejército o a los 18 cuando ya puede contraer matrimonio sin el permiso de sus padres o también cuando ya pueden firmar contratos legales a los 18 o 21 años. Otro criterio es cuando la persona ya puede responder por sí misma. En otro sentido se puede considerar adulto cuando la persona ha alcanzado la madurez emocional que se manifiesta cuando la persona descubre su identidad y ha logrado la independencia de sus padres. Sin embargo, algunas personas nunca superan la adolescencia a nivel emocional o social, sin importar cuál sea su edad cronológica (Papalia y Wendkos, 1999).

En el nivel intelectual según Piaget, los cambios internos y externos en la vida de los adolescentes se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva, éste es en la etapa de las operaciones formales, nivel de conocimiento que se alcanza generalmente a los 12 años de edad, aunque existen personas que nunca alcanzan este nivel de madurez cognoscitiva durante toda su vida.

Los Eventos de la Pubertad

Durante la pubertad, las funciones reproductoras maduran, los órganos sexuales crecen y las características sexuales secundarias aparecen. Este proceso empieza en las niñas a los 9 ó 10 años, antes que en los hombres.

La pubertad comienza cuando la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. En las niñas los ovarios empiezan a segregar estrógenos, ésta hormona estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos. El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación. Este momento de maduración sexual parece estar determinado por la información genética, el ambiente y podría estar relacionado también con un nivel crítico del peso (Frisch y Revelle, 1970). Las características sexuales primarias y secundarias femeninas que aparecen en la pubertad son las siguientes:

Características Sexuales Primarias (órganos sexuales)	Características Sexuales Secundarias
<ul style="list-style-type: none">- Ovarios- Trompas de Falopio- Útero- Vagina	<ul style="list-style-type: none">- Senos- Vello púbico- Vello axilar- Aumento del ancho y la profundidad de la pelvis- Cambios en la voz- Cambios en la piel

Fuente: Papalia y Wendkos (1999), p. 362.

La maduración y crecimiento de niñas y niños en esta etapa suele evolucionar a diferentes ritmos de acuerdo a las diferencias individuales, sin embargo, se puede observar que los cambios suelen aparecer en cierta edad promedio (ver cuadro. 1). Las adolescentes que alcanzan la madurez antes que la mayoría se hacen acreedoras a ciertas ventajas y desventajas. Al parecer las muchachas prefieren madurar al mismo tiempo que sus compañeras. Las que maduran antes suelen ser menos sociables, expresivas y equilibradas y manifiestan una actitud negativa hacia la menarquía, además, pueden tener un nivel de autoestima más bajo y suelen sentirse menos atractivas, debido a que sus nuevas formas curvas van en contra de

los patrones culturales que igualan belleza con delgadez (Papalia y Wendkos, 1999).

Cuadro. 1 Secuencia Usual de los Cambios Físicos en la Adolescencia de las Mujeres

Características de las Niñas	Edad de Aparición
Crecimiento de los senos	8 - 13
Crecimiento del vello púbico	8 - 14
Crecimiento del cuerpo	9.5 - 14.5 (promedio 12)
Menarquia	10 - 16.5 (promedio 12)
Vello axilar	Cerca de dos años después del vello púbico
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas	Casi al mismo tiempo que el vello axilar

Fuente: Papalia y Wendkos (1999), p. 362.

Importancia del Físico en la Adolescencia de la Mujer

Otro aspecto importante de la adolescencia es el interés por su apariencia física. Los adolescentes se interesan más en este aspecto que en cualquier otro, debido a que los profundos cambios biológicos de la pubertad convierten el cuerpo en el punto más importante del sentido de sí mismo. Por lo cual, la pregunta de este período ¿quién soy yo?, obliga al adolescente a reevaluar la imagen corporal que se había formado como niño y a formarse una nueva que se adecúe a los nuevos cambios físicos que ahora posee (Asociación Mexicana de Pediatría, 2000).

Por lo tanto, es común que a la mayoría de los adolescentes no les guste como se ven en el espejo. Las niñas quieren ser bonitas y delgadas, pero con buena figura, así como, tener una piel y cabello hermosos. Además, las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su apariencia física que los chicos, por lo que es frecuente que además de estar insatisfechas con su imagen corporal también existan elementos de depresión (Noles, Cash y Winstead, 1985).

La mayor insatisfacción corporal de las mujeres se atribuye al énfasis que le da la cultura a los atributos físicos de las mismas (Tobin-Richards, Boxer y Petersen, 1983, citado en Papalia y Wendkos, 1999) aunado a que, la presión cultural sobre la mujer se ha enfatizado

específicamente en la sobrevaloración de la delgadez. Garner y Garfinkel (1980) apuntan que esta tendencia ha ido en aumento durante los últimos 20 años y que se ha promovido fundamentalmente por los medios de comunicación, un ejemplo de esto, lo constituye el marcado aumento de artículos sobre dietas y ejercicios que se publican en las revistas, al igual que en el aspecto físico de las modelos que aparecen en ellas, que cada vez se ven más delgadas. De manera, que la preocupación por el físico cada vez cobra mayor importancia y los estereotipos de belleza se vuelven cada vez más inalcanzables.

En este sentido ahora se discute por que razón las mujeres se dejan influir por la consigna de la delgadez tan dramáticamente a costa de su bienestar emocional y físico, a lo cual las posibles respuestas aluden a una especie de competitividad entre mujeres, de manera que se sienten mejor si son más delgadas que las demás y por tanto más bellas. Otras mujeres piensan que representa el modo de competir por la atención masculina bajo la creencia de que a los hombres no les gustan las gordas. Entonces el punto puede ser, que no es precisamente que las mujeres deseen ser más delgadas sino que ellas "no quieren ser gordas" (Sherman y Thompson, 1999).

El Período de la Juventud

La infancia y la adolescencia son períodos de preparación para la edad adulta, por tanto, la juventud es la época para la cual se han estado preparando las personas. Este período se clasifica como adultez joven, es el período que transcurre desde que las personas salen de la adolescencia aproximadamente a los 20 años hasta los 40 años.

En esta etapa es en la que se eligen los caminos de la vida y se comienza andar en forma independiente. En este período se elige la carrera, se deciden los estilos de vida familiares: contraer matrimonio o ser soltero, la paternidad o ausencia de hijos, monogamia o actividad sexual extramarital, o sea la estructura misma de la vida. En esta etapa es también cuando se establecen los vínculos de amistad, se comprometen con sus pasatiempos y empiezan a participar en eventos cívicos y comunitarios. Los adultos jóvenes salen de sus

hogares paternos y empiezan a establecer sus propios hogares independientes y logran su independencia económica, psicológica y social. Ahora empiezan a vivir de acuerdo con sus propios valores, libres de las demandas de sus padres.

Otro aspecto importante de esta etapa es la intimidad sexual y las relaciones emocionales en las que se comprometen. La mayor parte de las personas casadas tiene hijos durante estos años, por otro lado un pequeño, pero creciente segmento de la población escoge la soltería. La mayor parte de los adultos jóvenes está en el mejor estado intelectual y rara vez sufre de alteraciones en esta área. Durante los años de juventud las personas llegan a ser más seguras de su propia identidad, aunque aún continúa el crecimiento en esta área (Papalia y Wendkos, 1988).

La transición de la adolescencia a la edad adulta varía en gran medida. No existe un acontecimiento social específico que marque este cambio, en nuestra sociedad materialista el criterio suele ser que la persona ya tenga la capacidad de mantenerse económicamente. Los jóvenes de clase media tienen la tendencia a seguir dependiendo económicamente de sus padres hasta que finalizan sus estudios universitarios más o menos a los 21 o 23 años. En cambio los jóvenes de la clase trabajadora tienden a completar antes su educación y se vuelven autosuficientes a una edad más temprana. Sin embargo, la independencia financiera no es el único indicador de que se ha logrado esta transición, ya que algunas personas aunque sean independientes en la economía, emocionalmente son completamente dependientes de sus padres, a diferencia de otras personas que aunque todavía sean dependientes económicamente son completamente independientes en los demás aspectos de su vida (Papalia y Wendkos, 1988).

Patrones Alimentarios en la Adolescencia y la Juventud

El repentino crecimiento de los adolescentes va acompañado de un gran apetito, por lo cual, los adolescentes deberían evitar el consumo de grandes cantidades de comida "chatarra". Las deficiencias minerales más comunes en los adolescentes son el calcio, hierro y zinc. Muchos adolescentes se concentran en su peso en especial las

niñas, que se esfuerzan más en reducir su peso y algunas adolescentes en mayor medida que los hombres, llegan a desarrollar trastornos alimentarios: anorexia y bulimia, con el fin de alcanzar los estándares de la sociedad sobre la belleza en relación a la esbeltez. La obesidad y el sobrepeso es el desorden alimentario más común en Estados Unidos y afecta al 15% de los adolescentes. De esto se sabe que los adolescentes obesos tienden a ser adultos obesos (Papalia y Wendkos, 1999).

Los adolescentes luchan por adquirir un nuevo criterio con respecto al de sus padres, el cual obtienen rebelándose en contra de la autoridad de los mayores, para lograr un ensayo de otra manera de ser. De este modo, los adolescentes también se revelan en contra de lo establecido relacionado con la comida, lo cual se manifiesta en: ausentarse o llegar tarde a la hora de la comida, rehusarse a comer ciertos platillos ó establecer dietas caprichosas. También los adolescentes pueden tener modas, como es: comer fuera de casa y luego comer solo en ciertos lugares o comer donde el grupo decida. A todo esto se añade la variabilidad de horarios en los que comen, sus comidas pueden ser rápidas y escasas para poder aprovechar el tiempo en otros asuntos de moda o en lo que el grupo le demanda. Debido a todo lo anterior en los adolescentes se genera cierto desorden alimentario dado que las costumbres que controlan ahora a la alimentación no son adecuadas (Asociación Mexicana de Pediatría, 2000).

Sin embargo, pueden existir ciertos jóvenes que a pesar de su deseo de mantener buenos hábitos alimentarios, no lo pueden hacer. Una razón de esto se debe a que ingresan a la preparatoria, a la universidad o a la fuerza trabajadora. Por una parte, casi todos los estudiantes tienen problemas con sus horarios, lo que les impide alimentarse correctamente, pues las distancias que median entre la escuela y el hogar, así como el costo del transporte son dos razones que dificultan una buena nutrición. Otro dato es que la mayoría de los estudiantes evaden con mayor frecuencia el desayuno, siguiéndole la comida del medio día, que generalmente se suple con golosinas o productos chatarra. Y la cena es el alimento que por lo general se realiza, además de que es la comida que aporta la mayor cantidad de calorías y la mejor calidad de nutrimentos. Por el lado de

los jóvenes trabajadores, ellos también tienen dificultades para alimentarse correctamente debido a las exigencias de los horarios que son inflexibles en el trabajo, lo que a veces puede provocar que el joven no tenga suficiente tiempo para llevar a cabo una buena comida (Asociación Mexicana de Pediatría, 2000).

Efecto de los Medios de Comunicación sobre los Factores de Riesgo de los TCA y la Mujer

Mucho se ha hablado acerca de que los medios de comunicación favorecen el desarrollo de los factores de riesgo que posteriormente pueden progresar hacia un TCA. También que son los medios de comunicación los que han difundido la idea de que la figura ideal de una mujer debe ser delgada. Pero, se debe señalar que el estar expuesto a los medios de comunicación no es garantía de que alguien en el futuro inevitablemente desarrollará un TCA, esta es la idea esencial que motivo a Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Sterin (1994) a investigar los mecanismos mediadores entre estos dos factores, con mujeres cuyas edades tenían una media de 20 años. Ellos pusieron a prueba si el rol genérico, la internalización del estereotipo del cuerpo ideal y la satisfacción corporal son mediadores entre los medios de la comunicación y el desarrollo de factores de riesgo o de un TCA. En sus resultados ellos encontraron que la exposición a los medios predice que una persona internalice el rol de género, en consecuencia que la internalización del género se relaciona con la internalización del estereotipo del cuerpo ideal, esto da lugar a que la mayor internalización del estereotipo del cuerpo ideal predice que exista una mayor insatisfacción corporal, siendo este último factor el que predijo de manera directa la aparición de síntomas de desórdenes alimentarios.

Dentro de sus resultados también encontraron que los medios de comunicación no tenían efecto sobre la internalización del cuerpo ideal, este dato fué un poco desconcertante, a lo que los investigadores explicaron que se pudo deber a que el instrumento que mide esta relación no era lo suficientemente discriminativo, al mismo tiempo que también deja de lado la influencia que tiene la sociedad y la familia nuclear sobre el individuo para promover la delgadez, lo cual nos expone que no son solo los medios los que llegan a instalar

una cierta conducta inadaptada en este caso un TCA, sino que en ocasiones la familia es la principal responsable (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Sterin, 1994).

Por otra parte, Thomsen, Weber y Brown (2002) investigaron como influye el leer revistas de belleza y moda en el uso de métodos patológicos de dieta (laxantes, supresores del apetito pastillas de dieta, saltarse dos comidas al día, vomitar intencionalmente y restringir calorías menos de 1200 al día) entre 505 mujeres adolescentes. En los resultados se encontraron relaciones positivas débiles y moderadas entre la frecuencia de lectura de estas revistas y cada uno de los métodos patológicos de dieta, excepto con los laxantes. Se dividió a las jóvenes en dos grupos, uno de alta ansiedad acerca de su peso corporal y otro con baja ansiedad por el peso. Se encontró que las muchachas que leían revistas y se encontraban en la condición de alta ansiedad ante el peso corporal utilizaban mayormente píldoras para bajar de peso, en otras palabras se encontró que las mujeres tienen más ansiedad si están por arriba de su peso y que si ellas además leen revistas de belleza es más común que usen pastillas para adelgazar. Esta asociación no se encontró en las lectoras con baja ansiedad por su peso. Este estudio en conclusión evidencia que por lo menos dos de los más comunes métodos de control de peso de las adolescentes (restricción calórica y tomar pastillas) pueden estar influenciados por la lectura.

Inicialmente se tenía la concepción de que el propósito de las revistas era animar a las mujeres al automejoramiento y al efectivo acercamiento al cuidado de la salud. Sin embargo, hoy en día esta lectura se encuentra más vinculada a animar al poco ejercicio y a intentar rápidas y fáciles soluciones para controlar su peso (tomar píldoras por ejemplo), las revistas actualmente hacen énfasis en el embellecimiento físico como la principal forma de automejoramiento, con lo cual refuerzan la preferencia cultural de delgadez. En otras palabras, leer puede reforzar el deseo de ser delgada, pero no necesariamente una creencia en la eficacia de métodos de dieta no patogénicos (Thomsen, Weber y Brown, 2002).

En otra perspectiva acerca de la influencia que tienen los medios sobre la conducta alimentaria, también cabe tomar en cuenta cómo

influyen éstos cuando ya existe alguna conducta inadaptada como es el caso de las personas que practican la restricción alimentaria o lo que es igual, que se encuentran llevando a cabo dieta restrictiva. En este tema la "Teoría de la Restricción" hizo aportaciones acerca de las razones por las cuales los dietistas restrictivos pierden el control y se desinhiben para dar rienda suelta a su ingesta alimentaria. En éste sentido quedó asentado que los estados emocionales la depresión o la ansiedad por ejemplo, así como la ingesta de sustancias como el alcohol rompen el control cognitivo que mantienen estas personas para abstenerse de comer. Strauss, Doyle y Kreipe (1994) retomaron este tema para intentar aportar información sobre cuales serían los factores que ayudan a restaurar la restricción alimentaria una vez que se ha perdido este control. Anteriormente se tenía la idea de que los dietistas restrictivos olvidan sus objetivos durante la desinhibición que los lleva a comer, por lo cual se supondría que para lograr mantener el control les ayudaría tener presente algo que les recordara sus objetivos. Esto trató de probarse con un muestra de mujeres jóvenes restrictivas y no-restrictivas a las cuales se les proyectó una película con un tema triste, al mismo tiempo que se les daba la facilidad de consumir alimentos en el transcurso, adicionalmente se dividió a las muchachas de tal manera que a un grupo se le presentaron comerciales neutrales, a otras comerciales relacionados a una dieta exitosa y a otras no se les pusieron comerciales durante la película. La hipótesis era que las mujeres restrictivas al exponerse a la película triste perderían la restricción, pero que al estar expuestas a los comerciales de dieta exitosa esto les haría recordar sus objetivos y les ayudaría a retomar la restricción alimentaria. Sin embargo, al contrario de esta hipótesis los resultados expusieron que las restrictivas comieron más que las no restrictivas a pesar de haber sido expuestas a los comerciales de dieta exitosa. Lo cual se interpretó como que los comerciales relacionados a la dieta actúan como un desinhibidor adicional para abandonar la dieta.

Trastornos Alimentarios y la Relación con los Padres

En relación con el desarrollo de los trastornos alimentarios la etapa adolescente se vuelve crítica. Se ha considerado que la relación madre-hija es un elemento importante para el desarrollo del trastorno. Respecto a esta relación frecuentemente se han encontrado ciertos

pensamientos y características en las madres. Algunas de ellas son las siguientes (Kirszman y Salgueiro, 2002):

- Antecedente de obesidad materna
- Las madres también presentan TCA, de tal modo que ellas mismas ejercen presión sobre sus hijas para perder peso
- Las madres piensan que sus hijas son menos atractivas de lo que sus hijas creen
- Las hijas tienden a ser más restrictivas cuando las madres: que tienen poca autonomía, no valoran la autonomía de su hija
- Las madres presentan rasgos de ambivalencia, control y sobreprotección

Los cambios en la pubertad pueden reactivar la ambivalencia de la relación madre-hija. Ya que la madre también ha sufrido las presiones de tener un cuerpo atractivo, ella misma puede sentirse inconforme con su aspecto físico y si ha tenido problemas de peso, ella puede manifestar su preocupación insistentemente por lo que come su hija y por el aspecto que ella está tomando, transfiriéndole su propio problema.

Respecto a los padres de hijas con TCA también se han encontrado ciertos rasgos que contribuyen a que en la adolescencia aparezca el trastorno, uno de ellos ha sido que los padres de anoréxicas con frecuencia se deprimen cuando sus hijas llegan a la adolescencia. En otra perspectiva el trastorno también lo puede suscitar una experiencia de frustración emocional hacia el padre que se manifiesta de diferentes maneras. Esta experiencia según Guidano no se encontró hacia la madre, con ella, la cualidad de la relación la describen como uniforme, ya sea buena, mala o intermedia, mientras que en la relación con el padre la frustración aparece repentinamente. La frustración puede aparecer debido a que el padre se percibe como una figura fuerte, pero la imagen cambia porque se descubre una debilidad en él. En este sentido en padres de anoréxicas se ha encontrado que el padre a pesar de su éxito social y económico se siente un segundón, que en pocos casos llega a dejar a la familia. Entonces el padre niega la mala relación con la madre y se pretende ante la hija que son una familia feliz, ésta falsa imagen paterna de

autoconfianza oculta la inseguridad del padre que de pronto aparece como una debilidad que causa frustración y desilusión en la hija adolescente. Del mismo modo, la imagen del padre puede cambiar y causar frustración ya sea porque la niña descubre que el padre no la ama o que su padre la ha abandonado porque prefiere más a su trabajo que a ella (Kirszman y Salgueiro, 2002).

En otro contexto Bruch (1973, citado en Kirszman y Salgueiro, 2002) considera que la estimulación y el refuerzo de la autoexpresión en familias obesas y con TCA son deficientes y que por lo tanto no se desarrolla en los hijos la confianza en los propios recursos, además de que también puede haber una gran tendencia a evitar problemas y dificultades personales. En resumen las características familiares en TCA comúnmente descritas involucran a las siguientes:

Características Familiares en TCA

- Estilo comunicacional disfuncional
 - Dificultad de liderazgo
- Formación de alianzas abiertas y encubiertas
 - Espíritu de auto-sacrificio
- Fachada de unidad en la relación matrimonial
- Falta de permisividad en la expresión emocional
 - Separación vivida como amenaza
- Involucración del hijo en el conflicto parental

Fuente: Kirszman y Salgueiro (2002), p. 104.

Según las mismas autoras estas características pueden describir el estilo de la relación de muchas familias con TCA, aunque no todas las familias las presentan, además de que dichas características familiares no son exclusivas de los TCA, no obstante, cuando se encuentran presentes es importante considerarlas en el tratamiento puesto que sirven como factores de perpetuación del trastorno.

Efectos Nocivos de Problemas Emocionales en la Adolescencia

Otro problema de la adolescencia ha sido la conducta suicida. La adolescencia es una época de riesgo debido a los cambios que se experimentan, pues representa un tiempo lleno de desafíos en el que se tienen que adquirir habilidades para enfrentar la vida futura. En

los adolescentes los suicidios consumados son más frecuentes en varones mientras que las mujeres tienen más intentos. En el caso de las mujeres los factores precipitantes más frecuentes son: las discusiones con el novio o los padres, dificultades escolares y abuso físico o sexual. Estas adolescentes se caracterizan por manifestar tendencia a sentirse en desventaja con sus amigas o preferir no buscar ayuda cuando tienen algún problema, o que les agrada hacer cosas impulsivamente, asimismo que consideran que su madre no establece lazos facilitadores para comunicar sus experiencias e inquietudes y que además se perciben con características de autoestima negativa. Estas adolescentes se sienten estresadas por la violencia de sus padres y en muchas ocasiones se ha encontrado que el suceso previo al intento suicida son los problemas familiares principalmente con la madre, las chicas con intento suicida reportan con mayor frecuencia el haber bajado mucho de peso (Lucio-Gómez, Loza y Durán, 2000).

En este aspecto se pone una vez más de manifiesto que la relación del adolescente con sus padres resulta crítica para su desarrollo emocional, ésto se observa también en un estudio realizado por Wager, Cohen y Brook (en prensa) en el cual se buscó confirmar la hipótesis de que una relación positiva con los dos padres proporciona mejor protección ante el estrés, encontrando que efectivamente los adolescentes que perciben un relativo afecto de sus dos padres tienen una asociación más baja con eventos estresantes y síntomas depresivos, asimismo, se encontró que los adolescentes que perciben severidad por parte de ambos padres tenían altos niveles de depresión y estrés.

CAPITULO V

CAPITULO 5
PLAN DE INVESTIGACIÓN Y METODO

PLAN DE INVESTIGACIÓN

Problema General

¿Existe relación entre la variable Ansiedad (mínima/ moderada), la Conducta Alimentaria de Riesgo, el Control Alimentario (interno/ externo) y el Peso Corporal (IMC)?

Problemas Específicos

La ansiedad (mínima/ moderada) se relaciona con la conducta alimentaria de riesgo:

1. Conducta alimentaria compulsiva
2. Preocupación por el peso y la comida
3. Conducta alimentaria normal
4. Dieta crónica y restrictiva
5. Conducta alimentaria de compensación psicológica

6. ¿La ansiedad (mínima/ moderada) se relaciona con el peso corporal (IMC)?

La ansiedad (mínima/ moderada) se relaciona con:

7. Atribución de control alimentario externo
8. Atribución de control alimentario interno

9. ¿La atribución de control alimentario (interno/ externo) se relaciona con el peso corporal (IMC)?

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definición Conceptual

Variables Independientes

- 1.- Ansiedad: La ansiedad es una reacción situacional de duración limitada ya que la activación vuelve al nivel inicial anterior al estímulo. La ansiedad se define como una sensación

consciente de miedo y aprensión que se anticipa a una amenaza o peligro, y que en muchas ocasiones la persona no puede describir cuál es la amenaza. La ansiedad se acompaña además, de alteraciones vegetativas (palpitaciones, sensación de ahogo, náuseas, sudoración, cambios musculares, temblores, torpeza muscular, etc.) y sensación de pérdida de control sobre el ambiente. La persona asustada no puede pensar con claridad y tiene dificultades para hacer sus actividades normales. Se acompaña de intensa sensación subjetiva y conductas de retirada y huida. El individuo con personalidad ansiosa (que también se ha mencionado como ansiedad de rasgo) posee una tendencia a tener miedo en muchas situaciones diferentes que son percibidas todas como amenazantes (Levine, 1986; Maher, 1970, citados en Martínez, 1995).

- 2.- Atribución de control alimentario: El concepto de control se encuentra muy relacionado con el concepto de locus de control que procede de la "Teoría del aprendizaje social" de Rotter (1966, citado en Espinoza, 1994). Este término se usa para determinar el tipo de predisposiciones que tienen las personas para hacer determinadas atribuciones, en el sentido de situar el control afuera (locus de control externo) o dentro del sujeto (locus de control interno).

Variables Dependientes

- Atribución de control alimentario: Esta variable anteriormente definida, opera también como variable dependiente en otro momento de acuerdo con los problemas específicos a desarrollar.
- Conducta alimentaria: Se denomina así a los mecanismos complejos implicados en el desarrollo de todas las actividades motrices y comportamientos destinados a conseguir alimentos (Zuckerfeld, 1996, p.25).

-Peso: Es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua, incluido, el tejido adiposo. En la infancia como en la adolescencia cualquier evaluación de obesidad a partir del peso debe incluir la estatura para obtener indicadores con las más altas correlaciones con la composición corporal (Braguinsky, 1996).

Definición Operacional

Variables Independientes

- La ansiedad: Se determinará de acuerdo a los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck, en el cual el puntaje más alto que se puede obtener es de 63 (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).
- Atribución de control alimentario: Se determinará de acuerdo al puntaje obtenido en las escalas de atribución de conducta alimentaria interna o externa.

Variables Dependientes

- Conducta alimentaria: Se determinará el tipo de conducta alimentaria de acuerdo al puntaje obtenido en cada factor o categoría de conducta alimentaria.
 - Atribución de control alimentario: Se determinará de acuerdo al puntaje obtenido en las escalas de atribución de control alimentario interno y externo.
- Peso: Se determinará de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997).

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los puntajes en la variable "conducta alimentaria de riesgo" serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada).



1. Conducta alimentaria compulsiva
2. Preocupación por el peso y la comida
3. Conducta alimentaria normal
4. Dieta crónica y restrictiva
5. Conducta alimentaria de compensación psicológica
6. Los puntajes en la variable "*peso corporal (IMC)*" serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)"
7. Los puntajes en la variable "*atribución de control alimentario externo*" serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)
8. Los puntajes en la variable "*atribución de control alimentario interno*" serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)
9. Los puntajes en la variable "*peso corporal (IMC)*" serán diferentes entre los dos tipos de atribución de control alimentario (interno/ externo)

MÉTODO

Diseño de Investigación

La presente investigación representa un estudio de campo, ex postfacto y transversal. Con un diseño de 2 muestras (ansiedad mínima/ ansiedad moderada) con observaciones independientes.

Muestra

Es de tipo no probabilística con una N= 200 mujeres adolescentes y jóvenes universitarias de la Facultad de Psicología y la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, que se subdividió de la siguiente manera.

- > n 1 = 137 ansiedad mínima
- > n 2 = 63 ansiedad moderada

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Sujetos

Mujeres adolescentes y jóvenes estudiantes de licenciatura, sin defectos físicos notables de edades entre 18 y 23 años.

Criterios de Exclusión

- Personas que no sean mujeres
- Mujeres que no sean universitarias
- Mujeres menores de 18 años y mayores de 23 años
- Mujeres con defectos físicos notables

Instrumentos y Aparatos

Para medir el nivel de ANSIEDAD se utilizó el siguiente cuestionario:

IBA Inventario de Ansiedad de Beck: Es un cuestionario que consta de 21 reactivos con 4 posibilidades de respuesta, las cuales se califican con un puntaje de 0-3, donde poco o nada se califica con cero, más o menos con uno, moderadamente equivale a dos, y severamente a tres. Los rangos de calificación según la versión estandarizada para México realizada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) es la siguiente:

<i>Puntaje</i>	<i>Nivel de Ansiedad</i>
0-5	Mínima
6-15	Leve
16-30	Moderada
31-63	Severa

Para medir la CONDUCTA ALIMENTARIA se utilizó la siguiente escala:

Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA): Esta escala es la sección "E" que pertenece al Cuestionario de Alimentación y Salud (versión para mujeres adolescentes) de Gómez-Peresmitré (2003) que detecta 7 factores de riesgo, de los cuales solo se tomaron en cuenta 5 que son: "conducta alimentaria compulsiva", "preocupación por el peso y la comida", "conducta alimentaria normal", "dieta

crónica y restrictiva" y "conducta alimentaria de compensación psicológica". El cuestionario consta de 7 reactivos con 4 opciones de respuesta (que varía su contenido dependiendo de la pregunta) y 48 reactivos con 5 opciones de respuesta que van de nunca a siempre (ver anexo). En todos los reactivos el puntaje se asignó de tal manera que la puntuación más alta representó un mayor problema.

A continuación se describen los items que corresponden a cada factor:

Factor 1 Conducta alimentaria compulsiva		
E16	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	.46365
E18	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	.72085
E34	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.79064
E14	Mi problema es empezar a comer pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	.74727
E28	No soy conciente de cuanto como	.66033
E29	Siento que no puedo parar de comer	.80983
E30	Como sin medida	.79753
E31	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.62831
E46	Difícilmente pierdo el apetito	.40022
E8	Soy de los que se hartan (se llenan) de comida	.52275
E27	Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come	.65582
E10	Me avergüenzo de comer tanto	.58300
E33	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587
Eigen value = 12.4 Varianza explicada = 16.5% alpha=.9051		
Factor 2 Preocupación por el peso y la comida		
E7	Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
E9	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas	.59484
E24	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
E3	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68226
E19	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.41013
E20	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.71942
E26	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.49265
E32	Me deprimo cuando como de mas	.48531
Eigen value = 5.52 Varianza explicada = 7.4% alpha=.8242		
Factor 3 Conducta alimentaria normal		
E1	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74462
E11	Como lo que es bueno para mi salud	.73346
E13	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.71196
E15	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	.73420

E45	Como con moderación	.45378
E5	Procuro comer verduras	.71369
E25	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61685

Eigen value = 4.39 Varianza explicada = 5.9% alpha = .6944

Factor 4 Conducta alimentaria de compensación psicológica		
E44	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	.53921
E2	Siento que la comida me tranquiliza	.67344
E4	Creo que la comida es un bueno remedio para la tristeza o depresión	.70703
E37	Me sorprende pensando en la comida	.43349

Eigen value = 2.56 Varianza explicada = 3.4% alpha = .7434

Factor 5 Dieta crónica y restrictiva		
E12	Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío	.48691
E35	Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
E36	Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	.41047
E6	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	.59416
E17	"pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas	.62004
E38	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
E48	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Eigen value = 1.93 Varianza explicada = 2.6% alpha = .8136

Para medir el tipo de CONTROL ALIMENTARIO (interno/ externo) se utilizaron los 2 factores restantes contenidos en la sección F del EFRATA (Questionario de Alimentación y Salud, versión para mujeres adolescentes de Gómez-Peresmitré, 2003) que son: atribución de control alimentario externo y atribución de control alimentario interno (ver anexo). El puntaje obtenido en los reactivos también se asignó de tal manera que la puntuación más alta representó un mayor problema.

A continuación se describen los items que corresponden a cada factor:

Factor 6 Atribución de control alimentario externo		
F3	Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la sepultura"	.74154
F8	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	.62385
F9	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo	.69921
F1	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	.55393

Eigen value = 3.47 Varianza explicada = 5.9% alpha = .8034

Factor 7 Atribución de control alimentario interno		
F2	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto	.75354
F7	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	.73452
F11	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas	.62623
F4	Admiro a las personas que pueden comer con medida	.71698
F5	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso, nada con medida"	.49569

Eigen value = 1.78 Varianza explicada = 2.4% alpha = .7497

Para medir el PESO corporal se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) para adolescentes mexicanos validado por Saucedo y Gómez-Peresmitré (1997):

Con la siguiente escala:

Categoría de Peso	IMC
Muy bajo peso	Menor a 15
Bajo Peso	15 - 18.9
Normal	19 - 22.9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad	Mayor a 27
Obesidad mórbida	Mayor a 31

IMC: es el resultado de la medida del peso corporal entre la talla o estatura elevada al cuadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Estatura})^2}$$

Aparatos

Se utilizó una báscula electrónica marca Excel con capacidad de 300 Kg, con una precisión de 50 gr. y un estadiómetro de madera para obtener la medida de la estatura.

Procedimiento

La obtención de la muestra se realizó de manera colectiva captando a los sujetos en los salones de clase de la Universidad. Se le pidió a los sujetos que contestaran en el momento el cuestionario que mide

ansiedad y también el cuestionario que mide conducta alimentaria y control alimentario.

Para la obtención de las medidas antropométricas se obtuvo una muestra del 28% con el método de selección sistemática aleatoria.

Las instrucciones que se le dieron a los sujetos fueron: que no había respuestas buenas ni malas, que la información recabada era confidencial y que procuraran contestar todas las preguntas.

CAPITULO VI

CAPITULO 6 RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue determinar si existe relación entre la conducta alimentaria de riesgo ("conducta alimentaria compulsiva", "preocupación por el peso y la comida", "dieta crónica y restrictiva", "conducta alimentaria normal", y la "conducta alimentaria de compensación psicológica") que tienen los sujetos con la variable ansiedad (mínima/ moderada).

Adicionalmente se busco conocer si se relaciona o no el nivel de ansiedad (mínima/ moderada) y el control alimentario (interno/ externo) con peso corporal (IMC). Y si el nivel de ansiedad (mínima/ moderada) y el control alimentario (interno/ externo) se relaciona o no.

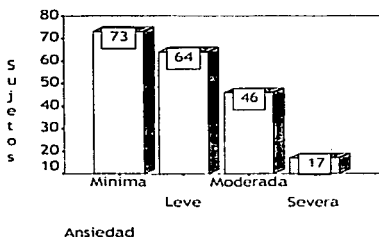
Los datos se obtuvieron, a través de la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck y la escala conocida como EFRATA (Gómez-Peresmitré, 2003) que mide Conducta Alimentaria de Riesgo y el tipo de Control Alimentario (Interno/ Externo). Luego de lo cual se procedió a analizar los datos arrojados por dichos instrumentos en el programa estadístico SPSS (versión 8.0 para Windows). Los resultados del análisis realizado para las variables de interés se exponen a continuación.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El presente estudio se llevó a cabo en una muestra de 200 sujetos, del sexo femenino, adolescentes y jóvenes universitarias, 42 sujetos fueron de la Facultad de Psicología y 158 fueron de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM ubicadas en Ciudad Universitaria.

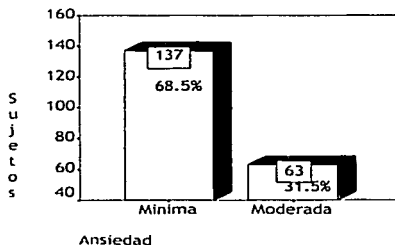
La muestra total (N= 200) se dividió en 2 grupos de ansiedad tomando como referencia los parámetros reportados por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), en el cual se establecen 4 niveles de ansiedad que son: mínima, leve, moderada y severa. Se procedió a juntar los datos del nivel mínima con el nivel leve y los del nivel moderada con el nivel severa, debido a que el número de

sujetos con ansiedad severa era mucho menor al numero de sujetos contenidos en los demás grupos. De tal suerte que la muestra se distribuyó de la siguiente manera de acuerdo a los niveles de ansiedad considerados:



Gráfica 1. Representa como se distribuyó la muestra total (N=200) en las 4 categorías de ansiedad según los criterios del Inventario de Ansiedad de Beck estandarizado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001).

Gráfica 2. Frecuencia y Porcentaje. Representa como quedó distribuida la muestra total (N = 200) después de decidir tomar en cuenta únicamente dos grupos.



Distribución del nivel de Ansiedad por Escuela

En la tabla 1 se muestra el porcentaje de sujetos que tuvo cada nivel de ansiedad según la escuela a la que pertenecen los sujetos. En esta tabla se puede apreciar que el porcentaje de ansiedad moderada (33%) fué mayor en la Escuela de Trabajo Social en comparación con el porcentaje de ansiedad moderada (26%) que se encontró en la Facultad de Psicología.

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable: nivel de Ansiedad por Escuela

Escuela	Ansiedad		Total
	Mínima	Moderada	
Psicología	n= 31	11	42
	73.80%	26.19%	100%
Trabajo Social	n= 106	52	158
	67.08%	32.91%	79.0%
Total	N= 137	63	200
	68.5%	31.5%	100.0%

La escuela a la que pertenecen los sujetos no se tomó en cuenta para responder a los problemas que plantea la investigación. Únicamente se llevo a cabo de esta manera para completar la muestra, por tanto la descripción de los resultados en adelante no se hacen en función de la escuela a la que pertenecen.

Edades de los Sujetos por nivel de Ansiedad

Respecto a las edades de los sujetos en las siguientes tablas (2 y 3) se muestra su distribución según el nivel de ansiedad. Como se puede observar el mayor porcentaje (26%) de sujetos con ansiedad mínima se encuentra en los 19 años, mientras que el mayor porcentaje (29%) de sujetos con ansiedad moderada se encuentra en los 20 años.

Tabla 2. Distribución porcentual de la variable Edad por nivel de ansiedad.

Edad	Ansiedad		Total
	Mínima	Moderada	
18.00	6.6%	6.3%	6.5%
19.00	26.3%	12.7%	22.0%
20.00	25.5%	28.6%	26.5%
21.00	13.9%	23.8%	17.0%
22.00	11.7%	12.7%	12.0%
23.00	16.1%	15.9%	16.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Edad	Ansiedad	
	Mínima	Moderada
Media	20.45	20.71
Desviación Estándar	1.54	1.44

Tabla 3. Medias de Edad y desviación estándar por nivel de ansiedad

Área Familiar de la Muestra por nivel de Ansiedad

En la siguiente tabla se observa que el 88% de la muestra total vive con la familia nuclear y que en general los porcentajes en todas las categorías no varían mucho entre ansiedad mínima y moderada.

Tabla 4. Distribución porcentual de la variable Actualmente vives con:

		Ansiedad		Total
		Minima	Moderada	
Actualmente vives con:	Familia nuclear	88.1%	88.7%	88.3%
	Padre o Madre	7.4%	6.5%	7.1%
	Hermano (s)	3.7%	3.2%	3.6%
	Esposo o pareja		1.6%	.5%
	Sola	.7%		.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

En la siguiente tabla se observa el porcentaje de mujeres que ya iniciaron su vida sexual. En esta variable la mayor parte (62%) de las mujeres con ansiedad mínima no han iniciado su actividad sexual, mientras que la mayor parte (55%) de mujeres con ansiedad moderada ya la iniciaron.

Tabla 5. Distribución porcentual de la variable: ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

		Ansiedad		Total
		Minima	Moderada	
¿Tienes o has tenido vida sexual activa?	No	62.2%	45.2%	56.9%
	Sí	37.8%	54.8%	43.1%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

A continuación se presenta en la tabla 6 la distribución porcentual de mujeres que tienen hijos y su nivel de ansiedad. El porcentaje de mujeres con hijos en la muestra total es muy pequeño (8%). Mientras que el porcentaje de mujeres que tienen hijos es mayor en la condición de ansiedad mínima (11%) que en moderada (3%).

Tabla 6. Distribución porcentual de la variable: ¿Tienes hijos?

		Ansiedad		Total
		Minima	Moderada	
¿Tienes hijos?	Sí	10.9%	2.9%	7.8%
	No	89.1%	97.1%	92.2%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Área Laboral de la Muestra por nivel de Ansiedad

En la siguiente tabla se presenta los porcentajes de las mujeres que trabajan. En esta variable se observa que el porcentaje de mujeres que trabaja es mayor en ansiedad moderada (29%) que en ansiedad mínima (21%).

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable: ¿Trabajas?

¿Trabajas?	Ansiedad		Total
	Mínima	Moderada	
Si	21.2%	28.6%	23.5%
No	78.8%	71.4%	76.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE ESTUDIO

Distribución del Peso Corporal de la Muestra

A continuación en la tabla 8 se muestra la distribución porcentual del peso corporal obtenido a través del Índice de Masa corporal (IMC = peso/ estatura x estatura) que reportaron tener los sujetos en función del nivel de ansiedad. Como se observa hubo más sujetos con sobrepeso (32%) en la condición de ansiedad mínima en comparación con (25%) la condición de ansiedad moderada, sin embargo, el porcentaje de sujetos con obesidad (11%) y obesidad mórbida (6%) fue mayor en la categoría de ansiedad moderada que en ansiedad mínima (7% de obesidad y 4% de obesidad mórbida).

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable peso corporal reportado por nivel de ansiedad

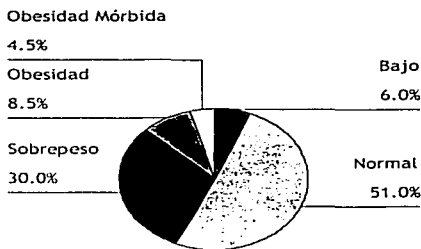
IMC Reportado	Ansiedad		Total
	Mínima	Moderada	
Bajo	6.6%	4.8%	6.0%
Normal	50.4%	52.4%	51.0%
Sobrepeso	32.1%	25.4%	30.0%
Obesidad	7.3%	11.1%	8.5%
Obesidad Mórbida	3.6%	6.3%	4.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

En la tabla 9 se observa la distribución porcentual del peso corporal (IMC Real), en esta tabla los porcentajes se distribuyen de manera muy parecida a los porcentajes del IMC Reportado, en este caso el porcentaje de obesidad es mayor en ansiedad mínima, pero únicamente se encontró obesidad mórbida en ansiedad moderada.

Tabla 9. Distribución porcentual de la variable peso corporal real por nivel de Ansiedad

IMC Real	Ansiedad	Ansiedad		Total
		Minima	Moderada	
	Bajo	8.6%	4.8%	7.1%
	Normal	42.9%	47.6%	44.6%
	Sobrepeso	31.4%	23.8%	28.6%
	Obesidad	17.1%	14.3%	16.1%
	Obesidad Mórbida		9.5%	3.6%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

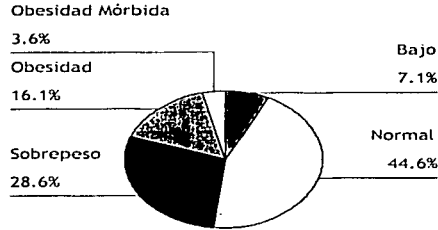
Gráfica 3. IMC Reportado N = 200



En la gráfica 3. se representa los porcentajes que hubo en cada categoría de peso corporal reportado por lo sujetos de acuerdo a la clasificación del IMC realizada por Saucedo y Gómez-Peresmitré (1997).

Gráfica 4. IMC Real N = 56

En la gráfica 4. se representa los porcentajes que hubo en cada categoría de peso corporal real, de acuerdo a la clasificación del IMC, una vez que 56 sujetos fueron medidos y pesados debidamente.



Patrones Alimentarios de la Muestra

Ante la pregunta ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer? el 74% de las mujeres con ansiedad mínima contestaron que no tienen problemas en esta área, mientras que el 62% de las mujeres con ansiedad moderada contestaron que sí tuvieron problemas.

Tabla 10. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

	Ansiedad		Total
	Mínima	Moderada	
¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?	No	74.3%	62.8%
	Si	25.7%	37.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Cuando se les preguntó "En que consiste el problema", el mayor porcentaje de las mujeres que tienen ansiedad mínima contestaron que comen tanto que les duele el estomago (40%), mientras las mujeres con ansiedad moderada tuvieron porcentajes muy cercanos ante la respuesta comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil (32%) y la respuesta comes tanto que te duele el estomago (29%).

Tabla 11. El problema consiste en que:

		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
El problema consiste en que:	Comes muy poco menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.	29.8%	22.0%	26.1%
	Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil	27.7%	31.7%	29.5%
	Comes tanto que te duele el estómago	40.4%	29.3%	35.2%
	Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas	2.1%	17.1%	9.1%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Ante la pregunta "Tengo problemas con mi forma de comer" fué mayor el porcentaje de mujeres con ansiedad mínima (72%) que respondieron nunca en comparación con el porcentaje de mujeres con ansiedad moderada (43%), mientras que en las demás categorías de respuesta los porcentajes de ansiedad moderada son mayores a los de ansiedad mínima, lo cual refleja que las mujeres con ansiedad moderada tienen más problemas con su forma de comer.

Tabla 12. Tengo problemas con mi forma de comer:

		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
Tengo problemas con mi forma de comer.	Nunca	72.3%	42.9%	63.0%
	A veces	16.8%	22.2%	18.5%
	Frecuentemente	2.9%	9.5%	5.0%
	Muy frecuentemente	5.8%	9.5%	7.0%
	Siempre	2.2%	15.9%	6.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Dieta Crónica y Restrictiva

Ante la pregunta ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso? se observa que el 67% de las mujeres con ansiedad mínima contestaron que no, mientras el 52% de las mujeres con

ansiedad moderada dicen que sí han hecho dieta para controlar su peso.

Tabla 13. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
	No	67.2%	47.6%	60.9%
	Sí	32.8%	52.4%	39.1%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

En cuanto a la pregunta ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta? se observó que un porcentaje muy pequeño (6%) de mujeres con ansiedad mínima realizaron dieta a edad más temprana que las mujeres con ansiedad moderada. Por otra parte, se muestra que el mayor porcentaje de mujeres con ansiedad mínima (40%) y moderada (54%) iniciaron a la edad entre 15 y 17 años.

Tabla 14. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
	Menos de 9 años	6.4%		3.7%
	9 a 11 años	4.3%	5.7%	4.9%
	12 a 14 años	14.9%	17.1%	15.9%
	15 a 17 años	40.4%	54.3%	46.3%
	18 a 20 años	29.8%	20.0%	25.6%
	21 o mas	4.3%	2.9%	3.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Los porcentajes de ansiedad moderada resultaron ser relativamente mayores a los de ansiedad mínima ante la pregunta "pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.

Tabla 15. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.

	Ansiedad		Total	
	Mínima	Moderada		
"Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	Nunca	81.0%	55.6%	73.0%
	A veces	12.4%	17.5%	14.0%
	Frecuentemente	3.6%	6.3%	4.5%
	Muy frecuentemente	1.5%	11.1%	4.5%
	Siempre	1.5%	9.5%	4.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	

En el nivel ansiedad mínima el porcentaje de sujetos que respondieron nunca a la oración "Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar" fue notablemente mayor (80%) que el porcentaje reportado en el nivel de ansiedad moderada (54%). Mientras que los porcentajes en ansiedad moderada fueron mayores a partir de la respuesta frecuentemente, que en el nivel ansiedad mínima.

Tabla 16. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.

	Ansiedad		Total	
	Mínima	Moderada		
Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar.	Nunca	80.3%	54.0%	72.0%
	A veces	13.1%	12.7%	13.0%
	Frecuentemente	1.5%	11.1%	4.5%
	Muy frecuentemente	2.9%	6.3%	4.0%
	Siempre	2.2%	15.9%	6.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	

Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica

Ante la pregunta "siento que la comida me tranquiliza" el mayor porcentaje de mujeres con ansiedad moderada respondieron que a

veces (44%), mientras el mayor porcentaje de mujeres con ansiedad mínima dicen que nunca (51%) ocurre que la comida las tranquilice.

Tabla 17. Siento que la comida me tranquiliza.

		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
Siento que la comida me tranquiliza.	Nunca	51.1%	33.3%	45.5%
	A veces	38.7%	44.4%	40.5%
	Frecuentemente	5.1%	11.1%	7.0%
	Muy frecuentemente	1.5%	7.9%	3.5%
	Siempre	3.6%	3.2%	3.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Del mismo modo, los porcentajes del nivel ansiedad moderada fueron relativamente mayores ante la oración "Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan". Aunque cabe destacar que una proporción considerablemente mayor (75%) de sujetos con ansiedad mínima reportaron que nunca sucede esto en comparación con los sujetos de ansiedad moderada (41%).

Tabla 18. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.

		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	Nunca	75.2%	41.3%	64.5%
	A veces	16.1%	14.3%	15.5%
	Frecuentemente	5.1%	17.5%	9.0%
	Muy frecuentemente	2.2%	15.9%	6.5%
	Siempre	1.5%	11.1%	4.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Preocupación por el Peso y la Comida

En la tabla 19 se muestra que el 27% de las mujeres con ansiedad moderada respondieron que siempre el comer de más les provoca sentimientos de culpa en comparación con el 4% de ansiedad mínima.

Tabla 19. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.

		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	Nunca	62.8%	36.5%	54.5%
	A veces	27.0%	20.6%	25.0%
	Frecuentemente	.7%	7.9%	3.0%
	Muy frecuentemente	5.8%	7.9%	6.5%
	Siempre	3.6%	27.0%	11.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Conducta Alimentaria Compulsiva

El mayor porcentaje (76%) de sujetos con ansiedad mínima respondieron que nunca sienten vergüenza de comer tanto. Mientras el 17% de mujeres con ansiedad moderada contestaron que siempre en comparación con el 2% de mujeres con ansiedad mínima.

Tabla 20. Me avergüenza comer tanto.

		Ansiedad		Total
		Mínima	Moderada	
Me avergüenza comer tanto.	Nunca	75.9%	39.7%	64.5%
	A veces	19.7%	20.6%	20.0%
	Frecuentemente	1.5%	11.1%	4.5%
	Muy frecuentemente	.7%	11.1%	4.0%
	Siempre	2.2%	17.5%	7.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

PRUEBA DE HIPÓTESIS

En este apartado se expondrán los análisis estadísticos paramétricos que se realizaron para confirmar o rechazar las hipótesis que se plantearon en el capítulo 5 dedicado al plan de investigación. Para poner a prueba dichas hipótesis se aplicó la *Prueba t para Muestras Independientes*.

En lo que se refiere a la variable *Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC)* se encontraron diferencias significativas entre los puntajes que tuvo el grupo de ansiedad mínima y el grupo de ansiedad moderada obteniendo los siguientes valores: $t(74.708) = -5.787$, $p = .000$. Posteriormente en la tabla 22 se presenta la media que obtuvo cada grupo, en la cual se observa que el grupo con ansiedad moderada contiene una media más alta a la del grupo con ansiedad mínima, lo cual significa que es el grupo con ansiedad moderada el que presenta mayor grado de conducta alimentaria compulsiva.

Por lo tanto, se confirma la primera hipótesis de trabajo que dice:

“Los puntajes en la variable *Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima / moderada)”

Tabla 21. Prueba para Muestras Independientes

		Prueba-t para la Igualdad de Medias		
		t	df	Sig. (2-colas)
CAC	Igualdad de varianzas no asumidas	-5.787	74.708	.000

Tabla 22.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
CAC	Mínima	137	1.3874	.4287
	Moderada	61	2.0366	.8281

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

En el análisis para la variable Preocupación por el Peso y la Comida (PPC) la prueba t demostró que en efecto existen diferencias significativas entre los dos grupos de ansiedad, el valor asociado fué de: $t(90.577) = -4.928$, $p = .000$. Este mismo resultado se puede observar claramente en la tabla 24, en la cual se presenta las medias que obtuvo cada grupo, donde aparece que el grupo con ansiedad

moderada es el que presenta mayor problema de preocupación por el peso y la comida.

De tal modo, se confirma la segunda hipótesis que dice:

“Los puntajes en la variable *Preocupación por el Peso y la Comida (PPC)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/moderada)”

Tabla 23. Prueba para Muestras Independiente

Prueba-t para la Igualdad de Medias		Igualdad de Medias		
		t	df	Sig. (2-colas)
PPC	Igualdad de varianzas no asumidas	-4.928	90.577	.000

Tabla 24.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
PPC	Mínima	136	1.5634	.6229
	Moderada	63	2.1806	.8991

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

La siguiente variable es la *Conducta Alimentaria Normal (CAN)* para la cual el análisis resultó significativo, de manera que los puntajes fueron diferentes en cada grupo de ansiedad, el valor obtenido por la prueba fué t (196) -3.700, p= .000. Posteriormente en la tabla 26 donde se muestra las medias que obtuvo cada grupo nuevamente se pone de manifiesto que el grupo con ansiedad moderada mantuvo una media mayor a la obtenida por el grupo con ansiedad mínima. Y tomando en cuenta que el mayor puntaje siempre es indicio de un mayor problema, este resultado se interpreta como una mayor incidencia de conducta alimentaria poco normal, es decir, que las mujeres con ansiedad moderada tienen menos conductas alimentarias normales o sanas que las mujeres con ansiedad mínima.

De esta forma se confirmó la tercera hipótesis:

“Los puntajes en la variable *Conducta Alimentaria Normal (CAN)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/moderada)”

Tabla 25. Prueba para Muestras Independientes

Prueba-t para la Igualdad de Medias				
	t	df	Sig. (2-colas)	
CAN				
	Igualdad de varianzas asumidas	-3.700	196	.000

Tabla 26.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
CAN	Mínima	135	2.7968	.5429
	Moderada	63	3.1043	.5486

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

Para la variable *Dieta Crónica y Restrictiva (DCR)* en relación a los dos niveles de ansiedad, los resultados del análisis también arrojaron diferencias estadísticamente significativas, la probabilidad obtenida fué $t(76.127) = 5.552$, $p = .000$. Del mismo modo, las medias de cada grupo expuestas en la tabla 28 también señalan que el grupo con ansiedad moderada presenta mayor problema de dieta crónica y restrictiva.

De tal suerte que se confirmó la cuarta hipótesis:

“Los puntajes en la variable *Dieta Crónica y Restrictiva (DCR)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)”

Tabla 27. Prueba para Muestras Independientes

Prueba-t para la Igualdad de Medias				
	t	df	Sig. (2-colas)	
DCR				
	Igualdad de varianzas no asumidas	-5.552	76.127	.000

Tabla 28.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
DCR	Mínima	135	1.3587	.5262
	Moderada	62	2.1244	1.0258

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

En lo que toca a la variable *Conducta Alimentaria de Compensatoria Psicológica (CACP)* también se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al nivel de ansiedad (mínima/ moderada), dado que la prueba arrojó el valor de: $t(85.250) = 5.690$, $p = .000$. Asimismo, en la tabla 30 de medias se muestra que el grupo con ansiedad moderada nuevamente posee la media más alta en comparación con el grupo de ansiedad mínima, demostrando que

son las mujeres con ansiedad moderada las que tienen mayor incidencia de conducta alimentaria de compensación psicológica.

Por lo tanto, se confirma la quinta hipótesis:

“Los puntajes en la variable *Conducta Alimentaria de Compensatoria Psicológica (CACP)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)”

Tabla 29. Prueba para Muestras Independientes

Prueba-t para la Igualdad de Medias				
		t	df	Sig. (2-colas)
CACP				
	Igualdad de varianzas no asumidas	-5.690	85.250	.000

Tabla 30.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
CACP	Minima	137	1.3923	.5249
	Moderada	63	2.0437	.8359

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

En el caso de la variable *Peso Corporal (IMC-Real)* el análisis comprendió los datos de estatura y peso obtenidos luego de pesar y medir a los sujetos, de los cuales se obtuvo el IMC *Real*. En este caso, el análisis entre el IMC y el nivel de ansiedad no resultó significativo, el valor fue: $t(54) -1.356, p = 1.81$, lo cual indica que el peso corporal no difiere entre los dos grupos.

Pero, por otra parte, en la observación de las medias de cada grupo (tabla 32) encontramos que el grupo con ansiedad mínima tiene un IMC menor al que tiene el nivel moderada que corresponde a la categoría de *peso normal* según los criterios. Asimismo, la media que tiene el grupo del nivel moderada corresponde a la categoría siguiente que implica un estado de *sobrepeso*.

Sin embargo, estadísticamente la sexta hipótesis enunciada a continuación no se confirma:

“Los puntajes en la variable *Peso Corporal (IMC-Real)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)”

Tabla 31. Prueba para Muestras Independientes

		Prueba-t para la Igualdad de Medias		
IMC REAL		t	df	Sig. (2-colas)
	Igualdad de varianzas asumidas	-1.356	54	1.81

Tabla 32.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
IMC-REAL	Mínima	35	22.7232	3.8035
	Moderada	21	24.2845	4.7316

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

Pasando a la variable Atribución de Control Alimentario Externo (ACAIE) el análisis reporto que sí existen diferencias estadísticamente significativas ya que $t(195) = 4.407$, $p = .000$, de modo que el nivel de ansiedad implica una diferencia en el grado de atribución de control alimentario externo que tiene cada grupo. Las medias que se presentan en la tabla 34 muestran que la media del nivel moderada es mayor implicando una mayor tendencia al control externo.

Por tanto, se confirma la séptima hipótesis planteada enseguida:

“Los puntajes en la variable *Atribución de Control Alimentario Externo (ACAIE)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/ moderada)”

Tabla 33. Prueba para Muestras Independientes

		Prueba-t para la Igualdad de Medias		
ACAIE		t	df	Sig. (2-colas)
	Igualdad de varianzas asumidas	-4.407	195	.000

Tabla 34.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
ACAIE	Mínima	135	2.3867	.6119
	Moderada	62	2.8161	.6836

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

La siguiente variable corresponde a la Atribución de Control Alimentario Interno (ACAII) en la cual no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas en función del nivel de ansiedad, el valor asociado fué t (101.389) -1.704, p= .091, lo cual implica que ambos grupos tienen el mismo grado de atribución de control alimentario interno. La exploración de las medias también expresa que ambas medias son casi iguales.

En consecuencia la octava hipótesis a continuación fue rechazada:

“Los puntajes en la variable *Atribución de Control Alimentario Interno (ACAI)* serán diferentes entre los dos niveles de ansiedad (mínima/moderada)”

Tabla 35. Prueba para Muestras Independientes

Prueba-t para la Igualdad de Medias				
	t	df	Sig. (2- colas)	
ACAI	igualdad de variaciones no asumidas	-1.704	101.389	.091

Tabla 36.

	Ansiedad	N	Media	Desviación Estándar
ACAI	Mínima	136	2.7721	.6288
	Moderada	63	2.9619	.7736

$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2$ se acepta
 $H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$ se rechaza

Sin embargo, en el análisis preliminar que se realizó para determinar si se expondrían los resultados en función de los cuatro niveles de ansiedad: mínima, leve, moderada y severa, o solo en dos grupos como se decidió finalmente, se encontró que únicamente al analizar juntando el grupo de ansiedad mínima y leve, al que se le llamó grupo mínima y comparándolo con ansiedad moderada y severa, de este modo sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F (2, 196) 3.309, p= .039) entre la variable atribución de control alimentario interno y el nivel de ansiedad (mínima, moderada y severa) mediante la aplicación de una *Anova Simple* la cual se presenta a continuación.

Tabla 37. ANOVA

	Suma de Cuadrados	df	Media Cuadrada	F	Sig.
Entre Grupos	3.005	2	1.503	3.308	.039
Dentro de los Grupos	89.029	196	.454		
Total	92.034	198			

Comparaciones Múltiples
 Variable Dependiente: ACAI

$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2$ se rechaza

$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$ se acepta

Tabla 38. Bonferroni

(I) ansiedad	(J) ansiedad	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig.	95% Intervalo de Confianza	
					Limite inferior	Limit. superior
mínima	moderada	-9.7506E-02	.115	1.000	-.3751	.1801
	severa	-.4397	.173	.036*	-.8584	-2.1054E-02
moderada	mínima	9.751E-02	.115	1.000	-.1801	.3751
	severa	-.3422	.191	.226	-.8041	.1197
severa	mínima	.4397	.173	.036*	2.105E-02	.8584
	moderada	.3422	.191	.226	-.1197	.8041

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

Finalmente para realizar el análisis de la variable *Peso Corporal (IMC-Real)* en función del control alimentario interno/ externo, únicamente se tomaron en cuenta a los sujetos que puntuaron alto en las escalas de control alimentario interno y externo. En dicho análisis se encontró que no hubo diferencias estadísticamente significativas debido a que $t(17) = -.067, p = .947$.

Tabla 39. Prueba para Muestras Independientes

Prueba-t para la Igualdad de Medias				
IMC REAL	Igualdad de varianzas asumidas	t	df	Sig. (2-colas)
		-.067	17	.947

En la siguiente tabla se muestran las estadísticas según el IMC Real y el tipo de control alimentario. Las medias que obtuvo cada grupo como se puede apreciar son semejantes y según la clasificación de IMC los valores caen dentro de la categoría de peso normal.

Tabla 40.

	Cont. Alim. Int. y Ext.	N	Media	Desviación Estándar
IMC Real	Cont. Alim. Ext. Alto	13	21.5102	3.4310
	Cont. Alim. Int. Alto	6	21.6255	3.5420

$$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \text{ se acepta}$$

$$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \text{ se rechaza}$$

Por tales razones se rechaza la novena y última hipótesis que dice:

“Los puntajes en la variable *Peso Corporal (IMC)* serán diferentes entre los dos tipos de atribución de control alimentario (Interno/ Externo)”

Adicionalmente a los problemas planteados en la presente investigación, por ultimo, se procedió a hacer un análisis con el objetivo de averiguar que tanto los puntajes obtenidos por los sujetos en el Inventario de Ansiedad de Beck se correlacionan con los puntajes obtenidos en la escala B “estrés y conducta alimentaria” así como en la escala I “afrentamiento al estrés”, que pertenecen al Cuestionario de Alimentación y Salud (versión para mujeres adolescentes) de Gómez-Peresmitré (2003). Es decir, se trato de averiguar que tanto estos tres cuestionarios estarían midiendo la misma característica. Para lo cual se aplicó la *Correlación de Pearson*. En el primer análisis se correlaciono el Inventario de Ansiedad de Beck con la escala B “estrés y conducta alimentaria”, el coeficiente de Pearson ($r = .746$) declara un alta correlación entre estos dos instrumentos. Aunque, por otro lado no se debe perder de vista que la correlación no es perfecta y que de acuerdo con el coeficiente de determinación $R^2 = (.746)^2 = 0.56$; $1 - 0.56 = .44$, el 44% no esta explicado, puede ser que ese sector que no se correlaciona sean las características que los hacen ser diferentes ó que se deba a otros factores, lo cual tendría que averiguarse en una investigación futura, dado que el número de sujetos que participaron en el presente estudio resulta limitado para hacer un juicio definitivo.

Gráfica 5. Distribución de los puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck y la escala B

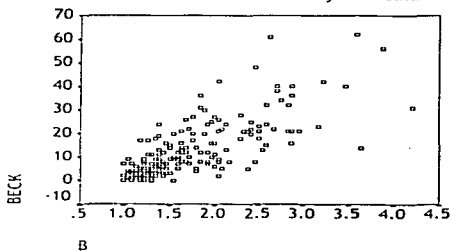
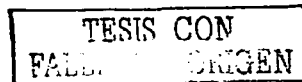


Tabla 41.

		B	BECK
B	Correlación de Pearson	1.000	.746**
	Sig. (2-colas)	.	.000
	N	198	198
BECK	Correlación de Pearson	.746	1.000
	Sig. (2-colas)	.000	.
	N	198	200

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (2-colas).

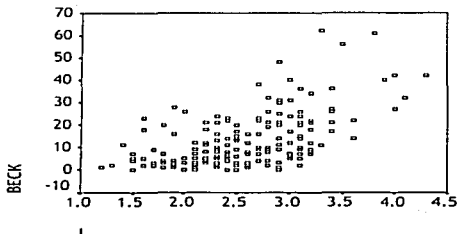


El segundo análisis se realizó entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala I "afrentamiento al estrés", en este caso el coeficiente de Pearson ($r = .577$) resultó ser significativo.

Tabla 42.

	I	BECK
I	Correlación de Pearson	1.000, .577**
	Sig. (2-colas)	.000
	N	197, 197
BECK	Correlación de Pearson	.577, 1.000
	Sig. (2-colas)	.000
	N	197, 200

Gráfica 6. Distribución de los puntajes del Inventario de Ansiedad de Beck y la escala I



El último análisis se realizó entre la escala B "estrés y conducta alimentaria" y la escala I "afrentamiento al estrés", la correlación ($r = .438$) entre estas dos escalas, aunque resulto ser también significativa, cabe señalar que la fuerza de la correlación fue menor a las anteriores.

Gráfica 7. Distribución de los puntajes de la escala B y la escala I

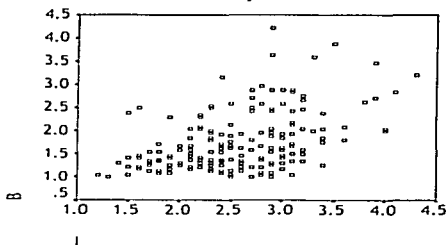


Tabla 43.

	I	B
I	Correlación de Pearson	1.000, .438**
	Sig. (2-colas)	.000
	N	197, 195
B	Correlación de Pearson	.438, 1.000
	Sig. (2-colas)	.000
	N	195, 198

CAPITULO VII

CAPITULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

¿Existe relación entre el grado de ansiedad (mínima/ moderada) y la conducta alimentaria de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria normal, dieta crónica y conducta alimentaria de compensación psicológica)? corresponde a la primer pregunta que se planteo en la presente investigación. El análisis de las variables que competen para responder dicha pregunta arrojó resultados que apoyan y permiten confirmar que efectivamente el nivel de ansiedad (mínima /moderada) influye en la presencia de conducta alimentaria de riesgo.

Los resultados del presente estudio, en lo que respecta a la primer pregunta antes mencionada, presenta algunas divergencias con los resultados de un trabajo anterior (Bernal, 2002), en el cual también se trató de probar la misma pregunta tomando en cuenta en esa ocasión sólo 4 de las variables que nosotros exploramos, las cuales fueron comida compulsiva, preocupación por el peso y la comida, conducta normal y dieta crónica. En este estudio solo se encontró relación entre el nivel de ansiedad y las variables comida compulsiva y preocupación por el peso y la comida, sin encontrar diferencias en conducta normal y dieta crónica. Las divergencias entre los estudios creemos que pueden haber sido generadas, debido a que los sujetos eran de ambos sexos y que en el presente estudio los sujetos fueron únicamente mujeres, por lo tanto, de nuevo se observa que los patrones alimentarios de mujeres y hombres difieren (Wolf y Akamatsu, 1994).

Pasando al desglose de las aportaciones encontradas en cada análisis del nivel de ansiedad para cada una de las 5 variables que se tomaron en cuenta en la primer pregunta, empezaremos por mencionar que con respecto a la variable conducta alimentaria compulsiva también conocida como atracón, los sujetos con ansiedad moderada demostraron presentar mayor problema, este resultado concuerda con las ideas de Weber (1983), Rosen y Leitenberg (1982, citado en Leitenberg, Gross, Peterson y Rosen, 1984), asimismo, el resultado acerca de esta variable especulamos que también se encuentra ligada

al hecho de que las mujeres con ansiedad moderada, también resultaron presentar mayor problema en la variable conducta alimentaria de compensación psicológica, ésto es, que las mujeres con ansiedad moderada comen en función de sus estados de ánimo (en este caso la ansiedad), un ejemplo de esto son los porcentajes que se obtuvieron ante la oración "Siento que la comida me tranquiliza" dado que el mayor porcentaje de mujeres con ansiedad moderada respondieron que a veces (44%) mientras el mayor porcentaje de mujeres con ansiedad mínima dicen que nunca (51%) sucede esto. De igual manera, que ante la oración "los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan" una proporción considerablemente mayor (75%) de sujetos con ansiedad mínima reportaron que nunca sucede esto en comparación con los sujetos de ansiedad moderada (41%).

En lo que toca a la variable preocupación por el peso y la comida, también resultó que las mujeres con ansiedad moderada son las que presentaron mayor problema, en este sentido nuestro resultado concuerda con otras investigaciones como la realizada por Thomsen, Weber y Brown (2002), quienes relacionaron la lectura de revistas con el uso de métodos de dieta patológicos en mujeres con alta ansiedad ante el peso corporal, concluyendo que las mujeres tienen más ansiedad si están por arriba de su peso y que si ellas además leen revistas de belleza es más probable que usen pastillas para adelgazar.

Esta parte nos lleva a revisar lo que corresponde a la variable dieta crónica y restrictiva, para la cual también se encontró que las mujeres con ansiedad moderada comparadas con las mujeres con ansiedad mínima son las que tienen más problema, ahora, tomando en cuenta todo lo anterior y recordando la "teoría de la restricción" (Ferman y Mack, 1975), en la cual las personas que están a dieta permanentemente (generalmente personas con sobrepeso u obesas) pueden romper la dieta a causa de un estado emocional como la ansiedad, lo que les llevaría a tener una mayor ingesta ante ésta situación, ésta ingesta puesta en la palabras de este estudio se llamaría conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria de compensación psicológica. Tal situación se puede ilustrar con los porcentajes obtenidos en "la variable siempre estoy a dieta la rompo y vuelvo a empezar", donde el porcentaje de sujetos con ansiedad

mínima que respondieron nunca fue notablemente mayor (80%) al porcentaje reportado en el nivel de ansiedad moderada (54%).

Ahora, avocándonos en las diferencias entre las mujeres con ansiedad mínima y moderada, los resultados dan cuenta de patrones diferentes de alimentación en función del nivel de ansiedad que presentan los sujetos. En los porcentajes de ansiedad mínima, encontramos que su mayor problema de ingesta se refiere a comer tanto que les duele el estómago, pero resulta que su nivel de ansiedad es un nivel mínimo, digamos el normal que cualquier persona presenta en cualquier situación cotidiana, como cruzar una calle, llegar temprano a la escuela, aguantar el tráfico de la ciudad, etc. Ellos no comen por razones de ansiedad considerable, no comen tampoco para mejorar su estado de ánimo, ya que en cuanto a conducta alimentaria de compensación psicológica obtuvieron un nivel muy bajo. En el presente estudio no se puede responder a qué se debe el resultado anterior, por tanto nos presenta un problema de investigación futura.

Pero ahora, enfocándonos en las respuestas de las mujeres con ansiedad moderada, ellas reportan que los mayores porcentajes que tuvieron se reparten entre: comer tanto que les duele el estómago y comer tan poco que se sienten cansadas y débiles.

Este resultado también concuerda con lo que plantea la "teoría de la restricción" respecto a los patrones que siguen los sujetos con peso normal, quienes tenderían a comer poco en estados de ansiedad, ya que el estrés fisiológicamente produce una inhibición de las contracciones gástricas y la elevación de la glucosa en la sangre, lo cual suprime el hambre (Kirszman y Salgueiro, 2002), mientras que los sujetos con sobrepeso u obesidad tenderían a comer más, ya que han alterado los patrones fisiológicos originales tal como lo propone la "teoría psicósomática de la obesidad" (Kaplan y Kaplan, 1957, citado en McKenna, 1972), la cual dice que la ingesta de alimentos se puede utilizar para tratar de reducir la ansiedad, siendo esta conducta usualmente establecida en la infancia.

De acuerdo con lo anterior, queda la incógnita de si los sujetos con ansiedad moderada son los que corresponden a los sujetos con

sobrepeso u obesidad. El análisis para probar que el peso corporal se relaciona con el nivel de ansiedad fracasó, dado que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero, por otro lado, en el análisis descriptivo se encontró que la media del IMC del grupo mínima corresponde a la categoría de peso normal, mientras que la media del IMC del nivel moderada esta en el rango de sobrepeso (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997), esta diferencia es apenas perceptible, lo cual se puede deber a que el estudio se realizó en una población normal, que exige arrojar valores no muy extremos. Además, de que en dado caso de que los sujetos con mayor problema de "dieta crónica y restrictiva" o de "conducta alimentaria compulsiva" no presenten en la actualidad sobrepeso u obesidad. Esto no los descarta de poseer una historia de obesidad familiar o de si han padecido de ella en el pasado, tal como algunos autores mencionan, que una historia de obesidad previa a la presencia de un trastorno alimentario, puede ser un factor predisponente para que las personas se involucren en conductas de riesgo con el objetivo de lograr eliminar la obesidad de la que padecen (Toro y Vilardell, 1987; Strober y Humphrey, 1987). Estos datos no podemos saberlos ya que en el estudio no fueron explorados.

Ahora bien, en otra perspectiva los autores disculpan que el tener una orientación de control externo únicamente en lo que toca a la comida, podía influir en una conducta alimentaria desadaptada que propiciara el exceso de peso (Constanzo y Woody, 1979; Thomason, 1983; Mills y Cullen, 1993), entonces habría que comenzar a hacer comparaciones entre las teorías para averiguar que variables son las que facilitan que la conducta alimentaria normal sufra desviaciones, claro que en este aspecto hay que tomar en cuenta, que las variables implicadas pueden ser muchas y que entre ellas puede haber relaciones.

A partir de lo cual, en esta investigación se planteó la pregunta ¿Existe relación entre el grado de ansiedad (mínima/ moderada) y la atribución de control alimentario (interno/ externo)?, para la cual el estudio reveló que existe relación entre los puntajes en la atribución de control alimentario externo y el nivel de ansiedad. Los puntajes del nivel de ansiedad moderada fueron más altos que los del nivel de

ansiedad mínima. Este resultado apunta que la conducta alimentaria de los sujetos con ansiedad moderada se rige por factores que ellos creen que no pueden controlar. Entonces resulta, que los sujetos con ansiedad moderada son los que presentan mayor conducta alimentaria de riesgo en las 5 categorías que la componen, también son los que tienen más sobrepeso y además son los que presentan en mayor grado atribución de control alimentario externo.

De tal manera, que en función del resultado anterior resulta interesante averiguar si "Los puntajes en la variable *peso corporal (IMC)* serán diferentes entre los dos tipos de atribución de control alimentario (interno/ externo)", hipótesis que también fué planteada como objetivo a probar dentro de la presente investigación. El análisis resultó negativo, el IMC resultó casi igual en ambos grupos (interno/ externo). Las causas de este resultado pueden ser que en éste análisis sólo se tomo en cuenta a los sujetos que obtuvieron una puntuación alta en ambos tipos de control alimentario (interno/ externo), de manera que los sujetos que se contaron en el grupo externo podían ser del nivel de ansiedad mínima o moderada y de la misma manera para el grupo interno.

En lo que toca al análisis para la variable atribución de control alimentario interno, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de ansiedad (moderada/ mínima), por tanto no difiere la concepción que tienen los sujetos sobre ser eficiente en tener la capacidad de controlar su ingesta. Pero no así, en el estudio para la variable conducta alimentaria normal, que apunta hacia una conducta sana en la que los sujetos cuidan tener una dieta balanceada y nutritiva, en esta variable resultó que sí hubo diferencias en cuanto al nivel de ansiedad ya que lo sujetos con ansiedad mínima son los que presentaron mayor incidencia de conducta alimentaria normal.

Por último, queda por comentar un dato interesante que se observó en los porcentajes que obtuvo la variable ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?. En esta variable el porcentaje de mujeres con ansiedad moderada (55%) que ya iniciaron ésta actividad es mayor al porcentaje de las mujeres con ansiedad mínima (38%). Y si además

tomamos en cuenta que también fueron las mujeres con ansiedad moderada las que presentaron mayor conducta alimentaria de riesgo, nos queda remitirnos a los estudios (Theander, 1970; Casper y Davis, 1977) que han explorado el inicio de la actividad sexual como un evento precipitador, tomando en cuenta que estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación y nuevas exigencias sociales. En otro sentido, también otros autores (Lacey (1990, citado en Waller, 1993) han mencionado que del 30% al 50% de adultos con trastorno alimentario tiene alguna historia de abuso sexual, aunque Waller (1993) mencionó que se deben considerar otros factores mediadores (como la percepción de la función familiar y la autoestima) para explicar por qué el abuso sexual podría permitir la aparición de psicopatología alimentaria. En fin, en este caso nosotros no podemos saber cuál fué o es la calidad de las relaciones sexuales de las mujeres que participaron en el estudio y que presentaron mayor grado de conducta alimentaria de riesgo, debido a lo cual, este sería otro aspecto que podría ser explorado en una investigación futura.

Adicionalmente en los resultados, se mencionó que también se llevó a cabo un análisis de correlación entre el Inventario de Ansiedad de Beck, la escala "estrés y conducta alimentaria" y la escala "afrentamiento al estrés", ésto con la finalidad de evaluar que tanto las escalas de estrés estarían midiendo lo mismo que el Inventario de Ansiedad de Beck.

El análisis realizado entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala "estrés y conducta alimentaria" obtuvo una buena correlación ($r = .746$), lo que podría significar que estos dos cuestionarios miden lo mismo.

En lo que toca a la correlación realizada entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala "afrentamiento al estrés", aunque resultó ser significativa, el coeficiente de Pearson ($r = .577$) se presenta bajo, lo cual limita la asociación entre estos dos cuestionarios.

La última correlación que se realizó fué entre la escala "estrés y conducta alimentaria" y la escala "afrentamiento al estrés", la correlación ($r = .438$) también resultó ser significativa, aunque la fuerza de la correlación fue menor a las anteriores, lo que podría sorprender dado que estas dos escalas miden estrés, mientras que en las dos correlaciones anteriores se estaba analizando una escala que mide estrés con un instrumento que mide ansiedad.

De manera que, por todo lo expuesto a lo largo de este capítulo, las conclusiones que se extraen de la presente investigación serán enumeradas a continuación:

1. Se confirma que las mujeres con ansiedad moderada presentan mayor problema de conducta alimentaria de riesgo en: comida compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y conducta alimentaria de compensación psicológica.
2. Asimismo, que las mujeres con ansiedad moderada tienen menor incidencia de conducta alimentaria normal (sana).
3. Únicamente a nivel descriptivo se encontró que las mujeres con ansiedad moderada tienen mayor sobrepeso que las mujeres con ansiedad mínima.
4. Las mujeres con ansiedad moderada tienen mayor grado de atribución de control alimentario externo.
5. No se encontraron diferencias entre el peso corporal y la atribución de control alimentario (interno/ externo).
6. Se obtuvo una buena correlación entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala "estrés y conducta alimentaria".
7. Se obtuvo una baja correlación entre el Inventario de Ansiedad de Beck y la escala "afrentamiento al estrés".
8. La escala "estrés y conducta alimentaria" se correlaciona en bajo grado con la escala "afrentamiento al estrés".

Limitaciones y Sugerencias para Futuras Investigaciones

A lo largo de la discusión se marcaron algunos puntos que no pudieron ser dilucidados dado que los datos no lo permitían; uno de ellos es el hecho de que no se exploró la historia de obesidad en la familia o en años pasados del propio sujeto, dato que en futuras investigaciones podría ser explorado con el fin de aclarar más los factores que se encuentran vinculados al sobrepeso y la obesidad.

Una limitación del estudio corresponde a los alcances del instrumento para medir la atribución del control alimentario interno y externo, el cual aún no posee los puntos de corte para definir con más claridad la categoría de control alimentario (interno/ externo) de todos los sujetos, por lo cual, sólo se tomó en cuenta a los sujetos con mayor puntaje en cada categoría (interno/ externo). De poder hacerlo, se habría tenido mayor oportunidad de contrastar las teorías que resaltan el papel de la ansiedad con el desarrollo de la obesidad en oposición con la teoría que resalta el papel del control alimentario externo para su desarrollo. Este tema, también queda por ser explorado con mayor detalle en investigaciones futuras, ya que en la presente nos limitamos a asegurar que la presencia de ansiedad moderada sí está relacionada con la presencia de conducta alimentaria de riesgo.

Otro tema a retomar en el futuro, es investigar cómo se relaciona la presencia de actividad sexual con ansiedad y la conducta alimentaria de riesgo, tema que apenas quedó asomado en los resultados de esta investigación, pero que da cuenta de una asociación interesante que necesita ser explorada en lo sucesivo. Así como, realizar investigación acerca de los mecanismos por los cuales se genera ansiedad en función de las exigencias de género en cuanto a la imagen corporal.

Y por último queda sugerir, continuar con los análisis estadísticos que se requieren, para determinar en que grado los cuestionarios de estrés miden lo mismo que el Inventario de Ansiedad de Beck, empezando por realizar estas correlaciones con un número mayor de sujetos.

REFERENCIAS

- Abramson, E. E., & Wunderlich, R. A. (1972). Anxiety, fear and eating: A test of the psychosomatic concept of obesity. Journal of Abnormal Psychology, *79* (3), 317-321.
- Adame, D. D., Radell, S. A., & Johnson, T. C. (1991). Physical fitness, body image, and locus of control in college women dancers and nondancers. Perceptual and Motor Skills, *72*, 91-95.
- Adami, G., Gandolfo, P., Meneghelli, A., & Scopinario, N. (1996). Food -and weight- related attitudes in obese persons: A longitudinal study over two years following biliopancreatic diversion. Journal of Psychosomatic Research, *41* (1), 31-38.
- Adisson, P. C. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia un tratamiento integrado. México: Limusa.
- Aizpuru, A. (1995). ¿Es ético prescribir anfetaminas para que las personas bajen de peso?. Psicología Iberoamericana, *3* (2), 66.
- Allaz, A., Bernstein, M., Rouget, P., Archinard, M., & Morabia, A. (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. International Journal Eating Disorders, *23* (3), 287-294.
- Asociación Mexicana de Pediatría. (2000). El adolescente. México: McGraw-Hill.
- Behar, A. R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina Argentina, *38* (2), 119-122.
- Behar, R., Botero, J. C., Corsi, P., & Muñoz, P. (1994). Detección del hábito del comer en una población estudiantil de la V región. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, Chile, *32* (2), 159-165.

- Bellack, A. S., & Tillman, W. (1974). Effects of task and experimenter feedback on the self-reinforcement behavior of internals and externals. Journal Consulting and Clinical Psychology, 42 (3), 330-336.
- Bernal, A. I. N. L. (2002). Ansiedad y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Beutler, L. E. (1987). Introduction to special series. Journal Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 627.
- Braguinsky, J. (1996). Obesidad. Buenos Aires: Promedicina.
- Bray, G. A. (1989). Clasificación y valoración de las obesidades. Clínicas Médicas de Norteamérica, 1, 191-217.
- Cash, T. F., Counts, B., & Huffine, C. E. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12 (2), 157-167.
- Casper, R. C., & Davis, J. M. (1977). On the course of anorexia nervosa. American Journal of Psychiatry, 134, 974-978.
- CIE-10. (1993). Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS. Madrid: Meditor.
- Collins, J. K., McCabe, M. P., & Jupp, J. J. (1983). Body percept change in obese females after weight reduction therapy. Journal of Clinical Psychology, 39 (4), 507-511.
- Costanzo, P. R., & Woody E. Z. (1979). Externality as a function of obesity in children: Pervasive style or eating-specific attribute?. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (12), 2286-2296.

- Dietz, W. H., & Gortmaker, S. L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. Pediatrics, 75, 807-812.
- DSM-IV. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Americana, España: Masson.
- Espinoza, P. R. (1994). Análisis de la relación entre la retroalimentación y el locus de control en pacientes con cefalea. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Fahy, T. A. (1991). Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. Behavior Research and Therapy, 29 (2), 113-116.
- Fahy, T. A., Eisler, I., & Russell, G. F. M. (1993). Personality disorder and treatment response in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 162, 765-770.
- Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. British Journal of Psychiatry, 162, 193-197.
- Frisch, R. E., & Revelle, R. (1970). Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weights and adolescent events. Science, 169, 397-398.
- Gardner, R. M., & Moncrieff, C. (1988). Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: A signal detection approach. Journal of Clinical Psychology, 44 (2), 101-107.
- Gardner, R. M., Martínez, R., Espinoza, T., & Gallegos, V. (1988). Distortion of body image in the obese: A sensory phenomenon. Psychological Medicine, 18, 633-641.
- Gardner, R. M., Gallegos, V., Martínez, R., & Espinoza, T. (1989). Mirror feedback and judgments of body size. Journal of Psychosomatic Research, 33 (5), 603-607.

- Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. New York: Bruner/Mazel.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, *47*, 483-491.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, *46* (3), 255-265.
- Geller, S., Keane, T., & Scheirer, J. (1981). Delay of gratification, locus of control, and eating patterns in obese and nonobese children. Addictive Behaviors, *6*, 9-14.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, *10* (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993b). Variables cognitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Investigación Psicológica, *3* (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, *12* (2), 185-197.
- Gómez Peresmitré, G., Granados, A. M., Jáuregui, J., Tafuya, S. A., & Unikel, S. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. Revista Psicológica Contemporánea, *7* (1), 4-15.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). Ponencia factores de riesgo asociados en trastornos de la conducta alimentaria, teoría, práctica y

prevalencia en muestras mexicanas. Aniversario de los 450 años de la UNAM. Antigua Escuela de Medicina.

Gómez Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S., & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación, factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (3), 313-324.

Gómez-Peresmitré, G. (2003). Cuestionario de Alimentación y Salud (versión para mujeres adolescentes).

Grinberg, L. (1981). Psicoanálisis. España: Paidós.

Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. Journal of Personality, 43, 647-660.

Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., Parrish, K., & Kono, H. (1993). Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course a study from Japan. British Journal of Psychiatry, 162, 403-406.

Holden, N. L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder?. British Journal of Psychiatry, 157, 1-5.

Huon, G., & Brown, L. B. (1984). Psychological correlates of weight control among anorexia nervosa patients and normal girls. British Journal of Medical Psychology, 57, 61-66.

Jacobs, S. B., & Wagner, M. K. (1984). Obese and nonobese individuals: Behavioral and personality characteristics. Addictive Behaviors, 9, 223-226.

Janda, L. H., & Rimm, D. C. (1972). Covert sensitization in the treatment of obesity. Journal of Abnormal Psychology, 80 (1), 37-42.

Jönsson, B., Björvell, H., Levander, S., & Rössner, S. (1986). Personality traits predicting weight loss outcome in obese patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 74 (4), 384-387.

- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Gay, P. L., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a medication-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 149 (7), 936-943.
- Kaplan, A. S., & Blake, W. D. (1987). Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 645-653.
- Keeseey, R. E. (1989). Regulación fisiológica del peso corporal y obesidad. Clinicas Médicas de Norteamérica, 1, 17-31.
- Kincey, J. (1980). Target setting, self-reinforcement pattern and locus of control orientation as predictors of outcome in a behavioural weight-loss programme. Behavior Research and Therapy, 18, 139-145.
- Kirszmar, D., & Salgueiro, M. C. (2002). El enemigo en el espejo. Madrid: TEA.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. Journal of Health Psychology, 4 (3), 357-363.
- Laessle, R. G., Tuschl, R. J., Waadt, S., & Pirke, K. M. (1989). The specific psychopathology of bulimia nervosa: A comparison whit restrained and unrestrained (normal) eaters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (6), 772-775.
- Lazarus, S., & Galassi, J. P. (1994). Affect and cognitions in obese binge eaters and nonbinge eaters: The association between depression, anxiety, and bulimic cognitions. Eating Disorders: the Journal of Treatment & Prevention, 2 (2), 141-157.
- Leitenberg, H., Gross, J., Peterson, J., & Rosen, J. C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure

- plus response prevention treatment of bulimia nervosa. Behavior Therapy, 15, 3-20.
- Lojas, S. F. (1992). Obesidad y conducta alimentaria aspectos diagnósticos y psicométricos. Acta Psiquiátrica y Psicología de América Latina, 38 (2), 113-118.
- Long, J. D., Williams, R. L., Gaynor, P., & Clark, D. (1988). Relationship of locus of control to life style habits. Journal of Clinical Psychology, 44 (2), 209-214.
- Lucio-Gómez, M. E., Loza, C. G., & Durán, P. C. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. Revista Psicología Contemporánea, 7 (2).
- Mancilla, D. J. M., Alvarez, R. G., López, A. X., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., & Roman, F. M. (1998). Trastornos alimentarios y factores asociados en universitarias mexicanas. Revista de la UNAM Campus Iztacala y del Colegio de Académicos de Psicología, 2 (1), 34-43.
- Mannucci, E., Ricca, V., Barciulli, E., Di Bernardo, M., Travaglini R., Cabras, P. L., & Rotella, C. M. (1999). Quality of life and overweight: The obesity related well-being (orwell 97) questionnaire. Addictive Behaviors, 24 (3), 345-357.
- Martínez, S. J. M. (1995). Psicofisiología. España: Síntesis.
- McArthur, L. Z., & Burstein, B. (1975). Field dependent eating and perception as a function of weight and sex. Journal of Personality, 43, 402-420.
- McKenna, R. J. (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects. Journal of Personality and Social Psychology, 22 (3), 311-319.

- Michttchell, J. E., & Eckert, E. D. (1987). Scope and significance of eating disorders. Journal Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 628-634.
- Mills, J. K., & Cullen, T. J. (1993). Locus of control orientation among obese adults in outpatient treatment for obesity. The Journal of Psychology, 128 (3), 333-337.
- Mora, G. M., & Raich, E. R. M. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa. Psiquis, 15 (3), 39-48.
- Nagler, W., & Androff, A. (1990). Investigating the impact of desconditioning anxiety on weight loss. Psychological Reports, 66, 595-600.
- Noles, S. W., Cash, T. F., & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53 (1), 88-94.
- Papalia, D. E., & Wendkos, O. S. (1988). Desarrollo humano. México: MacGraw-Hill.
- Papalia, D. E., & Wendkos, O. S. (1999). Desarrollo humano. México: MacGraw-Hill.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 635-644.
- Prather, R. C., & Williamson, D. A. (1988). Psychopathology associated with bulimia, binge eating and obesity. International Journal of Eating Disorders, 1, 177-184.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. Revista Mexicana de Psicología, 18, (2), 211-218.

- Rodin, J., Schank, D., & Striegel-Moore, R. (1989). Factores psicológicos de la obesidad. Clinicas Médicas de Norteamérica, 1, 53-75.
- Ruderman, A. J. (1983). Obesity, anxiety, and food consumption. Addictive Behaviors, 8 (3), 235-242.
- Saldaña, C., & Rossell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca.
- Santafuentes, M. T., Liberman, C., & Lolás, F. (1992). Comportamiento alimentario e insulina plasmática en la obesidad femenina. Psicopatología (Madrid), 12 (2), 37-41.
- Saucedo, M. T., & Gómez-Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1), 19 - 27.
- Schachter, S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. Journal of Personality and Social Psychology, 10 (2), 91- 97.
- Schiattino, M. I., Santafuentes, M. T., & Lolás, S. F. (1993). Sobre peso y obesidad en mujeres chilenas caracterización multivariada basada sobre indicadores psicofisiológicos. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 39 (9), 238-245.
- Schifter, D. E., & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 49 (3), 843-851.
- Sherman, R. T., & Thompson, R. A. (1999). Bulimia: Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. Journal of Abnormal Psychology, 103 (4), 836- 840.

- Strauss, J., Doyle, A. E., & Kreipe, R. E. (1994). The paradoxical effect of diet commercials on reinhibition of dietary restraint. Journal of Abnormal Psychology, 103 (3), 441-444.
- Strober, M., & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 654-659.
- Tamayo, A. (1993). Locus de control: Diferencias por sexo y por edad. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 39 (4), 301-308.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa: A psychiatric investigation of 94 female cases. Acta Psychiatrica Scandinavica, 214, 1-19.
- Thomason, J. A. (1983). Multidimensional assessment of locus of control and obesity. Psychological Reports, 53, 1083-1086.
- Thomsen, S. R., Weber, M. M., & Brown, L. B. (2002). The relationship between reading beauty and fashion magazines and the use of pathogenic dieting methods among adolescent females. Adolescence, 37 (145), 1-18.
- Tom, G., & Rucker, M. (1975). Fat, full, and happy: Effects of food deprivation, external cues and obesity on preference ratings, consumption and buying intentions. Journal of Personality and Social Psychology, 32 (5), 761-766.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. España: Martínez Roca.
- Turón, J., Fernández, F., & Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: Características demográficas y clínicas en 107 casos. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 19 (1), 9-15.

- Valdés, M., & De Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- Vila, G., Robert, J., Nollet-Clememcon, C., & Vera, L. (1995). Eating and emotional disorders in adolescent obese girls with insulin-dependent diabetes mellitus. European Child & Adolescent Psychiatry, 4 (4), 270-279.
- Wager, B. M., Cohen, P., & Brook, J. S. (en prensa). Relaciones entre padres y adolescentes.
- Waller, G. (1993). Sexual abuse and eating disorders. British Journal of Psychiatry, 162, 771-775.
- Waller, G., & Hodgson, S. (1996). Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa. The Journal of Nervous and Mental Disease, 184 (4), 213-219.
- Wardle, J., & Beales, S. (1988). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. Journal of Abnormal Psychology, 97 (1), 35-40.
- Webber, E. M. (1993). Psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese women. The Journal of Psychology, 128 (3), 339-351.
- Weinstein, L., & Pickens, D. (1988). Emotions underlying obesity. Bulletin of the Psychonomic Society, 26 (1), 50.
- Williamson, D. A., Kelly, M. L., Davis, C. J., Ruggiero, L., & Blouin, D. C. (1985). Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese, and normal subjects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53 (2), 161-166.
- Wolf, E. M., & Akamatsu, T. J. (1994). Exercise involvement and eating-disordered characteristics in college students. Eating Disorders, 2 (4), 308-317.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

Zuckerfeld, R. (1996). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica.
Argentina: Paidós.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la SALUD INTEGRAL (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu SENTIDO DE COOPERACIÓN, de que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. A cambio nosotros nos comprometemos a que la información recabada será CONFIDENCIAL.

GRACIAS

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario

Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Miré
Facultad de Psicología, UNAM

SECCION A

1. ¿Qué estás estudiando?
A) Secundaria
B) Carrera Técnica
C) Carrera Comercial
D) Preparatoria, Bachillerato, Vocacional
E) Licenciatura
F) Posgrado
2. ¿Trabajas?
A) Sí
B) No
3. Actualmente vives con:
A) Familia nuclear (padres y hermanos)
B) Padre o Madre
C) Hermano(s)
D) Esposo o pareja
E) Sola
F) Amigo(a)
4. Lugar que ocupas entre tus hermanos
A) Soy hija única
B) Soy la mayor
C) Ocupo un lugar intermedio
D) Soy la más chica
5. Edad de tu primera menstruación
A) Menos de 9 años
B) 9 a 11 años
C) 12 a 14 años
D) 15 a 17 años
E) 18 a 20 años
F) 21 o más
6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?
A) No. Pasar a la pregunta 8
B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta
7. ¿Tienes hijos?
A) Sí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

129

B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de :

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10,000
- F) \$ 10,001 a 12,001
- G) \$ 12,0001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo o pareja

10. Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios.

11. Años de estudio de tu madre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado

- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

SECCION I

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente escala:

- A - No me describe nada
- B - Me describe un poco
- C - Me describe regular (más o menos)
- D - Me describe bien
- E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuo platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mi misma	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

130

SECCION F

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas):

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
2. Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura". (A) (B) (C) (D) (E)
4. Admito a las personas que pueden comer con medida. (A) (B) (C) (D) (E)
5. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida". (A) (B) (C) (D) (E)
6. No sé por qué se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". (A) (B) (C) (D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras conductas. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Creo que soy inseguro. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)

16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigos. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Mi familia me exige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)
20. No tengo confianza en los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos ellos me controlan. (A) (B) (C) (D) (E)
22. Sólo se debe competir para ganar. (A) (B) (C) (D) (E)
23. No importa a que se dedique uno en la vida, el chiste es ser el mejor. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCION E

1. En el último año:

- A) Subí de peso
- B) Bajé de peso
- C) Subí y bajé de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) No. (Pasa a la pregunta 5)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más



5. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No.

131

B) Si. Pasa a la siguiente pregunta

6. El problema consiste en que:

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

9. ¿Con que intensidad sientes hambre?

- A) Poca
- B) Regular
- C) Demasiada

10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

A	B	C	D	E
Nunca	a veces	frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	muy frecuentemente	Siempre

- 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. (A) (B) (C) (D) (E)
- 2. Siento que la comida me tranquiliza. (A) (B) (C) (D) (E)
- 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. (A) (B) (C) (D) (E)
- 5. Procuo comer verduras. (A) (B) (C) (D) (E)
- 6. Me la paso "mirándome de hambre" ya que constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
- 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
- 8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida). (A) (B) (C) (D) (E)
- 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- 10. Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
- 11. Como lo que es bueno para mi salud. (A) (B) (C) (D) (E)
- 12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
- 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. (A) (B) (C) (D) (E)
- 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
- 15. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios (A) (B) (C) (D) (E)
- 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
- 17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
- 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
- 19. Como despacio y o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. (A) (B) (C) (D) (E)
- 21. No me gusta comer con otras personas (A) (B) (C) (D) (E)
- 22. Soy de las que se preocupan (A) (B) (C) (D) (E)

139

constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).

23. No como aunque tenga hambre (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. (A) (B) (C) (D) (E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe de ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come (A) (B) (C) (D) (E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
30. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Me deprimo cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta. la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Disfruto cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena (A) (B) (C) (D) (E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCION A

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusivo hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

A	B	C	D
Poco o Nada	Más o menos	Moderadamente	Severamente

1. Entumecimiento, hormigueo	(A)	(B)	(C)	(D)
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	(A)	(B)	(C)	(D)
3. Debilitamiento de las piernas	(A)	(B)	(C)	(D)
4. Dificultad para relajarse	(A)	(B)	(C)	(D)
5. Miedo a que pase lo peor	(A)	(B)	(C)	(D)
6. Sensación de mareo	(A)	(B)	(C)	(D)
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	(A)	(B)	(C)	(D)
8. Inseguridad	(A)	(B)	(C)	(D)
9. Terror	(A)	(B)	(C)	(D)
10. Nerviosismo	(A)	(B)	(C)	(D)
11. Sensación de ahogo	(A)	(B)	(C)	(D)
12. Manos temblorosas	(A)	(B)	(C)	(D)
13. Cuerpo tembloroso	(A)	(B)	(C)	(D)
14. Miedo a perder el control	(A)	(B)	(C)	(D)
15. Dificultad para respirar	(A)	(B)	(C)	(D)
16. Miedo a morir	(A)	(B)	(C)	(D)
17. Asustado	(A)	(B)	(C)	(D)
18. Indigestión, o malestar estomacal	(A)	(B)	(C)	(D)
19. Debilidad	(A)	(B)	(C)	(D)
20. Ruborizarse, sonrojamiento	(A)	(B)	(C)	(D)
21. Sudoración (no debida al calor)	(A)	(B)	(C)	(D)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados periodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave

A	B	C	D	E
Nunca	A Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

En los últimos quince días:

1. Tuviste problemas para dormir. (A) (B) (C) (D) (E)
2. Ayunaste para bajar de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso. (A) (B) (C) (D) (E)
4. Te sentiste físicamente mal. (A) (B) (C) (D) (E)
5. Te sentiste con apetito voraz. (A) (B) (C) (D) (E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar). (A) (B) (C) (D) (E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.). (A) (B) (C) (D) (E)
8. Tuviste problemas de concentración. (A) (B) (C) (D) (E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (amfetaminas o derivados, fibras). (A) (B) (C) (D) (E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas semana) para reducir tu peso. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Sufriste de dolor de cabeza. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Sentiste temor a subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Tuviste problemas con tu respiración. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Te sentiste sin hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Te sentiste preocupada por tu salud. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Te sentiste triste, deprimida. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Te sentiste preocupada por tu peso. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Te sentiste tensa con molestias de cuello y/o espalda. (A) (B) (C) (D) (E)

22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso. (A) (B) (C) (D) (E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sentiste que sudabas en exceso. (A) (B) (C) (D) (E)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

134

