



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

***PRODUCTOS LIGHT, NIVELES DE ANSIEDAD, ÍNDICE  
DE MASA CORPORAL Y PREOCUPACIÓN POR EL  
PESO Y LA COMIDA***

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA PRESENTA:  
LAURA SAMANTA PÉREZ SÁNCHEZ**

**DIRECTORA: DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ  
REVISOR: DR. RIGOBERTO LEÓN SÁNCHEZ**



MÉXICO, D. F.

FEBRERO, 2011



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.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	6
<b>Capítulo 1. Marco Teórico</b> .....	8
I. Creencias.....	8
1.1 <i>Definición de Creencia</i> .....	8
1.2 <i>Características sobre las creencias</i> .....	9
1.3 <i>Creencias vs. Actitudes</i> .....	10
1.4 <i>Creencias y alimentación</i> .....	12
II. Alimentos <i>Light</i> .....	17
2.1 <i>Antecedentes</i> .....	17
2.2 <i>¿Qué son los alimentos light?</i> .....	20
2.3 <i>Creencias sobre los alimentos light</i> .....	24
2.4 <i>Publicidad light</i> .....	34
III. Preocupación por el peso y la comida .....	37
3.1 <i>Etiología de los trastornos de la alimentación</i> .....	44
3.2 <i>Anorexia</i> .....	55
3.3 <i>Bulimia</i> .....	59
3.4 <i>Trastorno de la conducta alimentaria no especificado</i> .....	63
IV. Ansiedad.....	64
4.1 <i>Definición de ansiedad</i> .....	64
4.2 <i>Relación entre ansiedad y desordenes de la alimentación</i> .....	67
V. Índice de masa corporal.....	74
<b>Capítulo 2. Metodología</b> .....	76
2.1 <i>Planteamiento del problema</i> .....	76
2.2 <i>Justificación</i> .....	78
2.3 <i>Pregunta de investigación</i> .....	79

2.4	Objetivos.....	79
2.4.1	<i>Objetivo general</i> .....	79
2.4.2	<i>Objetivos específicos</i> .....	80
2.5	Definición de variables.....	80
2.6	Método.....	82
2.6.1	<i>Participantes</i> .....	82
2.6.2	<i>Instrumentos</i> .....	82
2.6.3	<i>Procedimiento</i> .....	89
2.7	Análisis estadístico.....	90
<b>Capítulo 3.</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>91</b>
3.1	Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT).....	91
3.2	Inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE).....	91
3.3	Cuestionario de creencias hacia los alimentos <i>light</i> .....	92
3.4	Índice de masa corporal.....	103
<b>Capítulo 4.</b>	<b>Discusión y conclusiones</b> .....	<b>108</b>
4.1	Discusión.....	108
4.2	Conclusiones.....	124
4.3	Limitaciones y Sugerencias.....	134
<b>Capítulo 5.</b>	<b>Referencias</b> .....	<b>136</b>
<b>Capítulo 6.</b>	<b>Anexos</b> .....	<b>156</b>
ANEXO 1.	Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT-40).....	156
ANEXO 2.	Inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE).....	158
ANEXO 3.	Cuestionario de creencias hacia los alimentos <i>light</i> .....	159

## Resumen

El principal objetivo de la actual investigación fue explorar la posible relación entre las creencias acerca de los productos *light*, los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida en personas de tres diferentes grupos de edad. Con este propósito se realizó un muestreo en el que participaron 210 individuos (117 mujeres y 93 hombres) del área metropolitana de la ciudad de México; que fueron divididos en tres grupos de 70 personas a partir de la edad de los participantes; en el Grupo 1 (G1), adolescentes de 12 a 15 años; en el Grupo 2 (G2), jóvenes de 25 a 30 años y, en el Grupo 3 (G3), adultos de 45 a 50 años. Los participantes de los tres grupos fueron evaluados con el Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Prueba de actitudes hacia la alimentación (*Eating Attitudes Test*, EAT-40) y un Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*.

Después del correspondiente análisis estadístico, se observó que en el total de la muestra, se presentó una correlación baja entre las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” y la preocupación por el peso y la comida, así como con los niveles de ansiedad. Y al efectuar un análisis por grupos, encontramos correlaciones significativas en el G2, entre las “Emociones positivas hacia los alimentos *light*” y la preocupación por el peso y la comida. Y en el G3 una correlación positiva entre la preocupación por el peso y la comida y las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”; así como una correlación negativa entre la preocupación por el peso y la comida y las “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*”.

No se presentaron correlaciones significativas entre las creencias asociadas con los productos *light* y el IMC en los 210 individuos que participaron en la

investigación. Sin embargo, al analizar cada uno de los grupos se identificaron correlaciones bajas en el G2 entre el IMC y los “Efectos de los alimentos *light* en la salud” y la creencia “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso”.

En cuanto a las creencias sobre los alimentos *light*, arriba de la mitad de los participantes (68%) tienen tendencias poco favorables sobre los alimentos *light*. No se presentaron diferencias significativas entre grupos estudiados, tal parece que a pesar de las edades de los participantes, la opinión que tienen sobre estos productos es similar. Únicamente se encontraron diferencias en las “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*”, en el que las discrepancias se dieron entre el G2 y el G3, es decir, los jóvenes están más de acuerdo que los adultos en que se consuman alimentos *light* si se hace de vez en cuando y en combinación con una dieta balanceada.

## Introducción

En la selección de alimentos intervienen muchos factores, que tienen que ver con una cultura establecida, los gustos, preferencias, intereses, caprichos o las necesidades nutricionales propias de cada organismo. Siendo todos los individuos miembros de una cultura, y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura (Herrera, et al. 2008)

Álvarez (2004) plantea que la sociedad al elogiar la delgadez extrema y convertirla en un modelo que todos debemos imitar promueve la cultura *light*. Una tendencia de la cultura occidental a cuidar su salud, controlar su peso y buscar una buena calidad de vida, que se deforma al grado de perseguir una figura ideal extremadamente delgada a cualquier costo.

Hay individuos que prácticamente durante toda su vida mantienen una preocupación excesiva por su peso; por ende, cuando tienen unos kilos de más se afligen de sobremanera y se someten a dietas crónicas, es decir, se someten a una dieta tras otra, de manera que tal hábito se convierte en parte de su vida. Las personas inician una dieta para estar acorde a los cánones estéticos establecidos, al no conseguirlo aparece la culpa, ansiedad, miedo y pérdida de control sobre la alimentación, y estos sentimientos las estimulan para que lo intenten nuevamente. Como efecto de esto se desarrollan actitudes y creencias extrañas acerca de la comida que caen en obsesión hasta el punto de no poder hacer ni pensar en otra cosa. Surge un intenso miedo a ganar peso que contribuye a dañarlas más (Crispo y cols., 1998).

Las personas tratan de obtener un cuerpo esbelto de manera rápida y fácil; y tienden a utilizar distintos medios como son el consumo de alimentos *light*, de acuerdo con la idea de que con este tipo de alimentos pueden bajar de peso, o pensando que con estos productos no engordaran, pero sin tener un conocimiento certero de lo que son (Alimentación Sana, 2007)

Actualmente no existen estudios que se enfoquen en las creencias que las personas tienen sobre los alimentos que consumen, específicamente sobre los alimentos *light*. La popularidad que han adquirido en los últimos tiempos como un instrumento más para mantener una figura esbelta y una buena salud ha generado un consumo irresponsable, por tal razón es importante conocer cuáles son las creencias que tiene la población sobre este tipo de productos. También se plantea la interrogante de si tales creencias sobre los productos *light* tienen una relación con la preocupación por el peso y la comida, los niveles de ansiedad y con el índice de masa corporal.

Con el fin de cumplir los propósitos antes mencionados, en el primer capítulo se aborda el tema de las creencias y los alimentos *light*, posteriormente se aborda la preocupación por el peso y la comida, la ansiedad y el Índice de masa corporal. En el segundo capítulo se plantea la metodología de este estudio, para finalizar en los subsecuentes capítulos se incluyen los resultados, discusiones y conclusiones de la investigación.



## Capítulo 1. Marco Teórico

### I. Creencias

#### 1.1 Definición de creencia

Para Villoro (1982) una creencia es un estado disposicional adquirido que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva aprehendidos. En esta definición interviene la disposición a actuar pero no la acción misma, el autor plantea que creer no implica necesariamente actuar; el paso de la disposición a la acción requiere de factores suplementarios como la adopción de un fin, intención y emociones.

Las creencias son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa; son conceptos fuertemente enraizados acerca de la naturaleza, causas de las cosas, personas, eventos y procesos (Pepitone, 1991). Una creencia es un constructo hipotético que implica una afirmación de la relación entre algún objeto, acción o idea y algún atributo; algunas se determinan de la experiencia directa y otras son aprendidas de modelos (DiMatteo, 1991). Para Herrera, *et al.* (2008) una creencia, implica cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente de lo que una persona dice o hace en relación a algo, en este caso, con los alimentos.

Para tener una creencia es necesario que esta haya sido aprehendida de alguna forma y representada en la percepción, la memoria, la imaginación o el entendimiento. Si el objeto creído no hubiera sido aprehendido no sería objeto de nadie, sin embargo, se puede creer en objetos representados por la imaginación o comprendidos por el entendimiento aunque no existieran

realmente. A pesar de que es condición necesaria de una creencia que el objeto de ésta haya sido aprehendido en algún momento por el sujeto, no es necesario que esté presente al momento de creer, ya que, el objeto no actúa como un estímulo que da lugar a la creencia (Villoro, 1982).

### *1.2 Características sobre las creencias*

La creencia es un estado interno que puede subsistir aunque no se manifieste exteriormente. Se activan o desactivan según las circunstancias que nos rodean o lo que pensamos; cuando una creencia esta activada determina en gran medida nuestra percepción de las cosas, nuestras emociones y conducta y el acceso a recuerdos congruentes con ellas (Roca, 2008; Villoro, 1972).

Para DiMatteo (1991) y Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) las creencias se caracterizan por tener un elemento cognoscitivo y otro afectivo, el primer aspecto se refiere a lo que las personas saben o creen saber respecto algo y el componente afectivo trata sobre el valor o grado de importancia que tiene una determinada creencia para un individuo en una situación dada.

Las creencias son factores subjetivos, pues dependen completamente de la valoración que cada sujeto realiza sobre que un objeto posea determinados atributos. Son en gran medida procesos inconscientes del pensamiento organizado y debido a esta situación son difíciles de identificar y modificar (Ditts, Hallbom, Smith, y Mustieles, 1996; Pepitone, 1991).

Dado que las creencias no se basan en un sistema de ideas lógico su función no es coincidir con la realidad. Pueden ser verdaderas o falsas para la persona que las experimenta; incluso las personas pueden seguir creyendo en ellas aun cuando hay evidencias de que son erróneas.

Inclusive otras personas pueden calificarlas de falsas o verdaderas, al margen del valor de certeza que les otorga el que las posee. (Becoña y cols., 2000; Ditts y cols., 1996; Pepitone, 1991).

Para Villoro (1982) una creencia puede tener grados, puede considerarse más o menos probable; pero cualquiera que sea el grado de la creencia la persona debe tener razones suficientes que la justifiquen ante él. Puede variar desde una certeza donde el sujeto no admite la posibilidad de estar equivocado con las razones de que dispone en ese momento, hasta una simple presunción en que sólo acepta cierta probabilidad de que la creencia sea verdadera.

Ditts y cols., (1996) establecen que las creencias pueden referirse al mundo exterior, incluyendo a otras personas, o pueden tener que ver con la propia persona y su identidad.

### *1.3 Creencias vs. Actitudes*

Para la mayoría de los autores es difícil hacer una distinción clara entre estos dos conceptos, ya que se encuentran íntimamente ligados, por lo que algunos han optado por unir ambos conceptos mientras que otros, tratan de establecer una clara diferencia entre ambos términos. Como en el caso de Allport (1935, en Villoro 1982), quien realizó una distinción acerca de la actitud planteando que este término se refiere a la disposición favorable o adversa hacia un objeto o situación objetiva, mientras que la creencia consiste en la verdad o falsedad de las propiedades que se le atribuyen a un objeto. Sin embargo, a pesar de dicha diferencia señala que actitudes y creencias están juntas por lo que cuando encontramos uno de esos aspectos, por lo general también encontraremos el otro.

Algunos autores identifican el concepto de creencia con el de actitud o ven en las creencias un componente de la actitud. Como Rokeach (1968, en Villoro 1982) quien aceptó un concepto de creencia equivalente al de actitud; de tal forma que la actitud es una organización relativamente duradera de creencias sobre un objeto o situación que predispone a resolver de alguna manera preferencial, es decir, la actitud sería una organización de creencias en torno a un foco. Para él toda creencia tendría tres componentes: cognitivo, afectivo-valorativo y connotativo.

Por su parte para Villoro (1982) la actitud añade a la creencia una tendencia o pulsión de actuación o repulsión hacia el objeto creído. Plantea que la actitud supone creencias y ambas están determinadas por una pulsión (apetito, deseo, querer) hacia un objeto o situación. También plantea una clara distinción entre estos dos términos: las creencias pueden ser compartidas, si un sujeto cree en x otra persona también puede creer en x, porque x puede ser un hecho del mundo común a todos y no sólo del sujeto; por lo tanto, se puede hablar de creencias colectivas ya que están determinadas por el objeto, que puede ser común para varios individuos. Mientras que en la actitud los aspectos afectivos y connotativos no pueden ser comunes a varios sujetos de la misma forma al estar determinados por factores individuales.

Aunque las creencias suelen adquirirse en la infancia, éstas se siguen formando y modificando a lo largo de la vida de los individuos. A diferencia de las actitudes, las creencias son notoriamente resistentes al cambio, por lo que es difícil modificarlas por medio de las estrategias planeadas tradicionalmente para el cambio de actitudes; pero podemos aprender a deshacernos de aquellas que nos perjudican y cambiarlas por otras más convenientes (Becoña y cols., 2000; Roca, 2008).

Otra diferencia entre estos dos constructos, señalada por Krech y Crutchfield (1974, en Villoro 1982), es que las creencias son una organización constante de percepciones y cogniciones sobre algún aspecto del mundo del individuo. En cambio las actitudes son una organización constante de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos con relación a algún aspecto del individuo. A partir de dichos planteamientos los autores concluyen que las actitudes son creencias inculcadas, con propiedades emocionales y motivacionales.

#### *1.4 Creencias y Alimentación*

Es evidente que las conductas, hábitos y estilos de vida pueden afectar la salud y la enfermedad de los individuos (Phares, 1999). Gómez (2003) plantea que las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud de los individuos al ser ideas que en un determinado momento se conjeturan y se forman ocupando un espacio y energía, materializándose dentro de los conceptos más arraigados de las personas.

Las creencias son un elemento importante que contribuye al continuo proceso salud-enfermedad, habiendo formas en las que nos pueden acercar o alejar de una enfermedad. Esto ocurre cuando las creencias personales afectan el comportamiento, esto es, cuando la persona tiene una creencia que puede afectar su salud, tiende a comportarse de acuerdo con ella y por ende a comprometer comportamientos que protejan su salud. (Birch y Zimemerman, 1980 en Vélez 2007).

En este sentido Amigo, Fernández, Rodríguez y Rodríguez (2005) realizaron un estudio en el que analizaron las creencias de una muestra de jóvenes universitarias sobre las estrategias que consideraban efectivas para

el control del peso, sobre el valor nutricional de los alimentos y aquellos que tienen más capacidad para promover incrementos de peso.

Los resultados indicaron que la mayor parte de la población entrevistada cree, acertadamente, que las estrategias extremas que se han popularizado para el control del peso como el vómito, el uso de laxantes o las dietas monoalimentarias o hipercalóricas no son útiles. Sin embargo, un porcentaje de jóvenes, que en ningún caso supera el 8%, admite como adecuadas tales prácticas. Mientras que consideran al ejercicio físico como una manera excelente de reducir la grasa corporal en algunos lugares del cuerpo. En relación al valor nutricional de los alimentos tan sólo se mantiene la idea errónea, por más del 70% de las encuestadas, del valor hipercalórico del pan y las patatas, es decir, las encuestadas consideran que estos alimentos engordan (Amigo y cols., 2005).

Este tipo de creencias erróneas pueden conducir hacia la enfermedad de las personas, al llevar a cabo estas prácticas de riesgo con la creencia de que les ayudaran a perder peso.

La mayoría de los estudios sobre creencias acerca de los alimentos se han centrado en indagar cómo es que influyen en la elección de comida y el consumo de dichos productos por parte de los individuos. Como la investigación realizada por Mahon, Cowan y McCarthy (2006) sobre el consumo de comida preparada y *takeaways*, en el cual encontraron que los sujetos que tenían creencias más positivas sobre la conveniencia de tales productos eran aquellos que pensaban consumirlos durante la siguiente semana, es decir, la creencia que las personas tienen sobre estos alimentos era un factor que influía en su consumo.

En otro estudio realizado para identificar las creencias sobre la comida rápida y la frecuencia de consumo Dunn, Mohr, Wilson y Wittert (2008) realizaron entrevistas a sujetos mayores de 18 años a las que se les presentaba una lista de alimentos y les pedían que indicaran cuáles consideraban que eran de comida rápida y cada cuánto los consumían.

Dunn y cols. (2008) encontraron que los individuos describían la mayor parte de los alimentos de la lista como comida rápida y por lo general asociaban este tipo de comida con altos contenidos de grasa y pocos nutrientes. En cuanto a las creencias positivas hacia estos alimentos se mencionó con más frecuencia el factor relacionado con la conveniencia de dichos productos para acceder a ellos fácilmente.

En cuanto a la frecuencia de consumo sólo tres personas mencionaron nunca consumirlos, el 75% decía consumirlos al menos una vez cada 15 días. Asimismo, los investigadores presuponen que existe una relación entre el nivel de consumo y la edad de los individuos, ya que encontraron que los más jóvenes solían consumirlos entre 2 y 6 veces a la semana mientras que los adultos describían la ingesta de estos alimentos como una comida ocasional. Adicionalmente, con el propósito de conocer sus respuestas afectivas hacia estos alimentos, se les pidió a los participantes que imaginaran que estaban comiendo este tipo de alimentos y que describieran como los hacía sentir. A pesar de tener una amplia variedad de respuestas al respecto, únicamente dos tercios de la población sentían emociones positivas, tales como placer asociado al sabor, felicidad y satisfacción inmediata. Y únicamente 8% de la muestra describió sentimientos negativos específicos, utilizando adjetivos como pereza, apatía, decepción, insuficiencia, disgusto y repulsión (Dunn y cols., 2008).

Es interesante cómo, a pesar de las emociones negativas que las comidas rápidas suelen generar y las creencias de que este tipo de alimentos tiene altos contenidos de grasa y muy pocos nutrientes, los individuos siguen ingiriendo estos alimentos con mucha frecuencia. Dunn y cols. (2008) señalan que probablemente esto se deba a que la muestra evalúa los riesgos ocasionados por una mala salud (por comer este tipo de alimentos) como menores a los riesgos producidos por otras cosas.

Otras investigaciones se han centrado en el estudio de las creencias de alimentos específicos y la influencia de éstas en la salud nutricional de los individuos. Berg, Jonsson, Conner y Lissner (2002) realizaron 181 entrevistas a jóvenes estudiantes de entre 11 y 15 años de edad con el fin de investigar los conocimientos y creencias de dieta, así como, describir cuáles eran los principales determinantes en la selección de algunos alimentos. Y encontraron que los alimentos altos en grasa algunas veces eran elegidos por la creencia de los beneficios de la grasa: 50 sujetos creían que una dieta en grasa era importante para el cuerpo y 33 creían que era importante para el crecimiento. No obstante, los jóvenes también tenían creencias sobre los efectos negativos de las dietas con altos contenidos de grasa: 90 sujetos creían que el consumo de grasa da como resultado obesidad, mientras que 8 jóvenes asociaron el consumo de grasa con enfermedades del corazón. Por otro lado, todos los sujetos creían que el consumo de frutas y verduras era bueno para su salud, al igual que el consumo de pan (57 sujetos afirmaron que era un alimento que contenía fibra, 45 que debía consumirse porque contenía nutrientes y 30 personas creían que tenían efectos positivos en el estómago).

Berg y cols. (2002) concluyeron que dentro de los principales motivos para la elección de comidas con altos contenidos de fibra y bajos en grasas, se



encuentran aspectos de salud y algunas influencias sociales. La conducta de dieta saludable está asociada con las creencias y conocimientos sobre alimentación, por tal razón, los individuos eligen alimentos con niveles altos de grasa, bajo las creencias que ellos tienen de sus beneficios.

También se han realizado estudios para identificar las diferencias de sexo respecto a algunas creencias sobre nutrición, Davy, Benes y Driskell (2006) realizaron un cuestionario a 286 jóvenes universitarios, donde entre otras cosas, se les preguntó si creían que los contenidos de nutrición eran importantes: si era importante comer alimentos variados para tener una buena salud, si era importante limitar los carbohidratos, limitar grasas para perder peso y si creían que era necesario que perdieran peso. Los investigadores encontraron diferencias de sexo significativas únicamente en los tres últimos enunciados: 46.4% de mujeres contra 27.6% de hombres creían que era importante limitar el consumo de carbohidratos, 71.7% de mujeres contra 52.4% de hombres creían que era importante limitar el consumo de grasas para perder peso y el 57.4% de las mujeres contra el 28.6% de los hombres creían que necesitaban perder peso. Por otro lado, tres cuartas partes de los participantes creían que el contenido nutricional de los alimentos y una correcta proporción de carbohidratos, grasas y proteínas eran importantes para conseguir o mantener una buena salud.

Tal parece, que una vez que las personas han adquirido ciertas creencias, estas suelen ser motivadores importantes del comportamiento aunque con el paso del tiempo se presentan comportamientos diferentes, algunas de estas creencias parecen permanecer durante años y posteriormente proporcionar coherencia y predictibilidad a muchas de las conductas de las personas, como en el caso de la alimentación (Becoña y cols., 2000).

## II. Alimentos *Light*

### 2.1 Antecedentes

En los años 80 se consideraba que la grasa era el mayor enemigo de la salud: tapaba arterias, causaba infartos y eleva el colesterol en la sangre; por esto los productores de alimentos empezaron a fabricar los “bajos en colesterol”, “sin colesterol”, “bajos en grasa” o “sin grasa”. Es así como la elaboración de los llamados productos *light*, tuvo en un primer momento la finalidad de disminuir los niveles de colesterol y/o sodio, para así disminuir los problemas de hipertensión arterial, y adicionalmente ocasionar una disminución del peso (Álvarez, 2004; Caixas, 2000; Carson, 1990; Consumer, 2007; Lasheras, Ariño y Martínez, 2003; Olson, 1995).

Álvarez (2004) relata que las amas de casa se sentían tranquilas porque cuidaban la salud de su familia al comprar alimentos bajos en grasa, pero su tranquilidad cambió cuando un investigador del proyecto Framingham (estudio realizado a los habitantes este poblado, para saber que ocurría con su salud, que enfermedades tenían y por qué morían) confirmó que aunque la disminución de las grasas en la alimentación disminuía el colesterol las personas seguían muriendo por arterias del corazón obstruidas. Informó que el problema no era solamente las grasas en la alimentación sino también el exceso de azúcar ya que estas se convierten en grasa si no se utilizan de inmediato.

Cuando comenzaron a fabricarse los alimentos *light* no se conocían tantos compuestos y sustitutos de grasas y azúcar como los que se conocen hoy en día. Durante la década de los 80, cuando surgen los alimentos *light*, comenzó a emplearse la sacarina como edulcorante en lugar del azúcar en alimentos dirigidos a personas diabéticas o que querían bajar de peso. Uno

de los primeros alimentos *light* fueron las bebidas refrescantes sin azúcar, como la bebida Tab de Coca-cola, que fue rápidamente sustituida por la Coca cola *diet* y que después se llamo *light* (Carson, 1990; Consumer, 2007; Lasheras y cols., 2003; Olson, 1995).

En los años noventa Pszczola (1992, en Palomino 2007) menciona que la industria alimentaria se esforzó para poder alcanzar el nivel de desarrollo tecnológico y productivo que la situación de mercado requería. Se llevaron a cabo estudios e investigaciones sobre diferentes aspectos relacionados con el diseño y elaboración de los alimentos *light*, se analizaron los posibles sustitutos de grasa y los cambios necesarios en el procesamiento de los alimentos para conseguir que fueran aceptados por un consumidor más exigente. Hoy en día se conocen diversas sustancias y aditivos que consiguen aportar a los alimentos *light* un sabor y textura similar a las de sus equivalentes de referencia. Los procesos de fabricación han avanzado de forma notable en los últimos años, por lo que la calidad en la elaboración de los alimentos *light* es elevada. Valenzuela y Villarroe (1994 y 2000 en Palomino 2007) agregan que el crecimiento de la industria alimentaria obligó a definir algunos criterios relacionados con los alimentos *light*, que promovió un avance importante en el etiquetado nutricional de los alimentos que beneficia al consumidor.

Durante esta época la población comenzó a tomar conciencia de la relación entre salud y alimentación con especial atención a la obesidad, lo que trajo como consecuencia que los alimentos *light* empezaran a tener una gran demanda. Se vendían como alimentos a los que se les habían eliminado algunos nutrientes. Así una nueva generación de alimentos, cuyo contenido en grasas y azúcares había sido modificado, comenzó a hacerse presente en el mercado que hoy en día reciben diversas denominaciones: "*light*",

"aligerados", "ligeros", "bajos en grasa", "bajos en azúcar", "sin azúcar" o "bajos en calorías" (Bruhn, 1992; Hernández, 2007; Marine, 2006 en Palomino 2007).

Yañez (1999) plantea que los alimentos *light* siguen presentes de manera destacada en el mercado, y cada vez son más numerosos y variados, en parte esto se debe a la creciente preocupación por seguir una dieta equilibrada y el excesivo culto a la delgadez de nuestra sociedad. Son consumidos por la población insistentemente y sin control con la finalidad en la mayoría de las ocasiones de disminuir su peso, sin tomar en cuenta las complicaciones que pueden derivar como consecuencia de su ingesta excesiva.

Para Palomino (2007) la industria alimentaria ha diversificado la oferta de sus productos y ha incorporado los denominados reducidos o *light* a través de la publicidad a nivel mundial, destacado la diferencia nutricional de estos nuevos alimentos con caracteres especiales, con el propósito de cautivar nichos de mercado específicos. El mercado y consumo de los productos *light* están en aumento, se estima que cada año estos productos marcan una ganancia de cientos de millones de dólares. Este negocio muestra una tasa de crecimiento anual del 10%, mientras que otros de consumo masivo no superan el 5%. Desde el punto de vista dietético y nutricional resulta positivo que el consumidor desee alimentos con menor contenido de grasa y con menos azúcares, aunque para ello no es indispensable recurrir a los productos *light*, comiendo menos de ciertos alimentos o cocinándolos de manera adecuada se consigue reducirlos.

## 2.2 ¿Qué son los alimentos *light*?

Según Admin (2009) la palabra *light* es un anglicismo que traducido al español significa ligero o liviano, este término está mal empleado, la denominación correcta debería ser “alimentos modificados en su composición”.

Para catalogar a los alimentos *light* se utilizan estándares internacionales que señalan que un producto de este tipo debe tener 30% menos de valor energético que el producto regular o normal (Consumer, 2007; García, 2009; Kuklinski, 2003; Palomino, 2007; Quiles y Suria, 1996). Las bebidas, aperitivos, postres, dulces que se etiquetan bajo este título anglosajón teóricamente contienen como mínimo un 30% menos de calorías que sus correspondientes normales. Para Pérez (2008) este término es utilizado para señalar una reducción significativa de algunos ingredientes por lo que en la etiqueta debe de especificarse a qué productos se refiere (grasas, kilocalorías, sodio, etc.).

Según Lasheras y cols. (2003) son alimentos modificados, a los cuales se les han realizado cambios en su composición adicionándoles, disminuyéndoles o eliminándoles uno o más de sus nutrimentos que los que se encuentran en su versión regular. La disminución en el valor energético de estos productos se consigue por la eliminación total o parcial, y/o por la sustitución de uno o varios componentes que aportan energía, fundamentalmente, azúcares y grasas.

Actualmente, debido al gran desarrollo que ha tenido la industria de alimentos y la gran variedad de productos existentes, un alimento denominado como *light* puede tener diversos significados; por lo general se usan para definir aquellos alimentos que tienen menor cantidad que sus

versiones originales de grasa, de azúcar o de sal en su composición. Es decir, han sufrido una reducción o sustitución de algunos de los componentes de los productos tradicionales para conseguir que tengan un menor aporte calórico. Con base en esto se puede denominar *light* a los alimentos de valor calórico reducido, bajo en calorías, bajo en contenido glúcido, reducido contenido graso y bajo contenido en sodio (Alimentación Sana, 2007).

Las características de estos productos, según Admin (2009), se describen a continuación:

1. Productos *light* bajos en calorías: contienen menos calorías debido a que se ha reducido o eliminado algún nutrimento, como grasas o azúcares.
2. Productos *light* bajos ó sin azúcar: son los bajos en azúcares se les ha reducido en un 25% el contenido de azúcar que su alimento similar o su original. A los productos sin azúcar se les ha retirado por completo su cantidad y se les agregan sustitutos de azúcar.
3. Productos *light* bajos ó sin grasa: Son aquellos que su etiqueta reporta que tienen menos de 3 g de grasa por porción. Y los productos sin grasa son los que en su porción contengan 0% grasa.
4. Productos *light* bajos en colesterol: Son los que en su porción contienen menos de 20 mg de colesterol.
5. Productos *light* bajos en sodio: En estos se cuida que la porción del producto no tenga más de 140 mg de sodio.

Para Kuklinski (2003), Vilaplana (2008), Quiles y Suria (1996) fue en 1990 cuando la Comisión Internacional para la Ordenación Alimentaria (CIOA) tomó el acuerdo (sin validez jurídica) de que la denominación de alimento

ligero, aligerado o *light* se admitiera exclusivamente en aquellos productos alimenticios, comercializados, que reunieran las siguientes condiciones:

- a) No ser alimentos destinados a alimentaciones especiales.
- b) Tener productos de referencia en el mercado.
- c) Haber reducido, como mínimo, en un 30% el valor energético con respecto al producto de referencia, sin afectar la naturaleza del producto.
- d) Incluir en su etiquetado la información nutricional de ambos productos (*light* y convencional) para que el consumidor pueda valorar su compra.
- e) No puede hacerse alguna referencia en el etiquetado a ninguna indicación para la salud que pueda llevar a error al consumidor, no puede haber indicación que atribuya al alimento una utilidad de adelgazamiento.

La Comisión Internacional para la Ordenación Alimentaria (Vilaplana, 2008; Quiles y Suria, 1996) establece que es necesario que los productos lleven en la etiqueta el lema "aligerado en..." y el porcentaje de la reducción de forma perfectamente legible constando en la misma el valor energético del producto original y el valor del producto aligerado expresado para 100 gramos o 100 mililitros. En ningún caso, estas etiquetas deben inducir a error o engaño al consumidor sobre sus características reales. Renjifo (2002, en Palomino 2007) plantea que si los alimentos *light* están claramente rotulados, pueden ayudar a las personas a relacionar, el tipo de alimento, la porción y el contenido nutricional para obtener una alimentación saludable. Quiles y Suria (1996) mencionan que también se ha regulado la publicidad para que no aparezca en la etiqueta ninguna indicación que les

podiera atribuir acciones adelgazantes o de régimen, por el hecho de que su aporte calórico sea menor.

Dado que estos parámetros son recomendaciones y no existe un marco legal que obligue a cumplir con los requisitos propuestos, no todas las empresas cumplen con dicho acuerdo, por lo que en el mercado hay productos *light* cuyo aporte energético apenas difiere de su equivalente de referencia, pero con un precio superior.

Es término *light* es un adjetivo de uso excesivamente amplio y poco concreto que no siempre tiene que ver con las calorías. Es importante recalcar que, el hecho de que un producto sea *light*, sólo significa que tiene menos grasas, sales o azúcares; lo que no siempre implica que posea menos calorías. Al comprar un alimento *light* no se está adquiriendo un producto que no engorde, sino uno cuyo aporte calórico es menor al de su símil normal. Por ejemplo, un chocolate hipoglucídico puede tener menos o nada de azúcar, pero la misma cantidad de grasa que uno normal, que en muchos casos suma las mismas calorías por lo que aunque sea *light*, si se consume en abundancia genera aumento de peso.

Existe una gran variedad de este tipo de alimentos desde bebidas no alcohólicas, caramelos, lácteos, postres helados, salsas, mayonesas, sopas, etc. En refrescos y bebidas gaseosas, la denominación *light* suele hacer referencia a un aporte muy bajo de kilocalorías, y por tanto, se podría hablar en sentido estricto de un producto dietético. En productos como leche, crema y demás quiere decir que se eliminó o disminuyó la grasa; en pastes que la cantidad de azúcar se disminuyó o fue sustituida totalmente; en galletas y gelatinas que el endulzante no es azúcar sino fructuosa (carbohidrato más sano para el organismo) o sustitutos del azúcar como el



aspárteme, dextrosa, maltodextrina y sucralosa; para las papas y golosinas significa que no tienen grasa o azúcar y son alimentos con nulo valor nutritivo (Álvarez, 2004; Alimentación Sana, 2007; Cormillot, 2007).

### *2.3 Creencias sobre los alimentos light*

Alimentarse no es exclusivamente un hecho biológico sino también cultural y por ende hay una gran diversidad de opiniones y creencias al respecto que en ocasiones son erróneas y carecen de fundamento; como por ejemplo, disminuir el consumo de azúcar porque se relaciona con la obesidad y diabetes, o que el aceite crudo tiene menos calorías que frito cuando en realidad aporta el mismo número de calorías en cualquiera de las dos presentaciones. Así como este tipo de creencias hacia los alimentos comunes en el caso de los productos *light* existen diversos mitos y creencias, como los que se mencionaran a continuación (Cronica Viva, 2009; La Segunda Online, 2009).

#### *2.3.1 Light igual a adelgazantes*

Según datos procedentes de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares de 2003 (en Álvarez, 2007), realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), alrededor de un 6% de las personas entrevistadas, en particular las mujeres, afirmó adquirir estos productos para mantener la línea o mejorar la salud, sin embargo, la palabra *light* o las frases “sin azúcar”, “bajo en grasas” o similares que aparecen en los envases de algunos alimentos no significa que esos productos sean adelgazantes; su aporte calórico es inferior respecto a los alimentos a los que imitan.

En ocasiones cuando las personas intentan reducir, mantener o comer saludable, la mayoría opta por ingerir productos *light*, creyendo que consumen menos calorías o comen alimentos más naturales (Consejo

Editorial BíoX, 2009). La efectividad del consumo de estos alimentos para el control de peso no está suficiente demostrada, en muchas ocasiones la reducción calórica es insignificante. A pesar de que su aporte calórico es inferior respecto a los alimentos a los que imitan, algunos de ellos contienen grasas y azúcares en cantidades significativas; tal es el caso de mayonesas, margarinas, quesos, cremas, leches, mantequillas, panes, cereales, postres o patatas fritas; los cuales son alimentos ricos en grasa por naturaleza, aun tratándose de sus versiones *light* (Consumer, 2007; Cormillot, 2007; Anónimo, 2009; Hernández, 2006; La Segunda Online, 2009; Pérez, 2008; Vilaplana, 2008).

Una de las creencias más frecuentes que tienen las personas acerca de estos productos que describen algunos autores (Consumer, 2006; García, 2009; Palomino, 2007; Pérez, 2008; Vilaplana, 2008) es que adelgazan o que no engordan, sin embargo, si bien los alimentos con la denominación *light* tienen un número de calorías inferior a los de su clase en ningún caso significa que no engorden. Cualquier alimento que contenga macronutrientes (proteínas, grasas o hidratos de carbono) o alcohol en su composición, es decir, que aporte energía, contribuye a la ingesta de calorías, y si ésta supera las necesidades energéticas del individuo, le llevará a aumentar su peso corporal. De esta forma el abuso de estos productos no sólo no ayuda a reducir el peso sino que puede contribuir a aumentarlo. La idea de que los productos *light* adelgazan o no engordan genera que las personas los consuman en cantidades excesivas, dando como resultado un incremento de peso.

También se debe moderar la cantidad de consumo de estos productos para evitar un aumento de peso, comer dos porciones de un producto *light* puede significar ingerir más calorías que tomar el mismo producto en su versión

normal. Si tomamos en cuenta que algunos de estos alimentos tienen casi la misma cantidad de calorías que sus homólogos. Por ejemplo, que el azúcar haya sido sustituido por fructosa no significa que tengan menos calorías; la fructosa es el azúcar de la fruta y muchos de estos productos también suelen contener grasas o aceites, que pueden incrementar su valor calórico (Alimentación Sana, 2007; Consumer, 2006).

El hecho de consumir estos alimentos en la dieta diaria, no implica que se bajará de peso, contienen en promedio 30% menos calorías, grasas, sodio o azúcares que los alimentos normales. Pero consumir una cantidad baja de estos componentes puede provocar hipertensión, desórdenes gástricos o afecciones en el sistema renal. Las personas suelen cometer el error de comer más de la cuenta, salvaguardándose en la excusa de que, al ser un alimento *light*, presuntamente no engordará. Un error que puede aumentar el riesgo de sufrir desequilibrios nutricionales, pues los azúcares y grasas son imprescindibles para el correcto funcionamiento del organismo (Christian, 2007; Anónimo, 2009).

Hay que destacar que no todos los productos que incluyen el mensaje "sin azúcar", "sin azúcar añadido", "con fructosa", "apto para diabéticos" son bajos en calorías. Sólo son bajos en calorías si emplean edulcorantes no calóricos, mientras que los que incorporan fructosa (azúcar presente en frutas, hortalizas y miel) en lugar de sacarosa o azúcar común, pueden aportar la misma energía o incluso más que los alimentos convencionales (Alimentación Sana, 2007; Cormillot, 2007; Hernández, 2006; LatinSalud, 2007).

Según datos del Observatorio del Consumo y la Distribución Alimentaria (Omic Abenojar, 2008), los alimentos *light* forman parte de los productos en

los que menos confía el consumidor porque no creen que no aporten calorías. Dato interesante porque cada vez son más los productos que se comercializan con denominaciones como: *light*, ligero, aligerado, con menos grasa o sin azúcar, entre otros. Para los consumidores estos mensajes dan a entender que el producto es menos calórico y por ende más saludable. Esto indica que los ciudadanos son más conscientes de que cuando eligen un producto que dice ser *light* no lo hacen porque el producto no tenga calorías.

Consumir alimentos que contengan menos calorías que los normales pueden ayudar a controlar el peso, pero no se puede pretender que sólo comiendo este tipo de alimentos las personas puedan adelgazar. Para tener un efecto positivo de estos alimentos se deben consumir en las mismas cantidades que sus equivalentes (Alimentación Sana, 2007; Vilaplana, 2008).

Según Ojanguren (2009) la gente que cambia su comida tradicional y natural por gran cantidad de productos *light* no obtiene una dieta efectiva para bajar de peso, por el contrario al consumirlos en forma regular pone en riesgo su salud. Renjifo y Nobre (2002 y 2006, en Palomino 2007) señalan que con frecuencia el resultado del excesivo consumo de alimentos *light*, es un incremento de peso mayor que si hubiesen optado por las versiones no ligeras de cada producto. En un reciente estudio realizado en la ciudad de Lima y Callao en una muestra de 450, el 84% de la población conocen los productos *light*, y lo asocian a productos o alimentos que no engordan; debido a una enorme campaña publicitaria que se ha realizado en los últimos años.

No sólo por cuestiones psicológicas las personas piensan que este tipo de alimentos adelgazan y los consumen más, se ha comprobado en un trabajo realizado en ratas, por los investigadores Davidson y Swithers (2000, en Dadvison, 2004), que las bebidas *light* producen una confusión en el cerebro de las ratas que hace que consuman más de estos alimentos al no detectar calorías. Un consumo excesivo de este tipo de bebidas puede confundir al organismo y perjudicar el seguimiento de una dieta, haciéndolos comer más. Las bebidas *light* contienen edulcorantes artificiales con un contenido de calorías muy bajo; según este estudio el exceso de dulce sin calorías confunde al cuerpo, el cual desarrolla mecanismos biológicos compensatorios (sobre ingesta), esto puede llevar a un desequilibrio en la elección de porciones y de saciedad. Es decir, los productos *light* en exceso pueden hacer perder la capacidad inconsciente de medir la ingesta de alimentos.

Las ratas que consumían bebidas con edulcorantes artificiales bajos en calorías consumían más volumen de alimentos que las ratas que consumían bebidas normales. De acuerdo con los investigadores esto también ocurre en personas que consumen grandes cantidades de productos *light*, los edulcorantes artificiales de estos alimentos desencadenarían una alteración biológica que producirá una mayor ingesta de éstos (Davidson y Swithers, 2000 en Dadvison, 2004).

### *2.3.2 Alimentos light, ¿aptos para todas las personas?*

No existe una edad adecuada para el consumo de productos *light*, pero sí algunos periodos en el desarrollo en los que no deberían ingerirse, por ejemplo, la infancia y la adolescencia, ya que son etapas en las que ocurren diferentes procesos de formación de los tejidos y se necesitan de todos los nutrientes de los alimentos. Los ancianos tampoco deben consumir

alimentos *light*, porque necesitan los consumos naturales para suplir las deficiencias causadas por la edad. Tampoco son recomendables en las etapas del embarazo o lactancia, debido a que en estos periodos el cuerpo necesita un mayor aporte de carbohidratos, grasas y proteínas (Anónimo, 2009).

Sin embargo, Cormillot (2007) dice que los alimentos *light* suelen ser utilizados indistintamente por personas que están bajo un régimen alimenticio y por aquellos que por razones de salud deben cuidar el consumo de ciertos alimentos. De igual forma para Ojanguren (2009) las personas con diabetes o problemas cardiovasculares, que requieren controlar la ingesta energética en su menú, pueden usar como complemento los alimentos con bajo contenido de azúcar y grasas pero siempre bajo prescripción médica.

Otros autores (Alimentación Sana, 2007; Anónimo, 2009; Czubaj, 2006; Cormillot, 2007; Hernández, 2006; LatinSalud, 2007; Vilaplana, 2008) refieren que en personas que están en buenas condiciones de salud no está justificado recurrir a este tipo de productos, se consideran adecuados para quienes deben limitar el aporte energético de su alimentación o la cantidad de grasas y/o azúcares, debido a que sufren algún trastorno o enfermedad. Los productos con menos grasa son útiles para diversificar la alimentación de quienes tienen que controlar la cantidad de éstas en su dieta, como el caso de quienes padecen hipercolesterolemia (presencia de niveles elevados del colesterol en la sangre), hipertrigliceridemia (exceso de triglicéridos en la sangre), trastornos hepáticos o de la vesícula biliar, problemas pancreáticos y de sobrepeso u obesidad. Y productos con menos azúcar o sin azúcar son útiles para diabéticos.

De acuerdo con Vilaplana (2008) los alimentos *light* no tienen que ser parte de una dieta saludable; la preocupación excesiva por la imagen corporal de los últimos años hace que estos alimentos se consuman en exceso o de forma innecesaria. No está justificado que las personas que tienen buenas condiciones de salud recurran a este tipo de alimento, si se abusa o se hace un uso indiscriminado de ellos aumenta el riesgo de que se produzcan desequilibrios nutricionales.

### 2.3.3 Alimentos *light*: dañinos o benéficos

Las personas consumen estos productos por la creencia de que les ayudan a tener una alimentación más sana aunque no siempre es así. En una investigación realizada acerca de los productos comercializados como *light*, se llegó a la conclusión de que un tercio de los alimentos etiquetados como *light* no lo son en realidad; en tales casos el valor energético de estos alimentos es tan bajo como cabría esperar (Consejo Editorial BíoX, 2009).

En un estudio realizado por Herrera y cols. (2008) en un grupo de adolescentes embarazadas sobre sus hábitos de alimentación y su percepción en relación a los conceptos culturales que influyen en ellos, como las creencias, encontraron que 96% de las adolescentes creían que los alimentos preparados en casa eran más nutritivos que los procesados. Asimismo, creían que hay ciertos alimentos que son perjudiciales para el embarazo y dentro de los más perjudiciales mencionaron grasas (36,7%), producto chatarra (30%), chile (26,7%), refrescos embotellados (23,3%), comidas preparadas (26,7%) y sal (10%); en este caso los alimentos *light* obtuvieron el último lugar de los alimentos analizados. Es decir, las mujeres embarazadas de este estudio, no consideraban a los alimentos *light* tan perjudiciales como otros alimentos como las grasas o el chile.

Hay mucha polémica con este tipo de alimentos porque en ocasiones se les agregan sustitutos de azúcar como aspartame, sucralosa o sacarina; sustancias que se cree causan cáncer o que son dañinos, información que hasta la fecha no se ha podido comprobar. Los expertos también alertan que exagerar en su consumo y dejar de comer productos naturales, puede provocar carencia de nutrientes esenciales y desbalance en la alimentación (Herrera y cols., 2008).

Ojanguren (2009) comenta que los alimentos *light* contienen aditivos, vegetales o sintéticos, cuyo consumo cotidiano puede afectar órganos como los riñones. Los sustitutos de grasa (por ejemplo simplesse, maltrin, N-oil, salatrim, caprenina) presentan efectos adversos como flatulencia, diarreas, náuseas y cuando se consume en exceso mal absorción de las vitaminas liposolubles.

Palomino (2007) y Ojanguren (2009) señalan que el consumo habitual de productos *light* que contienen aspartame se asocia a enfermedades como la epilepsia, cefaleas, depresión, enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple, problemas visuales, alergias, complicaciones diabéticas, entre otros trastornos, además de su potencial adictivo. También mencionan que el abuso de edulcorantes como el ciclamato (que provocan un aumento de apetito) puede ocasionar cefaleas y molestias gastrointestinales.

En un estudio realizado por el Roberts (2007, en Palomino, 2007) sobre los efectos del aspartame encontró que a 33 (5.6%) de 540 personas; les fue difícil o imposible dejar de consumirlo; experimentando graves síntomas del síndrome de abstinencia. En sus descripciones, los afectados o sus parientes (padres de niños afectados) utilizaron términos como "adicto" o "adicción".



Mientras que algunos autores como Admin (2009) plantean que estos alimentos pueden ser una buena opción para las personas que se encuentran sometidas a un régimen de reducción de peso, los productos bajos en grasa y calorías pueden ser de apoyo; para personas con colesterol o triglicéridos altos, los bajos o sin grasas son una alternativa para su tratamiento. Para hipertensos, los bajos en sodio son una adecuada opción para controlar su presión. Y para diabéticos, los bajos o sin azúcar son útiles para el control de su padecimiento. Otros autores (Ojanguren, 2009), por el contrario, dicen que el empleo indiscriminado de este tipo de productos puede alterar la salud, que el consumo reducido de calorías, grasas, sodio y azúcares que los normales, podría convertirse en hipertensión, desórdenes gástricos o afecciones en el sistema renal.

Así mismo, se menciona que si se sustituyen muchos de los alimentos convencionales por sus versiones *light*, puede haber riesgo de carencia de nutrientes esenciales; el organismo no puede producirlos por sí solo, especialmente si la dieta no está diseñada correctamente. Es necesario consumir grasas porque son el vehículo de ácidos grasos esenciales (linoleico y linolénico) y de vitaminas liposolubles o solubles en grasa (A, D, E, K), que cumplen funciones de gran importancia (Consumer, 2007; Vilaplana, 2008).

El correcto funcionamiento del organismo también puede alterarse si se suprimen o limitan excesivamente los alimentos ricos en hidratos de carbono, como cereales y derivados (pasta, pan, biscotes, etc.), patatas, legumbres, verduras, frutas y dulces; si no se consume la cantidad adecuada de estos alimentos se produce un autoconsumo de las propias reservas corporales que conllevaría a efectos perjudiciales para la salud. Todo esto se agrava si se ingieren alimentos sin azúcar, que ocasiona la

pérdida de otras reservas corporales que el organismo emplearía como fuente de energía debido a la carencia de hidratos de carbono, nuestro principal combustible energético (Consumer, 2007; Vilaplana, 2008).

Feijoo (2003 en Palomino, 2007) realizó un trabajo de investigación en 30 ratas a quienes les proporcionó dietas con energía y proteínas de acuerdo a sus requerimientos durante 45 días a cada rata. El primer grupo recibió como fuente de ácidos grasos los provenientes de aceite vegetal de cocina, el segundo grupo aceite vegetal de cocina *light*, y el tercer grupo margarina vegetal *light*. Los resultados indican que las ratas alimentadas con dietas que incluían ácidos grasos provenientes de la grasa tipo margarina vegetal *light*, presentaron trastornos en la composición corporal, variaciones enzimáticas, discreto foco degenerativo y reducción del paquete muscular.

Independientemente de la disminución de nutrientes de los alimentos *light*, Llanos (2007, en Alimentación Sana, 2007) recalca la importancia de leer las etiquetas antes de consumir estos productos porque algunos suelen tener casi la misma cantidad de calorías que los comunes, ya que con sólo modificar algún componente o rebajar la cantidad de calorías son denominados como *light*.

Como en la investigación de Olson (1995), quien analizó 52 alimentos tipo *light* y encontró que un tercio de los alimentos que se anuncian como tales no lo son en realidad. Todos los alimentos estudiados presentaron un etiquetado deficiente, algunos ofrecen una ración menor de la habitual para presumir de una reducción de calorías, y otros incorporan mensajes que confunden al consumidor. La principal conclusión a la que llegó es que no reducen su aporte calórico tan significativamente como se esperaría y que habitualmente (76% de los casos) son más caros que sus referentes

convencionales. También halló que entre los alimentos estudiados que sí son *light* (64% de toda la muestra), la mayoría reduce su poder energético sustituyendo el azúcar por edulcorantes, y la grasa por sustitutivos químicos miméticos.

El peligro de estos productos radica en que usualmente las personas desconocen lo que las fórmulas indican y creyendo que los alimentos que se promocionan como *light* no engordan, pueden llegar a comerlos en exceso. Sin embargo, según Llanos (2007, en Alimentación Sana, 2007), sí se cuenta con la correcta información sobre sus propiedades, consumirlos puede ser saludable, especialmente para las personas que por cuestiones de salud tienen que cuidar la ingesta de ciertos tipos de alimentos.

#### *2.4 Publicidad light*

Los medios de comunicación tienen como objetivo transmitir información que se selecciona con el propósito de convencernos de algo, condicionar nuestra opinión o vendernos algún producto, como los alimentos *light*. La industria de alimentos *light*, bajos en grasa y sin calorías se ha constituido como uno de los grandes pilares de la economía mundial. Esta industria ha quintuplicado sus ingresos en los últimos años, con lo cual sostiene un gran capital para el desarrollo de publicidad que fomente la obsesión por una delgadez, en la mayoría de los casos inaccesible, misma que lleva inevitablemente a consumir los productos que prometen bajar de peso (Crispo, 1998; Silva, 2007).

Cada día los medios de comunicación bombardean a los consumidores ofreciendo una enorme cantidad de productos bajos en calorías denominados *light*. Las personas preocupadas por mantener su figura y por

la posibilidad de llevar una alimentación sana, han fomentado el aumento de la oferta de los productos *light* (Alimentación Sana, 2007).

Los medios de comunicación juegan un papel importante en el tipo de alimentos que se consumen. Vera (1998) plantea que constantemente se lanzan anuncios de alimentos *light* que estimulan su consumo a cambio de obtener un “buen cuerpo”. Hay estudios que señalan la influencia persuasiva que los medios ejercen en el consumo de ciertos alimentos, principalmente en niños; Taras y cols. (1989, en Vera, op. cit.) encontraron altas correlaciones entre la frecuencia con que determinados alimentos eran anunciados en televisión, el número de horas en que los niños la veían y la frecuencia con que pedían a sus padres esos alimentos y ellos se los compraban. Otro ejemplo es el de Johnson, Wardle y Griffith (2002) quienes encontraron que el consumo de frituras procesadas (con alto contenido de hidratos de carbono, grasas saturadas, saborizantes, colorantes) y de refrescos embotellados, fue un rasgo común en una de cada dos adolescentes independientemente de que ellas mismas los consideraran dañinos.

La publicidad de artículos para bajar de peso era casi nula a principios de siglo, el auge de una industria cada vez más poderosa (farmacéutica, alimentaria, editorial y publicitaria) de adelgazamiento ha fomentado en los últimos años un incremento en la frecuencia de padecimientos de la alimentación (Braguinsky, 1987 en Gómez 1993).

El boom de anuncios sobre alimentos *light* puede provocar cierto desconcierto en el consumidor, la cultura de lo *light* ha generado una confusión al relacionar este tipo de productos con la palabra adelgazar. En un estudio realizado por Guerrero (2006), donde se analizó el grado de

lectura y comprensión de la información contenida en los alimentos que ingieren los consumidores; se concluyó que los consumidores creen saber más de lo que realmente conocen sobre los alimentos que ingieren. Sin embargo, el término *light* que aparece en las etiquetas fue de fácil comprensión para los individuos, resultado del fuerte efecto de la publicidad.

Son los ancianos, deportistas y obesos los grupos más sensibles a recibir publicidad nutricional engañosa, muchos de los productos que se anuncian como *light* tienen las mismas calorías o sólo unas pocas menos que los normales, mientras que su precio suele ser más elevado (Cronica Viva, 2009).

Uno de los trabajos realizados sobre anuncios de este tipo de productos fue efectuado por Carrillo (2007) y consistió en indagar el recuerdo espontáneo de anuncios que promueven productos *light* y conocer cuáles son los motivos de dicho recuerdo. El autor concluyó que son las mujeres con algún trastorno alimentario quienes recuerdan espontáneamente en mayor medida los anuncios de productos *light* que las mujeres sanas. En general las razones del recuerdo se orientan a la repetición del anuncio o la frecuencia excesiva con que se son mostrados a la población, y no por la comparación con las imágenes que aparecen. Aunque esta última razón está más presente en las mujeres con algún trastorno de alimentación que las mujeres sanas.

### **III. Preocupación por el peso y la comida**

En la cultura occidental se ha desarrollado una enorme preocupación por el control del peso que tiene su origen en el valor de la delgadez como icono de belleza (Conner, Johnson y Grogan, 2004). La preocupación por la comida y el miedo a ganar peso son dos componentes básicos de los trastornos de la alimentación, es a causa de estos temores que las personas incurren en dietas o en conductas de riesgo que pueden desembocar en algún trastorno. Los pacientes temen ganar peso y ponerse gordos, por lo que empieza una persecución por la delgadez. La preocupación por el peso y el uso de métodos de dieta son un factor importante que precipita el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Cohen- Tovée, 1993; Weber, Haller y Narring, 2010).

Este tipo de pensamiento no es exclusivo de las pacientes con algún trastorno de la alimentación como lo plantean Vervaeet y Heeringen (2000); quienes después de analizar las actitudes hacia la alimentación en tres diferentes grupos de mujeres (estudiantes, modelos y pacientes diagnosticadas con algún trastorno de la alimentación); encontraron que la preocupación por el peso no sólo se presenta en pacientes diagnosticados con anorexia o bulimia, o en un grupo de alto riesgo como las modelos sino que está presente incluso en las jóvenes estudiantes. El deseo por adelgazar, comer solas, pensar sobre la comida durante todo el día, contar las calorías que consumen y experimentar que pierden el control sobre lo que comen fueron las actitudes más frecuentes en los tres grupos. Con esto los autores concluyen que esta preocupación por el peso y apariencia corporal puede inducir a modelos de alimentación similares a los de pacientes con desordenes de la alimentación.

La población en general presenta dificultades para mantenerse en un peso normal a lo largo de la vida debido, entre otras cosas, al desajuste entre el consumo de calorías y el gasto energético; la disponibilidad de alimentos altamente calóricos; la falta de modelos adecuados en el estilo de alimentación; el estilo de vida; el descenso de la actividad física y una cierta predisposición genética. Sin embargo, la preocupación por la comida, el control del peso y el enorme deseo de adelgazar llevan a las personas a utilizar una variedad de comportamientos alimentarios para conseguirlo, como un régimen estricto para bajar de peso o el exceso de ejercicio (Abraham y Llewelyn, 2005).

De acuerdo con Neumark-Sztainer y Hannan, (2000) la preocupación por el peso incluye la percepción actual por parte de las personas de tener sobrepeso, una imagen corporal negativa y practicas saludables y no saludables para controlar su peso. Holder y Keates (1993) menciona que las personas con preocupación por la comida y el peso suelen sobreestimar su talla corporal, dicen estar más gordos de los que en realidad son y están más insatisfechas con su figura que los individuos que no tienen estos pensamientos. Es por todo ello que muchas personas, principalmente mujeres jóvenes, ponen en práctica estrategias para reducir su peso, aunque muchas de estas en lugar de ser saludables tienen un efecto negativo sobre la salud, como el vómito autoinducido, dietas hipocalóricas restrictivas o el uso abusivo de laxantes, que a largo plazo pueden provocar no sólo problemas de salud, sino también el efecto opuesto al que se busca con ellos, el incremento del peso (Espina, Ortego, Ochoa, Yenes y Alemán, 2001; Saldaña, 1994; Sepúlveda, Botella y León, 2001).

La prevalencia de la preocupación por el peso, la comida y las dietas es elevada (principalmente en mujeres jóvenes), son varios los estudios que

han investigado el rol que tienen estas variables en la aparición o mantenimiento de los trastornos de la alimentación y se ha confirmado la relación que hay entre estos comportamientos y los desordenes alimenticios. Aunque la mayoría de los estudios se han llevado a cabo con muestras jóvenes, y son pocos los realizados en adultos; también en esta población se ha identificado que esta problemática sigue siendo bastante alta. Pero evidentemente no todas las mujeres jóvenes que presentan preocupación por su peso y realizan dietas terminan padeciendo bulimia o anorexia (Vogeltanz-holm, et al. 2000).

En un estudio longitudinal realizado de 1991 a 1996, con 709 sujetos de 26 a 54 años, Vogeltanz-holm, *et al.* (2000) encontraron que el 43% reportaba que su peso y apariencia era muy importante o lo más importante que cualquier otra cosa; y que aquellos que tenían preocupación por su peso en 1991 presentaban la realización de dietas intensas en 1996; y que las mujeres jóvenes que en 1991 tenían un IMC bajo solían tener preocupación por su peso 5 años después.

Mientras que Afifi- Soweid, Najem y Shediach- Rizkallah (2002) evaluaron en 954 estudiantes, con edad promedio de 18 años, la prevalencia de ciertos indicadores que manifiestan la preocupación por el peso como: me siento ansioso antes de comer, me siento extremadamente culpable después de comer, estoy consciente del contenido calórico de la comida que consumo, deseo y anhelo estar delgado, dedico mucho tiempo y pensamientos en la comida, me preocupa pensar que tengo mucha grasa en el cuerpo, si gano kilogramos me preocupa conservarlos y no poder bajar, me peso varias veces al día. De los cuales los más frecuentes fueron: estoy consciente del contenido calórico que consumo (28.8%), deseo estar delgado (21.4%) y me preocupa pensar que tengo mucha grasa en el cuerpo (19.3%). Se



presentaron diferencias significativas de género en todos los indicadores, fueron las mujeres quienes presentaron porcentajes más altos que los varones; pero esto no implica que ellos no sean un grupo de riesgo pues 20% manifestaron estar preocupados por su peso.

Diferentes autores (Erol, Toprak y Yazici, 2006; Johnson, et al., 2004; Macedo, et al., 2007; Milligan y Pritchard, 2006; Pritchard, 2008; Shea y Pritchard, 2007) han encontrado que hay una relación entre la preocupación por el peso y el género. La literatura sugiere que las mujeres desarrollan más preocupación por el peso que los hombres, es más probable que mujeres estudiantes realicen dietas, tengan comportamientos bulímicos y obtengan puntuaciones más altas en la Prueba de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) que los hombres.

Dentro de las investigaciones que señalan que la preocupación por el peso y la comida es más frecuente en mujeres que en hombres, está la de Thompson, Corwin, Rogan y Sargent (1999) que en un estudio con 180 madres y sus hijos adolescentes, reportan que las chicas tienen mayor preocupación por el peso que los chicos; además son las chicas quienes también perciben mayor preocupación por el peso y la comida en algún miembro de su familia o amigos. Adams, *et al.* (2000) también plantean que los hombres expresan menos preocupación por su peso, perciben menos que su familia o amigos tengan preocupación por su peso y expresan menos su deseo por bajar de peso que las mujeres. Igualmente en una muestra con 567 sujetos de entre 18 y 55 años Pritchard (2010) señala que las mujeres presentan niveles más altos de preocupación por el peso que los hombres. Mientras que los porcentajes estimados recientemente en el 2010 por Weber, Haller y Narring (en una muestra 7 548 estudiantes de 16

a 20 años), con respecto a la excesiva preocupación por el peso y la comida eran de 13.9% en las mujeres y de 1.6% en los hombres.

Aunque las investigaciones soportan la idea de que las mujeres exhiben mayor preocupación por el peso que los hombres; estos resultados se pueden deber a que existen diferencias de género o motivos diferentes por los que hombres y mujeres intentan ganar o perder peso. Es probable que los varones piensan que están por debajo de su peso y entonces ellos tratan de ganar peso, mientras que las mujeres piensan que están por arriba de su peso y por el contrario tratan de perderlo. Esto da como resultado que las mujeres exhiban niveles más altos de preocupación por el peso y de conductas para disminuirlo, mientras que los hombres presentan niveles más altos de ejercicio para ganar peso y músculos (Anderson y Bulik, 2004; Grossbard, Lee, Neighbors, y Larimer, 2009; Kiefer, Rathmanner, y Kunze, 2005; Tata, Fox, y Cooper, 2001).

Además de que se ha confirmado que estos pensamientos están presentes con mayor frecuencia en las mujeres, las diferentes investigaciones han identificado que la preocupación por el peso, la apariencia y la comida aparecen desde muy temprana edad. Todo sugiere que siguen un desarrollo que comienza en la infancia y continúa en la adolescencia (Gowers y Shore, 2001; Richards y cols., 1990). Y es durante la adolescencia cuando la preocupación y conductas relacionadas con el peso prevalecen (Neumark-Sztainer y Hannan, 2000; Neumark-Sztainer, et al., 1999).

Wardle y Marsland (1990) reporta que los niveles de preocupación por el peso eran casi tan altos a los 11 años de edad como a los 18 años. Mientras que Edlund, Hallquist y Sjoden (1994) describen que el periodo de edad en el que se incrementa la preocupación por la comida es entre los 11

y 14 años. Aunque, también se han encontrado este tipo de problemáticas relacionadas con la comida en niños de 7 y 8 años (Hill y Bhatti, 1995).

La preocupación por el peso y la comida se ha relacionado con varios factores que los pueden originar o intensificar. Por ejemplo, Brooke (2003) sugiere que estas actitudes se incrementan como resultado de la internalización de la crítica materna con respecto al peso y las dietas. De la misma manera, Levine y cols. (1994, en Thompson y cols. 1999) refieren que la crítica con respecto al peso o la apariencia por parte de algún miembro de la familia contribuye modestamente en la preocupación sobre el peso y la comida de los niños. También para Gowers y Shore (2001) los orígenes de estas preocupaciones pueden ser influidas por actitudes y creencias familiares, además de experiencias adversas y factores socioculturales.

De igual modo se ha identificado que existe una relación entre la baja autoestima y la preocupación por el peso y la apariencia en los jóvenes (Delinsky y Wilson, 2008; Grossbard y cols., 2009; Laliberte, Newton, McCabe, y Mills, 2007; Lowery, et al. 2005; Milligan y Pritchard, 2006; Pritchard, 2010; Shea y Pritchard, 2007).

Incluso el tipo de actividades que las personas realizan puede influir en la manifestación de estos síntomas, Davison, Earnest y Birch (2002) comprobaron que la participación de niñas de 5 y 7 años en deportes estéticos (danza, gimnasia, natación, aerobics, participación como porristas) y no estéticos (futbol, basquetbol, volibol, tenis, artes marciales) estaba relacionada con la preocupación por su peso. Las niñas que participaban en el primer grupo de deportes reportaba niveles más altos de preocupación

por su peso que aquellas que participaban en deportes no estéticos o las que no practicaban ningún deporte.

Otros estudios han encontrado que una alta exposición a los medios de comunicación puede estar asociada con que los jóvenes tengan mucha preocupación por su peso y la comida que ingieren. El estándar de delgadez de las mujeres atractivas presentadas actualmente en los medios, de acuerdo con los investigadores, es uno de los principales contribuidores de los altos niveles de preocupación por el peso corporal en las mujeres (McCabe, Ricciardelli, y Finemore, 2002; Mills, Polivy, Herman, y Tiggeman, 2002). Investigaciones realizadas por Posavac, Posavac y Posavac (1998) demostraron que la exposición a imágenes por lo regular genera un incremento en la preocupación por el peso en mujeres, pero esto no ocurre en todas ellas ya que la satisfacción corporal y ciertas características de personalidad moderan su vulnerabilidad.

La preocupación por el peso y lo que uno ingiere suele estar presente en gran número de personas. En cierto grado este hecho en sí mismo no es patológico, por el contrario, le permite al individuo conservar un equilibrio y un bienestar con respecto a su cuerpo. Inclusive en ocasiones la preocupación por la comida es considerada una parte normal del proceso de desarrollo de los adolescentes. Sin embargo, cuando esta preocupación se vuelve excesiva puede tener como consecuencia un impacto en el desarrollo psicosocial, su consumo de alimentos y su salud, y no es de extrañarse que en tales casos se presenten trastornos de la alimentación; ya que las personas harán cualquier cosa para cumplir con un criterio personal que piensan y sienten que no está siendo satisfecho (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998; Weber, Haller y Narring, 2010).

### *3.1 Etiología de los trastornos de la alimentación*

Desde los inicios en los que se empezaban a realizar descripciones de los trastornos de la conducta alimentaria a los años más recientes en que la prevalencia de ellos ha ido en aumento, varios investigadores se han centrado en identificar cuáles o cuáles son las principales causas de este tipo de enfermedades, llegando a la conclusión de que son un grupo de factores biológicos, genéticos, sociales y culturales -como los que se mencionan a continuación- en conjunto y no por separado quienes dan pie a los trastornos de la alimentación.

#### *3.1.1 Factores genéticos y neuro-anatómicos*

Estudios genéticos (Abraham y Llewelyn, 2005; Klump, et al., 2001; Kortegaard, Hoerder, Joergensen y Gillberg, 2001; Theander, 1979; Silverman, 1860, en Toro 2004; Wade, Bulik, Neale, y Kendler, 2000) realizados con muestras amplias tienden a apoyar la influencia de factores genéticos en la anorexia y bulimia. Han encontrado que estos trastornos son más comunes en gemelos idénticos o monocigóticos comparados con mellizos o dicigóticos; y más comunes entre hermanos y familiares que cuando se comparan con la población general.

De acuerdo a Bulik, Sullivan, Wade y Kendler (2000) no es posible sacar conclusiones firmes con respecto a la contribución precisa de los factores genéticos y ambientales para la anorexia nerviosa, pero en el caso de la bulimia nerviosa los estudios de gemelos confirman una relevancia familiar y contribuciones significativas de los efectos genéticos.

Existen diferentes investigaciones que respaldan y defienden la hipótesis de la transmisión familiar de la anorexia y bulimia. Dichos estudios (Strober, Freeman y Lampert, 2000) señalan que entre los familiares de pacientes

con un trastorno de alimentación existe un incremento de la prevalencia de la anorexia y bulimia nerviosa entre 7 y 12 veces superior a la de la población en general.

Incluso los síntomas de los trastornos alimentarios parecen ser moderadamente hereditarios; estudios realizados con gemelos con atracones, vómitos autoinducidos y con restricción de alimentos, como el realizado por Klump, McGue y Iacono (2000), indican que estos comportamientos son hereditarios en un 46 a 72% de los casos. De igual forma algunas actitudes patológicas como la insatisfacción corporal y la excesiva preocupación por la comida y el peso muestran heredabilidades entre el 32 y 72% aproximadamente (Wade y cols., 2000).

Desde el punto de vista fisiológico se ha observado que en la anorexia se presentan varias anomalías en la respuesta neuroendocrina ante la comida; pacientes con anorexia en estado agudo manifiestan una respuesta menor a los niveles de insulina o de glucosa ante la ingestión de comida. Mientras que los niveles de polipéptidos pancreáticos y la hormona del crecimiento aumentan (Toro, 2004).

Abraham y Llewelyn (2005), también mencionan que personas con bulimia presentan niveles bajos de triptófano en la sangre, que aumenta después de consumir alimentos ricos en carbohidratos, esta sustancia pasa de la sangre al cerebro donde estimula la producción de serotonina que a su vez disminuye el apetito y mejora el estado de ánimo. De acuerdo con los autores el poco nivel de triptófano incrementa los atracones ocasionados por el hambre.

### 3.1.2 Sexo

Este tipo de padecimientos suelen presentarse con mayor frecuencia en las mujeres. Abraham y Llewelyn (2005) señalan que este tipo de trastornos se dan en las mujeres con una frecuencia entre 10 a 20 veces superior a los varones. En el DSM- IV- TR se plantea que más del 90% de los casos de anorexia y bulimia nerviosa se observa en las mujeres; la prevalencia de la anorexia en ellas es de aproximadamente 0.5%, mientras que entre los hombres es aproximadamente una décima parte de la prevalencia de este trastorno en las mujeres. Por otra parte, la prevalencia de la bulimia en el sexo femenino es de aproximadamente 1- 3%, mientras que en los hombres es diez veces menor.

Entre los principales hallazgos de la investigación realizada con diferentes grupos etarios (Pérez-Mitre y cols., 2001 en Mancilla y Gómez, 2006) se encontró que durante la preadolescencia no hay diferencias entre niños y niñas en variables como imagen corporal y preocupación por el peso. La diferencia se inicia en la pubertad, etapa en la que las mujeres se encuentran más insatisfechas con su cuerpo.

Comparando un grupo de niños y niñas de 11 a 18 años Porter (1990, en Wiseman y Peltzman 2004) encontró que la insatisfacción corporal y la motivación por la delgadez estuvieron presentes en ambos sexos, sin embargo, los hombres presentaron puntuaciones significativamente más bajas que las mujeres.

A diferencia de las mujeres, entre los hombres el comienzo de la enfermedad es más tardío; siendo los principales factores de riesgo la insatisfacción corporal y la realización de dietas restrictivas. (Andersen, Cohn y Holbrook, 2000; Pope, Phillips y Olivardia, 2002, en Mancilla y

Gómez 2006). Y en este sentido, en un estudio realizado por Álvarez y cols. (2003) con una muestra de estudiantes universitarios y bachillerato de la ciudad de Monterrey, se encontró que 12.7% de los hombres presentaron síntomas de este tipo de patología, como dieta restrictiva, ejercicio excesivo o malestar con su imagen corporal. Según Mateo (2002) uno de los factores más relevantes en la sintomatología de los trastornos alimentarios en varones son los sentimientos de ineficacia.

En México se han realizado algunas investigaciones con muestras de adolescentes provenientes principalmente de escuelas y los resultados han mostrado que una cantidad considerable de mujeres presenta sintomatología de trastornos de la alimentación; las cifras oscilan entre el 8.3 y 11.7 %. (Álvarez, Franco, Mancilla- Díaz, Álvarez y López, 2000; Mancilla- Díaz, et al., 1999).

### 3.1.3 Edad

Los diferentes estudios sobre la edad en que ocurre con mayor frecuencia los trastornos de la alimentación son contradictorios. Lucas (1988, en Abraham y Llewelyn, 2005) encontró que el 72% de los trastornos de la conducta alimentaria iniciaron antes de los 25 años y el 86% antes de los 30 años, es raro que ocurra por primera vez en una persona que tenga más de 45 años. Por otro lado Hindler, Crisp, McGuigan y Joughin (1994) encontraron que la edad media del comienzo del trastorno era entre los 17.4 años para mujeres y 18 años para varones. Y finalmente, Turnbull, *et al.* (1996) plantean que la incidencia más elevada ocurre entre los 10 y 19 años para la anorexia nerviosa y entre 20 y 39 para la bulimia nerviosa. De acuerdo con la American Psychiatric Association (1994) la edad de aparición de los trastornos de la alimentación es usualmente a los 17 años en el caso de la anorexia y a los 18 para la bulimia.



Los resultados de diversos autores (Bruchon- Schweitzer, 1992; Pérez-Mitre, 1999; Rosenbaum, 1979; en Mancilla y Gómez, 2006) señalan que la edad pico para el surgimiento de los trastornos de la conducta alimentaria es de 11 años.

Sin embargo, algunos autores señalan que los desórdenes de la alimentación también suelen presentarse en mujeres grandes, recientes estudios muestran que mujeres entre los 60 y 70 años de edad tienen conductas alimentarias y actitudes hacia la imagen corporal semejantes a las de mujeres mucho más jóvenes. Mangweth-Matzek, *et al.* (2006) realizaron un estudio con 475 mujeres de entre 60 y 70 años con la finalidad de identificar algún trastorno de la alimentación; ellos encontraron que más de la mitad controlaban su peso restringiendo su alimentación y más del 80% usaban productos bajos en grasa o *light* o incrementaban su actividad física para controlar su peso. Además el 6% reportaban usar laxantes, diuréticos o vómitos para controlar su peso. Y cerca de dos tercios reportaron estar insatisfechas con su peso y su figura.

Zerbe y Domnitei (2004) también identificaron un incremento en los desórdenes de alimentación en mujeres de 35 a 65 años, los autores mencionan que en una encuesta realizada a 3400 mujeres el 70% de las mujeres de 30 a 74 años mencionan estar insatisfechas con su peso, a pesar de tener un peso apenas por encima de lo normal, y el 89% querían perder peso. Los investigadores explican que el desarrollo de trastornos de la alimentación en esta edad no es de sorprenderse, ya que surgen a partir de varios cambios del ciclo normal de la vida como el aumento de peso, cambios en la figura por los depósitos de grasa que se presentan en etapas de la vida como la pubertad, embarazo y menopausia, la imagen corporal

también se puede ver amenazada por problemas de salud y enfermedades crónicas que se presentan en edades avanzadas. Todos los cambios físicos y el bombardeo de los medios para que las mujeres oculten su edad, son mensajes que dan la impresión de que envejecer es malo.

De igual forma Gadalla (2008a), quien realizó una investigación en 5 036 mujeres de 50 a 64 años y 3 978 mujeres mayores de 65 años, reporta que de las participantes de 50 a 64 años el 27% tienen una fuerte preocupación por sentirse o estar gordas en algún momento de sus vidas, 2.6% de ellas presentaron un puntaje mayor a 20 en el EAT-40 que indica la presencia de riesgo a padecer algún trastorno de la alimentación. En cuanto a las mujeres mayores de 65 años el 17.8% expresaron una fuerte preocupación por sentirse o estar gordas en algún momento de su vida y 1.8% de ellas puntuaron por arriba de 20 en el EAT-40. Estos porcentajes son parecidos a los encontrados en edades más tempranas por otros autores, tal parece que la búsqueda por la delgadez y la insatisfacción corporal no desaparecen con la edad, premisa con la que también concuerdan Webster y Tiggermann (2003) quienes reportan que la insatisfacción corporal y la importancia que se le da a la apariencia corporal no difieren en grupos de mujeres jóvenes, de edad media y las más grandes.

Mangweth-Matzek y cols. (2006) reportan que de una muestra de 1 000 mujeres de entre 60 y 70 años, 60% presentan insatisfacción con su cuerpo y el 80% realizan algún tipo de práctica para controlar su peso. Incluso 3.8% de las mujeres presentan un trastorno de la alimentación y 4.4% reportan algún síntoma relacionados con dichos padecimientos.

#### 3.1.4 Factores Psicológicos

Los trastornos de la alimentación afectan a personas con rasgos específicos de personalidad que las hace más frágiles y vulnerables, tienen una personalidad identificable son mas obsesivas o neuróticas, con autoestima baja, introvertidas, ansiosas y dependientes (Abraham y Llewelyn, 2005).

Factores como los antes mencionados, además de dificultades en el control de los afectos, conflictos familiares, conflictos intrapsíquicos, preocupación por el peso corporal y la comida, actitud negativa hacia la obesidad o positiva hacia la delgadez, autopercepción subjetiva del peso corporal, introyección de una figura ideal delgada, entre otros, evidencian que puede existir cierta vulnerabilidad psíquica para la aparición de trastornos como la anorexia o bulimia (Pérez-Mitre, 2001 en Mancilla y Gómez 2006).

Bosques (2003) encontró que las mujeres con sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por ser afectuosas, dependientes, inseguras, influenciables. También, según Álvarez, *et al.* (2003), presentan altos niveles de ansiedad y baja autoestima, se han caracterizado por la asimilación de modelos estéticos de delgadez y ser vulnerables a la influencia de los mensajes en pro de la delgadez que se transmiten en los medios de comunicación masivos.

Kendler y cols. (1991, en Rojo y Cava 2003) detectaron una comorbilidad significativa entre anorexia y bulimia con trastornos afectivos (depresión y distimia), trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (alcohol y tóxicos). También mencionan como factores predisponentes el trastorno obsesivo, la preocupación por la comida y el peso, rasgos de perfeccionismo, exposición a acontecimientos estresantes, baja autoestima, etc.

Otro factor de riesgo de gran importancia es la insatisfacción corporal (Mancilla y Gómez, 2006), la cual se da cuando una persona internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura y concluye que su cuerpo difiere de ese ideal. La insatisfacción corporal está íntimamente ligada con las opiniones subjetivas sobre el peso; las personas con problemas con su imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real los tienen con un cuerpo imaginario y es lo que conduce a las características psicopatológicas de los trastornos de la alimentación, como el deseo sobrevalorado y obsesivo de delgadez extrema y pánico a engordar (lipofobia), ideas negativas y repetitivas en torno a las cuales se despliegan conductas riesgosas para la salud (dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos, anoréxicos, laxantes, vómito autoinducido, etc.).

Mateo (2002) realizó una investigación con una muestra de 288 mujeres con una edad promedio de 15.8 años, estudiantes de instituciones públicas y privadas de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Por medio de la entrevista para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria basada en los criterios del DSM-IV, se encontró que 59 de las mujeres (26%) presentaban sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario (de las cuales 26 fueron identificadas con algún tipo de trastorno propiamente dicho: 2 con anorexia, 5 con bulimia, 18 trastornos de la conducta alimentaria no especificado y 1 con trastorno alimentario compulsivo). Al realizar un análisis de regresión simple, los resultados mostraron que la insatisfacción corporal, la interiorización del modelo estético de delgadez, la influencia de los modelos estéticos corporales y la publicidad predicen la presencia de trastornos de la alimentación; de estos se encontró que la insatisfacción corporal fue el mejor factor predictivo de estos padecimientos.

Los resultados anteriores son consistentes con los expuestos por Álvarez y cols. (2000) que corroboran el papel de la insatisfacción corporal como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación en mujeres mexicanas. La transmisión y difusión del modelo estético corporal vigente también mostró ser una variable que puede actuar como agente que predispone, precipita y hace perdurar los trastornos de la alimentación.

### *3.1.5 Factores culturales y sociales*

Actualmente es posible observar la presión que ejercen los medios de comunicación con la emisión de mensajes culturales unificados y comunes; fortaleciendo la imagen de cuerpos juveniles, esbeltos, deportistas y de éxito mediático. Existe gran cantidad de mensajes destinados a promover el adelgazamiento, no obstante, estos mensajes, con el falso señuelo de la salud y belleza, contribuyen a que ciertas opiniones y conductas anómalas sobre la dieta y el peso lleguen a ser consideradas como normales en nuestra cultura (Abraham y Llewelyn, 2005; Crispo y cols., 1998).

Bordo (1990, en Mancilla y Gómez, 2006) señala que a pesar que es del dominio público que todas las estrellas y modelos son el resultado de infinidad de intervenciones en rostro y cuerpo, la mujer común acaba fabricando una abstracción de ellas, y esos datos de la realidad los pasan por alto en la percepción final. Se asimila entonces, la imagen reconstruida de una belleza estandarizada, eternamente joven e imposible de alcanzar y es de esta manera que el modelo ideal queda arraigado con firmeza.

Se ha generado en la población una gran preocupación sobre las cuestiones de dieta y figura que generan sentimientos de rechazo del propio cuerpo, insatisfacción y baja autoestima, generado por el deseo de adaptarse a un estereotipo cultural que en la mayoría de las ocasiones es

inaccesible dadas nuestras características físicas. La influencia del modelo cultural es alta, al igual que ciertos valores estéticos y las personas portadoras de estos valores, como lo son modelos, artistas, gente popular que no son más que imágenes y realidades virtuales con gran influencia social (Bordo, 1990 en Mancilla y Gómez, 2006).

Se acepta la delgadez como una forma de belleza y a ésta como la clave del éxito personal y social. Las muchachas anoréxicas desean estar delgadas primero por su satisfacción personal y después por la satisfacción social. Crispo y cols. (1998) mencionan que tienen creencias particulares sobre las características de una dieta normal o una adelgazante y sobre el peso normal; estas creencias particulares y las cogniciones alteradas sobre la dieta, el peso y la figura son síntomas clínicos de la enfermedad; aunado a esto se encuentra la insatisfacción de su propia imagen y un enorme deseo de mejorarla.

Para Vera (1998) los elementos socioculturales que influyen en la aparición de este tipo de trastornos, destacan los medios de comunicación, la moda y la publicidad como una técnica de comunicación al servicio de productos *light* y de aquellos enfocados a bajar de peso. También incluye otros aspectos como la influencia de la información dirigida a jóvenes, las relaciones con los amigos, el éxito con las personas de otro sexo, las relaciones amorosas y exigencias profesionales. Todos y cada uno de estos agentes influyen de una determinada manera a nivel general y particular según sea el individuo.

Rojo y Cava (2003) mencionan que las investigaciones relacionadas con factores sociales que se han hecho, han evidenciado la influencia de la cultura en los prototipos físicos, pero no directamente en la decisión de

adelgazar, en el consumo de productos adelgazantes o relacionados con la belleza del cuerpo. Pero como todos los factores de riesgo, no se puede asegurar que los sociales sean determinantes, puesto que la presencia de anorexia y bulimia se da también en países en vías de desarrollo donde, por ejemplo, la publicidad de productos *light* es más limitada y a los que no han accedido los grandes imperios empresariales que fomentan la delgadez con el uso de sus productos. Sin embargo, sí tienen un papel significativo en la aparición y el mantenimiento de los trastornos de la alimentación.

Otro factor cultural que se ha relacionado con los trastornos de la alimentación son aquellas disciplinas donde el trabajo del cuerpo es esencial como la danza, donde el seguimiento de la delgadez por la estética se magnifica, lo cual sin duda eleva el riesgo de desarrollar psicopatologías alimentarias (Mancilla y Gómez, 2006; Smolak y cols. 2000, en Davison, Earnest y Birch, 2002).

En el mundo de la danza la delgadez es equiparada a una mejor ejecución, a las bailarinas se les exige tener un menor peso corporal y porcentaje de grasa que el resto de la población; y como menciona Abraham (1996, en Mancilla y Gómez, 2006), esto puede dar como resultado una ingestión insuficiente de calorías para la actividad física realizada.

Estudios sobre el tema realizados en México (Pérez-Mitre, 1996 en Mancilla y Gómez, 2006) señalan mayor presencia de conductas alimentarias patológicas como dieta restrictiva y conductas compensatorias no purgativas en estudiantes de ballet y bailarinas profesionales que aquellas estudiantes que no practican danza.

Las creencias culturales y actitudes han sido identificadas como factores que contribuyen al desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria (Mancilla y Gómez, 2006), las creencias y actitudes varían entre diferentes grupos raciales y étnicos y cambian a través del tiempo. Por ejemplo, en algunas sociedades no occidentales, la figura redonda es considerada atractiva y deseable y es asociada con prosperidad, fertilidad y seguridad económica; mientras que en otras culturas la delgadez es símbolo de éxito y belleza.

La activación de los factores etiológicos antes mencionados dan como resultado cuadros sintomatológicos bien identificados tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa. En cuanto a la caracterización de las mujeres con sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria (Álvarez y cols., 2000; Mancilla- Díaz y cols., 1999), los resultados de las investigaciones han mostrado que suelen realizar dietas restrictivas, ejercicio en exceso y llevar a cabo conductas compensatorias como autoprovocarse el vómito. También presentan excesiva preocupación por el peso y la comida, insatisfacción corporal, temor mórbido a estar gordas, incapacidad para establecer relaciones interpersonales, deseos de seguir siendo niñas y experimentan sentimientos de ineficacia. A continuación se describen más específicamente cada uno de los padecimientos de la conducta alimentaria.

### *3.2 Anorexia*

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno caracterizado por la conducta alimentaria anormal, ingesta reducida de calorías, regulación del peso y la figura, alteraciones en las actitudes y percepciones en cuanto al peso y forma del cuerpo, es decir, distorsiones de la imagen corporal y el temor de engordar o aumentar de peso (Inui, 2001; Steinglass y cols. 2010).



Rojo y Cava (2003) mencionan que las pacientes con anorexia se preocupan por el tamaño y peso de su cuerpo, lo que refleja su adhesión al culto por la delgadez de las sociedades modernas occidentales. Plantean que en nuestra sociedad la obesidad esta estigmatizada y es muy probable que las personas con este trastorno interioricen la aversión de la sociedad hacia las personas obesas y la transformen en un miedo exagerado a la gordura; y cuando se establece el miedo a engordar de manera anormal puede llegar a convertirse en una idea sobrevalorada o incluso un delirio.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), la anorexia nerviosa (AN) es un trastorno que se caracteriza por pérdida de peso o fracaso en la ganancia de peso que conduce a la emaciación. Además, esta pérdida de peso va acompañada de miedo a la ganancia de peso a pesar de tener infrapeso grave, amenorrea y alteración de la imagen corporal que en el sujeto se muestra porque se siente gordo cuando en realidad está muy delgado, niega su delgadez o solamente se autovalora en función de su peso y figura.

El DSM- IV establece dos tipos de anorexia:

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

### 3.2.1 Epidemiología de la Anorexia

La frecuencia de aparición de la anorexia nerviosa ha ido cambiando de forma marcada con el paso del tiempo. Hoek (2002) estima que la prevalencia de la anorexia es de 0.28% y Fairburn y Harrison (2003) establece porcentajes de 0.7%. En el caso de Hudson, Hiripi, Pope y Kessler (2007) determinaron que la prevalencia de la anorexia en una muestra de 9 282 personas (obtenida entre el 2001 y 2003) fue de .9% en mujeres y de .3% en hombres. En este mismo periodo de tiempo Preti, *et al.* (2009) encontraron que en una muestra de 21,425 persona de seis ciudades de Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Inglaterra y España) la prevalencia de este padecimiento era de 0.48%.

En los últimos años se calcula que la anorexia afecta alrededor del 0,7% de la población juvenil femenina (Amigo, 2003; Kielsas, Biornstorm, y Götelan, 2004). En el 2007, Pelaez, Labrador y Raich identificaron en una muestra de 1 545 estudiantes de Madrid (de 12 a 21 años) que la prevalencia de este trastorno de la alimentación era de 0.33%, para las mujeres y de 0.001% para los hombres. Mientras que en el 2008 Morgan, Scholtz, Lacey y Conway estimaron que la prevalencia de la anorexia era de 1.3%. En Latinoamérica Ángel, Martínez. y Gómez (2008) estimaron en una población de 2 770 estudiantes de diferentes secundarias de Colombia la prevalencia de anorexia era de 0.28 %. Y en el 2010 Touchette, *et al.* calcularon su prevalencia era de 3.5%.

### 3.2.2 Síntomas y consecuencias de la anorexia

Por lo general las descripciones sobre anorexia se han centrado en sus evidentes consecuencias somáticas, es decir, en las principales complicaciones que son consideradas como primarias: pérdida de peso y amenorrea en la mujer (Rojo y Cava, 2003; Toro, 1999).

Los pacientes con este trastorno suelen presentar una pérdida de peso rápido o un peso bajo en relación con la edad, talla, sexo y complejión. Como consecuencia directa de la dieta y pérdida de peso aparecen complicaciones médicas que afectan diversos órganos y sistemas que conforman el núcleo de la enfermedad (Becker y cols. 1999; García-Camba, 2001 en Rojo y Cava, 2003; Toro 1999), como por ejemplo:

- Neurológicas y endocrinas: disminución de la sustancia blanca, neuropatías periféricas, disminución de gonadotropinas, estrógenos y testosterona, elevación de cortisol, amenorrea, hipogonadismo, hiperadrenalismo, aumento de opioides, alteración vasopresina, aumento de la hormona de crecimiento, alteración de neurotransmisores.
- Metabólicas: alteraciones hidroelectrolíticas, hipotermia y metabolismo basal bajo, osteoporosis, aumento del colesterol, ácido úrico y enzimas hepáticos, hipoglucemia, hiperkarotenemia.
- Cardiovasculares: hipotensión, bradicardia, prolongación del QT, acrocianosis, edemas.
- Gastrointestinales: retraso del vaciamiento gástrico y estreñimiento.
- Hematológicas: anemia, leucopenia, plaquetopenia, hipoproteinemia
- Generales: pérdida de peso, astenia, debilidad muscular, calambres, sequedad y atrofia de piel y mucosa, caída de pelo, lanugo, alteraciones del sueño con la destrucción del ritmo sueño- vigilia e instalación de insomnio, alteración de la imagen corporal (sobreestimación del propio volumen o peso y preocupación excesiva por la imagen o el peso), deseo intenso y desproporcionado de adelgazar, conducta dirigida a controlar el peso (como: ejercicio físico excesivo, uso de laxantes, diuréticos, vómito autoinducido).

Otro tipo de síntomas que pueden presentar los pacientes con anorexia mencionados en el DSM-IV son estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio, obsesión con pensamientos relacionados con la comida y preocupación a comer en público.

### *3.3 Bulimia*

El concepto diagnóstico “Bulimia nerviosa” fue utilizado desde finales del siglo XIX para describir una categoría de pacientes que presentaban tendencia a comer demasiado y a reducir, a través de vómitos autoinducidos, laxantes o diuréticos, las consecuencias negativas de esta sobreingesta (Fernández y Turón, 2002).

La bulimia se caracteriza por el consumo recurrente de cantidades excesivas de alimentos (atracones de comida), seguida de conductas compensatorias inapropiadas. Zimmerli, Devlin, Kissileff y Walsh (2010) plantean que es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de comer fuera del control durante el cual hay un consumo excesivo de alimentos (atracones) y por el uso de métodos inadecuados, tales como vómitos autoinducidos, para evitar aumento de peso después de estos episodios.

También se conocen dos tipos, que puede ser purgativo o no purgativo, según lo planteado por el DSM- IV:

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno

o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

### *3.3.1 Epidemiología de la Bulimia*

Leudoux y cols. (1991, en Fernández y Turón, 2002) realizaron un estudio epidemiológico con estudiantes franceses ( $n = 3.228$ ) en donde obtuvieron que el 28.2% de las mujeres y el 13.14% de los varones presentaban episodios bulímicos; y que un 0.7% de los adolescentes (1.1% mujeres y 0.2% varones) con edades comprendidas entre 12 y 19 años, presentaban diagnóstico de bulimia. También destacan que el uso de dietas fue la estrategia más empleada para la disminución de peso, que este trastorno aparecía generalmente tras la pubertad, y que su incidencia aumentaba a partir de los 14 años.

En años más recientes Mancilla-Díaz y cols. (2004, en Mancilla y Gómez, 2006) realizaron un estudio con el fin de investigar la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres, encontraron que en 1995 la prevalencia de bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados fue de 0.14% y 0.35% respectivamente, mientras que en el 2001 fue de 0.24% y 0.91%. Es importante señalar que en ninguna de las muestras estudiadas se encontraron casos de anorexia.

Hoek (2002) estima que la prevalencia de la bulimia es de 1%. Y Fairburn y Harrison (2003) establece porcentajes de 1 a 2%. Hudson y cols. (2007) determinaron que la prevalencia de la bulimia entre el 2001 y 2003 fue de 1.5% en mujeres y de 0.5% en hombres. En este mismo periodo pero en seis ciudades de Europa, Preti y cols. (2009) encontraron la prevalencia de este trastorno era de 0.51%. En el 2007 Pelaez y cols. reportan que en Madrid era de 2.29% para las mujeres y de 0.16% para los hombres.

En nuestros días se calcula que la bulimia afecta alrededor del 1,2% de la población juvenil femenina, sin embargo, al tratarse de una patología que se tiende a ocultar, ese porcentaje podría ser mayor (Amigo, 2003; Kielsas y cols., 2004). En el 2008 Morgan y cols. estimaron que la prevalencia de la bulimia era de 12.6%. En el mismo año pero en Latinoamérica Ángel y cols. (2008) calcularon que era de 3.25%. Mientras que Touchette y cols. (2010) estimaron que la prevalencia de la bulimia era de 3.8%.

### *3.3.2 Principales síntomas y consecuencias de la bulimia*

Sherman y Thompson (1998) y el DSM- IV (1995) mencionan los síntomas que suelen presentarse con más frecuencia en la bulimia nerviosa:

1. Ciclo menstrual irregular, a pesar de que ocurre con más frecuencia cuando la persona está baja de peso, se presentan problemas similares incluso en personas bulímicas con un peso normal. No está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con las fluctuaciones de peso, déficit nutritivo o estrés emocional.
2. Problemas estomacales e intestinales, se dan como consecuencia por el trauma físico del vómito, también se pueden presentar espasmos por abuso de laxantes o una expansión extrema en el estómago por el consumo excesivo de comida, de igual forma, es posible que las personas con este trastorno presenten estreñimientos y diarrea por el uso excesivo de laxantes lo que puede producir acidosis metabólica.
3. Cutis seco, esta condición es resultado de la deshidratación o pérdida de agua en el cuerpo debido al vómito, abuso de laxantes o diuréticos.
4. Enfermedad dental y de las encías, incluye la erosión del esmalte dental, principalmente en la superficie inferior de los incisivos; pueden

resquebrajarse y parecer rotos y carcomidos; algunos pacientes presentan cavidades en la superficie de los dientes y aumento de caries causado por el ácido gástrico en la boca durante el vómito.

5. Desequilibrio de los electrolitos, este es probablemente el efecto colateral más grave, las purgas provocan una reducción del potasio, cloruro y del sodio en los electrolitos – los electrolitos son iones cargados eléctricamente, necesarios para el adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo- entre los problemas más graves que se pueden generar como resultado de un desequilibrio electrolítico son las fallas cardíacas e incluso la muerte.
6. Tumefacción en inflamación (edema), es generado por la deshidratación ocasionada por las purgas seguida por una retención de agua por rebote, regularmente esta inflamación es más fuerte después de que ha terminado la purga.
7. Molestias en garganta y esófago, igual que los anteriores estos problemas son producidos por el trauma físico del vómito autoinducido.
8. Inflamación de la glándula parótida, se encuentra debajo de la mandíbula y su inflamación también es el resultado del vómito que se provocan las personas con este trastorno.

También se sabe que individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos. Otras complicaciones, que aunque raras, pueden causar la muerte de los individuos son: desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas (DSM-IV-TR, 2005).

### 3.4 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Se refiere a aquellos pacientes que si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados como un trastorno típico de la conducta alimentaria como anorexia o bulimia (Fernández y Turón, 2002); como por ejemplo:

- Mujeres que cumplen con todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, sin embargo, presentan una menstruación regular.
- Los pacientes que a pesar de tener una pérdida de peso significativa, éste se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- Trastorno por ingesta compulsiva (*bienge eating*), que se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
- Fobia a la mayoría de los alimentos o conducta de vómitos que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria; pero sin que exista un miedo intenso a aumentar de peso.

Son pocos los estudios que han tratado de estimar la prevalencia de este trastorno en la población mundial. Pelaez y cols. (2007) identificaron en una muestra de 1 545 estudiantes de Madrid (de 12 a 21 años) que la prevalencia del trastorno de la alimentación no especificado fue de 2.72%, para las mujeres y de 0.48% para los hombres. En el 2008 Morgan y cols. estimaron que la prevalencia del trastorno era de 22.5%. Y en Latinoamérica Ángel y cols. (2008) el cálculo realizado en 2 770 estudiantes de Colombia fue de 33.6%.



## IV. Ansiedad

### 4.1 Definición de ansiedad

El término ansiedad, de *Anxietas-tatis*, significa estados de inquietud del ánimo ante un peligro eminente pero indeterminado, es decir, conllevan distintos grados de incertidumbre, pavor y agitación. El concepto se incorporó al lenguaje médico dentro de las enfermedades mentales a principios del siglo XVIII. En el primer tratado sobre psiquiatría en inglés, William Battie separa la locura de la ansiedad, planteando que ésta última tenía que entenderse como un sentido corporal más que mental, pues representaba un exceso de sensación (Sterin y Hollander, 2004).

La ansiedad puede ser descrita desde diferentes puntos de vista, neurológicos, conductuales, adaptativos, psíquicos, etc., pero en el DSM-IV se describe como la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, interna o externamente, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión.

Sáiz (2001) menciona que es un fenómeno psíquico universal que todos experimentan en mayor o menor medida en la vida cotidiana, y se puede convertir en patológica cuando deja de ser adaptativa, cuando el peligro al que pretende responder no es real o cuando su nivel de activación y duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva.

Spielberger (1979, en Mercado 1992) considera a la ansiedad como un estado emocional que consiste en sentimientos displacenteros, percibidos conscientemente de nerviosismo, tensión y aprensión con acciones asociadas o activación del sistema nervioso autónomo; la persona con frecuencia responde a sus sentimientos con pensamientos, palabras o

acciones, que parecen inapropiados, perturbados, irracionales o desorganizados.

La ansiedad no siempre es una respuesta a algo definido, puede surgir del interior de la persona sin razón aparente. Se experimenta esencialmente en la manera de elaborar las ideas y los recuerdos, por lo que se puede decir que es un estado subjetivo de tensión que se produce como consecuencia de errores o deficiencias en la acumulación y procesamiento de la información (Rojas, 2002).

Rachman (1984, en Ávila 2010) propone que la ansiedad se diferencia del miedo ya que mientras el último es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprescindibles.

Spielberger y Diaz- Guerrero (1975) conceptualizan la ansiedad de dos formas; como un rasgo y como un componente estado. La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, la diferencia entre las personas en la tendencia a responder a situaciones estimulantes con diferentes elevaciones en la intensidad de la ansiedad- estado; como si fuera la energía potencial que indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. La ansiedad estado en cambio es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizado por sentimientos de aprensión y tensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo; en un momento específico, reacción que es de naturaleza transitoria; estos estados de ansiedad transitoria pueden variar de intensidad, duración y fluctuar a través del tiempo.

La teoría de Spielberger (1975, en Lerma 2004) se resume en que los estímulos internos o externos se perciben como amenazantes y evocan reacciones de ansiedad-estado; a través de mecanismos de retroalimentación sensoriales y cognitivos, los niveles de ansiedad- estado se experimentan como desagradables. Cuando mayor sea la intensidad de la amenaza percibida, más intensa será la reacción de ansiedad- estado. Cuando más tiempo se perciba la amenaza más duradera será la reacción de ansiedad- estado. Mientras que los sujetos con ansiedad- rasgo elevada perciben más situaciones como amenazantes y responden con reacciones de ansiedad-estado más duraderas que los sujetos de ansiedad- rasgo reducida. Niveles elevados de ansiedad-estado pueden manifestarse directamente en la conducta o sirve para el inicio de mecanismos de defensa psicológicos que hubieran resultado útiles para la reducción de la ansiedad- estado en el pasado.

La ansiedad-estado es un proceso multicomponente que no se eleva ante cualquier estímulo aversivo, además tiene propiedades que se expresan directamente en la conducta y sirven para desarrollar mecanismos de defensa psicológicos que reducen o eliminan la ansiedad. En cambio la ansiedad- rasgo no se manifiesta directamente en la conducta, pero puede inferirse a partir de la frecuencia e intensidad de la ansiedad-estado (Spielberger, 1989 en Lerma, 2004).

Spielberger (1989, en Lerma, 2004) también hace notar que para que una definición de ansiedad fuera adecuada había que tener en cuenta las diferencias entre ansiedad como un estado emocional y ansiedad como un rasgo de personalidad; considera que el rasgo suele ser estable, mientras que el estado aparece con cierta transitoriedad temporal; y afirma que el

rasgo de ansiedad es general, mientras que el estado se caracteriza por una especificidad emocional.

El nerviosismo, ansiedad y miedo son parte natural de los mecanismos defensivos de los seres vivos, no así los trastornos de ansiedad que incluyen sentimientos intensos de miedo, inquietud, preocupación, aprensión; frecuentemente asociados a situaciones, eventos u objetos específicos; generando síntomas tan diversos como taquicardias, boca seca, mareo. Además de los psicológicos (insomnio, pensamientos recurrentes u obsesivos, tensión, cansancio, sudoración, irritabilidad, temor, inseguridad, problemas para concentrarse, dificultades en los procesos de atención, preocupación excesiva por la salud, trabajo, dinero, familia, comer en exceso), cardiovasculares (palpitaciones, desfallecimiento, aumento de la presión arterial, cambios en el pulso, accesos de calor), respiratorios (dificultad para respirar, sensación de sofocación, respiración rápida, opresión torácica), gastrointestinales (diarrea, náuseas y vómito), neuromusculares (tensión muscular, temblores, agitación, hormigueo, dolor de cabeza, fatiga excesiva, hiperactividad, paralización, movimientos repetitivos, tartamudeos o dificultades en la expresión verbal) entre otros (Lerma, 2004; Ávila, 2010; Tobal 1990; Toro, 1991; Sáiz, 2001; Rojas 2002).

#### *4. 2 Relación entre ansiedad y desórdenes de la alimentación*

Se han presentado evidencias de que existen algunos trastornos psiquiátricos en comorbilidad con los trastornos de la alimentación, por ejemplo Silva (2001) reportó que en un grupo de pacientes con anorexia y bulimia se observó una alta incidencia de ansiedad y depresión.

La ansiedad y los padecimientos alimentarios están altamente relacionados. Se ha encontrado que las mujeres con sintomatología de los trastornos de

la conducta alimentaria presentan altos niveles de ansiedad y baja autoestima (Alvares y cols., 2003). Strober (2008, en Montgomery 2008) realizó un estudio a 637 mujeres con anorexia nerviosa y encontró que 39% reportaban historias de ansiedad excesiva en la adolescencia.

Personas que padecen anorexia mencionan sentir ansiedad cuando se les muestran imágenes de comida, asimismo la frecuencia cardiaca se incrementa al ser expuestos a dichas imágenes (Gordon et. al., 2001). En un estudio con 17 mujeres de 18 años con anorexia y un grupo control con personas sanas que concordaban en edad y sexo; se les presentaron imágenes de mujeres con cuerpos delgados para posteriormente pedirles que compararan su apariencia corporal; se encontró que los pacientes con anorexia (en comparación con el grupo control) mostraron mayor ansiedad al comparar su cuerpo con los otros (*Anonymous*, 2010).

De acuerdo con Borbón (2008) la ansiedad en la anorexia se manifiesta de diversas formas; durante la fase inicial de la enfermedad los pacientes presentan ansiedad únicamente relacionada con la imagen corporal, el peso y la comida; mientras que pequeños incrementos en el peso o trasgresiones en su dieta rígida dan como resultado ansiedad intensa. Regularmente se ha comparado en forma paralela la anorexia con el trastorno obsesivo compulsivo debido a que los individuos con el trastorno alimentario desarrollan una preocupación excesiva por el peso que da como resultado conductas compulsivas que se reflejan en la alimentación, el cuidado del peso y el ejercicio.

De acuerdo con Blinder y cols. (2006) del 7 al 65% de los pacientes con desórdenes de la alimentación presentan algún trastorno de ansiedad y las

personas con estos trastornos tiene una prevalencia más alta de tener ansiedad que los controles con los que se comparan.

De igual forma Touchette, *et al.* (2010), evaluaron la relación entre los trastornos alimentarios y de ansiedad (ansiedad por separación y de ansiedad generalizada) en una muestra de 833 adolescentes, con una edad promedio de 15 años; y encontraron que las adolescentes con anorexia y bulimia muestran una mayor prevalencia de depresión y síntomas de ansiedad (ansiedad de separación y ansiedad generalizada) en comparación con las adolescentes que no reportan dichos padecimientos.

Schwalberg y cols. (1992, en Godart y cols. 2003) establecen que la comorbilidad de presentar por lo menos un trastorno de ansiedad varía de 25 a 75% en la bulimia y de 23 a 54% en la anorexia, cuando la prevalencia en los grupos de control es de 12.7 a 18.1%. Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2002) realizaron una revisión de estudios realizados de 1995 a 2001 referentes a esta correlación entre trastornos; y aunque aclaran que las diferencias metodológicas generan dificultades para tener conclusiones irrefutables, plantean que la prevalencia de trastornos de ansiedad en personas con anorexia va desde un 33% según Laessle (1989, en Godart y cols., 2002) a un 72% según Godart (2000, en Godart y cols., 2002). En general los autores plantean que los trastornos de ansiedad en la anorexia siempre han hallado tasas superiores al 33% cuando en la población en general van de 13 a 18%. Mientras que por el lado de la bulimia Garfinkel y cols. (1995, en Pallister y Waller, 2008) refieren que los trastornos de ansiedad (fobia social, agorafobia, trastorno de pánico, fobia simple y trastorno de ansiedad generalizada) son más frecuentes en sujetos con bulimia (58.2%) que en los controles (26%).

En el 2003, Godart, *et al.* realizaron otra investigación con 271 pacientes con algún trastorno de la alimentación (anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa con atracón y purga, bulimia nerviosa con atracón y purga, bulimia nerviosa sin purga) y 271 mujeres sin trastorno alguno, todas ellas entre los 15 y 40 años; y con el objetivo de identificar la comorbilidad con los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático). Y refieren que la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la bulimia y anorexia fue del 71%; porcentaje significativamente más alto a la prevalencia encontrada en el grupo control.

Todos los trastornos de ansiedad, excepto el trastorno de pánico y el de estrés postraumático, fueron significativamente más frecuentes en los sujetos con anorexia que en el grupo control; los trastornos más frecuentes presentes en la anorexia fueron el de ansiedad generalizada, seguido por la fobia social y el trastorno obsesivo compulsivo. En cuanto a las mujeres con bulimia todos los trastornos de ansiedad fueron significativamente más altos que en las mujeres del grupo control; de los cuales el padecimiento más frecuente fue la fobia social seguida del trastorno de ansiedad generalizada (Godart y cols., 2003).

Kaye, *et al.* (2004) realizaron un estudio con pacientes de bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y bulimia y anorexia (97, 282, 293 respectivamente); y encontraron que el 63.5% de la muestra total, que presentan algún desorden alimenticio, reportaron haber tenido uno o más desórdenes de ansiedad durante la adolescencia, porcentaje mucho más elevado que el que suele presentarse en la población en general (4 al 7%). Señalan que dos tercios de los individuos con desórdenes de la alimentación han tenido una o más veces en su vida algún trastorno de ansiedad; siendo el más

común el trastorno obsesivo compulsivo (277 pacientes o 41%) y después la fobia social (134 pacientes o 20%).

Recientemente Gadalla (2008a) realizó un estudio con 5 036 mujeres de 50 a 64 años de edad y 3 978 mujeres de 65 o mayor edad, en el que concluye que la probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad en mujeres con sintomatología de algún trastorno de la alimentación era de 2.6% en las mujeres de 50 a 64 años y de 5.6% en las mujeres mayores a 64 años, en comparación con las que no presentaron síntomas.

A diferencia de los estudios de comorbilidad, realizados principalmente en poblaciones clínicas y en mujeres, Gadalla (2008b) también investigó la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y de la alimentación en hombres, hallando que tanto los hombres como las mujeres que estaban en riesgo de presentar un trastorno alimentario tenían probabilidades significativamente elevadas de tener depresión, trastorno de pánico y fobia social. Además, estar en situación de riesgo para los trastornos alimentarios se asoció significativamente con la depresión crónica, los episodios maníacos, el trastorno de pánico, agorafobia y fobia social en la mujer, y con la depresión crónica, el trastorno de pánico y fobia social en los hombres.

Así como éstos, varios estudios clínicos han denotado en forma consistente una elevada comorbilidad de los trastornos de ansiedad en pacientes con desórdenes de la alimentación (Blinder, Cumella y Sanathara, 2006; Milos, Spindler y Schnyder 2004; Strober, Freeman, Lampert y Diamond, 2007). Dichas investigaciones sugieren que más de la mitad de los pacientes con desórdenes alimenticios reportan la presencia de algún trastorno de ansiedad; dentro de los cuales los más comunes son el trastorno de



ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social (Blinder y cols., 2006; Fairbun y Brownell, 2002 en Borbón 2008; Jordan, et al., 2008; Kaye, et al., 2004; Kendler y cols., 1991 en Rojo y Cava 2003; Wonderlich y Mitchell 1997, en Becker, DeViva y Zayfert, 2004). De forma más específica los pacientes con anorexia suelen presentar porcentajes más altos del desorden de ansiedad excesiva, ansiedad por separación, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo; mientras que los pacientes con bulimia exhiben niveles altos del trastorno de ansiedad excesiva y de ansiedad social (Bulik 1997, en Pallister y Waller, 2008).

Como se evidenció son varios los estudios que han constatado la existencia de la relación entre trastornos y dentro de las posibles explicaciones para la comorbilidad que se da entre la ansiedad y los desórdenes de la alimentación, los diferentes autores plantean los siguientes escenarios:

- En primera instancia se proponen que la ansiedad puede ser un factor de riesgo para los trastornos de la alimentación (Godart y cols., 2003; Jacobi, et al., 2004). La segunda hipótesis es que la ansiedad puede ser secundaria a la aparición de los desórdenes alimenticios Godart y cols. (2003). En tercer lugar se piensa que los dos tipos de trastornos pueden tener la participación de una vulnerabilidad común o predisposición genética (Godart y cols., 2003; Buckner, Silgado y Lewinsohm, 2010; Blinder y cols., 2006).
- Otra hipótesis es el papel que juega la disminución calórica en los síntomas de ansiedad (Blinder y cols., 2006). Dos autores que plantearon que la relación se puede deber a los efectos de la inanición, son en 1950 Keys, *et al.* (en Pallister y Waller, 2008) y en el 2002 Serpell y cols. (en Pallister y Waller, op. cit.) proporciona

evidencias que sugieren que la disminución calórica o la mala nutrición puede causar características obsesivas y compulsivas.

- Pollice, Kaye, Greeno y Weltzin (1997) quienes buscaban determinar la comorbilidad, de síntomas de ansiedad, depresión y obsesividad en diferentes estados de la anorexia (un grupo de anoréxicas con bajo peso, otro grupo de anoréxicas con peso recuperado poco tiempo atrás a la investigación y uno con anoréxicas con peso recuperado mucho tiempo atrás a la investigación; además de un grupo control de mujeres sanas). Con respecto a la ansiedad, encontraron que los tres grupos de mujeres con anorexia presentan niveles más altos de ansiedad que el grupo control de mujeres sanas. Los síntomas se redujeron en el grupo con peso recuperado hace poco tiempo y esta reducción fue mayor en el grupo con peso recuperado hace mucho tiempo, sin embargo, algunos síntomas de ansiedad seguían siendo elevados en comparación con el grupo de mujeres sanas. Por lo que concluyeron que en la anorexia la mala nutrición intensifica la gravedad de los síntomas depresivos, obsesivos y de ansiedad; y por ende es posible que juegue un papel como factor riesgo.

## V. Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, fue ideado por el estadístico belga Quetelet. Y se calcula con la expresión matemática:  $IMC = \text{masa(kg)} / \text{estatura}^2(\text{m})^2$ .

Aunque parecería que el autoreporte de altura y peso para calcular el IMC por parte de los participantes puede variar de la realidad; investigaciones previas han demostrado que el autoreporte de estas medidas varía únicamente de 1 a 3.5% del peso y altura real de los sujetos (Bowman y DeLucia, 1992).

En la mayoría de los casos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar el estado nutricional de los individuos, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS); el valor obtenido y las clasificaciones que da la OMS (infrapeso, delgadez severa, delgadez moderada, delgadez aceptable, normal, sobrepeso, preobeso, obeso, obeso tipo I, obeso tipo II, obeso tipo III) no son constantes, sino que varía con la edad y el sexo de las personas.

Algunas investigaciones han encontrado que la pérdida de peso en chicas preadolescentes está estrechamente relacionada con un IMC elevado (Schreiber y cols. 1996, en Thompson y cols., 1999). Y lo mismo ocurre con los adultos, aquellos que se consideran con sobrepeso de acuerdo a la clasificación de la OMS son quienes tienden a realizar conductas para bajar de peso (Lemon, et al., 2009).

Así mismo, se ha demostrado una relación ente el IMC y la insatisfacción corporal; Dalley, Abraham, Buunk y Umit (2009) señalan que entre más incrementa el IMC de un grupo de mujeres jóvenes también aumentan sus

niveles de insatisfacción corporal, incluso después de haber sido expuestas a imágenes de mujeres con sobrepeso. Cortese, *et al.* (2010) también encontraron una relación entre el IMC y la insatisfacción corporal de un grupo de preadolescentes (11 a 14 años); los autores señalan que la insatisfacción corporal incrementa progresivamente con el IMC, aquellos sujetos (hombres y mujeres) que están ligeramente por debajo de su peso no presentan problemas con su apariencia corporal.

Un IMC elevado también ha sido relacionado consistentemente con la preocupación por el peso en mujeres adolescentes y adultas (Faith, Leone, y Allison, 1997; Taylor, *et al.*, 1998; Thompson y cols., 1999). En el caso específico de May, Kim, McHales y Crouter (2006) quienes evaluaron 191 adolescentes en los que encontraron una correlación positiva entre el IMC y las preocupaciones relacionadas con el peso, adicional a esto los autores destacan que la correlación con el IMC fue mayor entre las mujeres que entre los varones.

Gallada (2008a) reporta que un grupo de mujeres de 50 a 64 años que presentan síntomas relacionados con algún trastorno de la alimentación, es decir, aquellas que obtuvieron un puntaje mayor a 20 en el Test de actitudes hacia la alimentación (EAT-40); tienen un IMC promedio de 30.47; mientras que el de un grupo de mujeres de la misma edad pero sin riesgo de trastorno es de 26.26. Con lo que concluye que el IMC del grupo con riesgo de trastorno es significativamente más alto que el que no lo presenta. Por el contrario Moya, Fleitlich-Bilyk y Goodmanb (2006), quienes entrevistaron a 1 251 individuos entre los 7 y 14 años, no encontraron diferencias significativas entre el grupo con riesgo de trastorno alimentario y el grupo control.

## Capítulo 2. Metodología

### 2.1 Planteamiento del problema

En los últimos años los trastornos de la alimentación han tenido un incremento en la población y, aunque muchos padecimientos no constituyen un trastorno de la alimentación propiamente dicho, la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población es una realidad de la sociedad actual. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006) señalan que 18.3% de los jóvenes reconocieron que en los meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiados alimentos, o bien, perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo realizadas por el 3.2% de los adolescentes son las dietas, ayunos y exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. En menor proporción se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos con un 0.4%. Esto evidencia la preocupación actual que tienen los jóvenes por mantener un cuerpo esbelto y con el fin de conseguirlo, en ocasiones, siguen prácticas alimentarias no saludables que pueden llegar a constituir un trastorno alimentario como tal.

Asimismo, se ha encontrado que mujeres de diferentes edades se preocupan por estar delgadas, quizás porque ser delgada está asociado con el éxito y la belleza (Vervaet y Heeringen, 2000). Así, con el fin de alcanzar este estándar suelen recurrir a prácticas riesgosas como el seguimiento de dietas o el consumo de productos *light*.

Los trastornos de la alimentación presentan una etiología multifactorial, es decir, son varios los factores que los pueden producir. García (2005) menciona como ejemplo los factores biológicos, familiares, psicológicos y

sociales. No obstante, aunque se han hecho investigaciones en estas áreas, se ha dejado en un segundo plano el estudio de las creencias sobre la comida como un factor que puede influir en la aparición de algún trastorno de la alimentación.

Se han realizado estudios con respecto a la utilización de dietas como el de Sánchez (1994, en Vera 1998), quien aplicó un cuestionario a 673 jóvenes españoles entre 15 y 17 años, en el que constató una gran preocupación por el peso y seguimiento de dietas en los jóvenes. El 22% de ellos manifestaron no estar preocupados, 58% tenían una preocupación moderada y el 20% restante tenían gran preocupación respecto del tema. Y en lo referente al seguimiento de dietas adelgazantes encontró que un 12% de la población que teniendo un peso normal, se habían sometido a ellas.

También se han realizado investigaciones sobre la lectura de artículos de revistas para bajar de peso y la realización de conductas para perder peso, encontrándose una fuerte relación; además conforme aumentaba la frecuencia de lectura de este tipo de artículos los adolescentes puntuaban más bajo en los indicadores de bienestar: autoestima, ánimo deprimido y satisfacción corporal (Utter, Neumark-Sztainer, Wall, y Story, 2003).

No existen estudios que se enfoquen en las creencias que las personas tienen sobre los alimentos que consumen, específicamente sobre los alimentos *light*. La popularidad que han adquirido estos productos en las últimas fechas como un instrumento, entre otros, utilizado para mantener una figura esbelta y una buena salud ha generado un consumo irresponsable de los mismos, por tal razón, es importante conocer cuáles son las creencias que tiene la población sobre este tipo de productos. Y si

tales creencias tienen una relación con los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida.

## **2.2 Justificación**

Como se mencionó recientemente se ha generado un incremento de los trastornos de la alimentación fomentado, entre muchos otros factores, por una cultura que exalta la delgadez. Es decir, la delgadez es inducida socialmente; el mensaje es difundido, en gran medida, por los medios de comunicación que asocian cuerpos esbeltos con belleza, elegancia, éxito y prestigio (Rojo y Cava, 2003).

Las personas presionadas por esta cultura buscan obtener un cuerpo esbelto de manera rápida y fácil, y para ello utilizan distintos medios como lo son el consumo de alimentos *light*, basados en que con esto pueden bajar de peso o pensando que estos productos no engordaran, y sin tener un conocimiento certero de lo que son (Alimentación Sana, 2007).

Es posible que la mala información sobre la composición real de los alimentos *light* genere que las personas lleguen a realizar dietas desbalanceadas que incluyan la restricción de alimentos considerados como chatarra y el consumo indiscriminado de productos *light*, por esta razón, es importante saber cuáles son realmente los conocimientos y creencias que las personas tienen sobre este tipo de productos; y como es que dichas creencias se relacionan con el consumo de este tipo de alimentos, con el Índice de Masa Corporal, sus niveles de ansiedad y, por ende, con las actitudes relacionadas con el peso y la alimentación.

Los resultados obtenidos en esta investigación podrían servir como punto de partida para nuevas investigaciones sobre las ideas y usos de los alimentos *light* y su posible relación con los trastornos de la alimentación. Asimismo, podrían utilizarse para crear proyectos que fomenten una audiencia crítica sobre la publicidad que se presenta sobre estos productos y proponer campañas informativas sobre estos alimentos con el propósito de que las personas lleven a cabo dietas equilibradas y hábitos alimenticios saludables.

Así, con el fin de examinar las creencias de los sujetos acerca de los productos *light* se diseñó un estudio exploratorio con el propósito de estudiar si dichas creencias se relacionan con los niveles de ansiedad, la preocupación por el peso y la comida y el índice de masa corporal. Y además indagar si estas creencias son diferentes en tres distintos grupos de edad.

### **2.3 Pregunta de investigación**

¿Existe una relación significativa entre las creencias acerca de los productos *light*, con los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida en personas de tres diferentes grupos de edad?

### **2.4 Objetivos**

#### *2.4.1 Objetivo general*

Describir la relación entre las creencias acerca de los productos *light*, los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida en personas de diferentes grupos de edad.



### 2.4.2 Objetivos específicos

Indagar:

1. Cuáles son las creencias que un grupo de hombres y mujeres de tres diferentes edades tienen sobre los productos *light*.
2. Si difieren las creencias sobre los productos *light* de personas de tres grupos distintos de edad.
3. Si existe relación entre las creencias asociadas con los productos *light* y el Índice de Masa Corporal de los participantes de los diferentes grupos de edad.
4. Si existe relación entre las creencias sobre los productos *light* y la preocupación por el peso y la comida.
5. Si existe relación entre las creencias sobre los alimentos *light* y el nivel de ansiedad reportado por los participantes.
6. Si el consumo de productos *light* se relaciona con la creencia de que son alimentos para bajar de peso.

### 2.5 Definición de variables

*Creencias acerca de los alimentos light:*

Definición conceptual: Implica cualquier expresión o proposición simple consciente o inconsciente de lo que una persona dice o hace en relación a los alimentos *light*. (Herrera et al., 2008).

Definición operacional: puntaje obtenido en el Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, creado para esta investigación.

*Preocupación por el peso y la comida:*

Definición conceptual: es un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo; miedo a subir de peso; interés por el control del peso y el deseo constante por estar delgado, ocupando todo esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su propósito, sin lograrlo del todo o lográndolo por poco tiempo (Aquino, 1998; P.52).

Definición operacional: puntaje obtenido en la Prueba de Actitudes hacia la Alimentación (*Eating Attitudes Test*, EAT- 40).

*Ansiedad Rasgo:*

Definición conceptual: se refiere a las “diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado (condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos)” (Spielberger y Diaz Guerrero, 1975; P.1).

Definición operacional: puntaje obtenido por medio de la escala de Ansiedad- Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE).

## 2.6 Método

### 2.6.1 Participantes

Se seleccionó una muestra de forma intencional no probabilística de 210 individuos del área metropolitana de la ciudad de México con una media de edad de 29.48 años ( $D.E. = 14.10$ ), de los cuales 117 eran mujeres ( $M_{\text{edad}} = 29.85$ ;  $D.E. = 13.72$  años) y 93 hombres ( $M_{\text{edad}} = 29.01$ ;  $D.E. = 14.62$  años).

La muestra se dividió en tres grupos tomando como criterio de inclusión la edad de los participantes. De esta manera, los grupos quedaron conformados por 70 personas. El Grupo 1 (G1) quedó integrado por 35 mujeres y 35 hombres de 12 a 15 años de edad ( $M_{\text{edad}} = 13.40$  y  $D.E. = 1.06$ ), el Grupo 2 (G2) por 43 mujeres y 27 hombres de 25 a 30 años ( $M_{\text{edad}} = 27.56$  y  $D.E. = 1.91$ ) y el Grupo 3 (G3) por 39 mujeres y 31 hombres de 45 a 50 años ( $M_{\text{edad}} = 47.49$  y  $D.E. = 1.71$ ).

### 2.6.2 Instrumentos

#### *Inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*

Fue diseñado por Spielberger y Díaz-Guerrero en 1970 (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), es un inventario autoaplicable que evalúa ansiedad como estado (A- estado: condición emocional transitoria) y ansiedad como rasgo (A- rasgo: propensión a la ansiedad relativamente estable).

Los procedimientos de construcción del inventario se realizaron en estudiantes universitarios no graduados de la Universidad de Vanderbilt. Se estimó la confiabilidad (estabilidad) del inventario por medio de un Test-retest; la confiabilidad de la escala A-Rasgo fueron altas variando de .73 a

.86. Sin embargo, la confiabilidad para la escala A-Estado fueron relativamente bajas varían entre .16 y .54.

La validez concurrente de la escala de A-Rasgo se determinó por medio de su correlación con la Escala de Ansiedad IPAT creada por Cattell y Scheier (1963), con la Escala de Ansiedad Mnifiesta TMAS diseñada por Taylor (1963) y la Lista de Adjetivos de Zuckerman AACL (1960). Las correlaciones entre el IDARE y el TMAS e IPAT son moderadamente altas con valores de .75 a .80, para mujeres y hombres universitarios. Sin embargo, el AACL resulta sólo moderadamente correlacionado con puntajes de .52 a .58.

La validez de la escala de A-estado se obtuvo en un estudio a 197 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida en donde se crearon cuatro situaciones experimentales en las que se midió el nivel de ansiedad: en condiciones normales, después de 10 minutos de entrenamiento en relajación, en una situación simulada de examen y después de ver una película estresante. Se registraron los valores más bajos de ansiedad después del entrenamiento en relajación y los más altos después de observar la película estresante; la condición normal y la simulación de examen tuvieron un impacto similar. Los valores alfa de confiabilidad de las cuatro situaciones oscilaron entre .83 y .94 para hombres y mujeres.

El IDARE es una prueba autoadministrable grupal o individualmente de lápiz-papel conformada por 20 reactivos para cada uno de los tipos de ansiedad que evalúa. En la escala de A- rasgo se les pide a los sujetos que describan como se sienten generalmente. Y en la escala de A- estado, el sujeto responde qué tan ciertas son para él las afirmaciones en un momento

específico dependiendo de las instrucciones que se le den; de acuerdo a la investigación que se esté realizando. Los puntajes de las dos escalas del IDARE varían de una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80. La puntuación en los ítems de las dos escalas oscila entre 1 y 4, las cuatro categorías de A- estado son 1 no en lo absoluto; 2 un poco; 3 bastante y 4 mucho; mientras que las categorías de A- rasgo se presentan como 1 casi nunca; 2 algunas veces; 3 frecuentemente y 4 casi siempre.

Los grupos de este estudio fueron evaluados por la escala de Ansiedad Rasgo, que pertenece al IDARE, con el fin de indagar si las creencias sobre productos *light* se relacionan con los niveles de ansiedad de un grupo de jóvenes mexicanos. Y posteriormente se obtuvo la confiabilidad del Inventario de ansiedad rasgo a través del Coeficiente alfa de Cronbach, dando como resultado una buena consistencia interna de .857.

*Prueba de actitudes hacia la alimentación (Eating Attitudes Test, EAT- 40)*  
Creado en 1979 por Garner y Garfinkel (en Jiménez, 2007), es un cuestionario autoaplicable con el cual se pueden evaluar síntomas y conductas comunes en personas con trastornos de la conducta alimentaria. Al momento de su construcción, se obtuvo una confiabilidad de .79 para mujeres anoréxicas y .94 para la muestra total. Para demostrar la validez discriminativa se intentó correlacionar con una prueba de restricción alimentaria, con fluctuaciones de peso y con distintos rasgos de personalidad, encontrando en todos los casos correlaciones bajas y no significativas, por lo que la prueba resulta una medida válida para detectar específicamente riesgo para o presencia de trastornos alimentarios.

Los reactivos constituyen un conjunto de actitudes y conductas autopercebidas, que son características de los trastornos alimentarios, como el disgusto patológico del propio cuerpo y el deseo de cambiarlo por medio de la pérdida de peso (aunque esté por debajo de o en el peso normal), con conductas que pueden incluir restricción alimentaria o purgas (Morry y Staka, 2001 en Jiménez, 2007).

Cada ítem presenta 6 respuestas posibles que van de siempre a nunca y de las cuales sólo tres se puntúan (de 1 a 3). La puntuación total del EAT-40 se obtiene sumando las puntuaciones de los 40 ítems que componen la escala, por lo cual la puntuación final del cuestionario puede oscilar entre 0 y 120 puntos (Álvarez, 2000; en Jiménez, 2007).

El EAT-40 fue validado en México por Álvarez (2000), quien sugiere 7 factores para la agrupación de los 40 reactivos que lo conforman: Motivación para adelgazar, Evitación de alimentos engordantes, Preocupación por la comida, Presión social percibida, Obsesiones y compulsiones, Patrones y estilos alimentarios y Conductas compensatorias. Álvarez (2004) establece como punto de corte, para establecer la presencia de algún trastorno de la conducta alimentaria no especificado en población mexicana, una puntuación igual o mayor a 22, misma que se utilizó para la realización del análisis estadístico de esta investigación.

En el presente estudio el propósito de la aplicación de la Prueba de Actitudes hacia la Alimentación fue investigar si las creencias sobre productos *light* se relaciona con la preocupación por el peso y la comida de un grupo de jóvenes mexicanos. El cálculo de confiabilidad del instrumento, aplicado en la población de esta investigación, se realizó por medio del

Coeficiente alfa de Cronbach. Este análisis reporta que el EAT- 40 cuenta con un grado adecuado de consistencia interna ( $\alpha = .735$ ).

### *Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos Light*

El cuestionario consta de 36 ítems que evalúan las creencias acerca de los alimentos *light*. Cada uno de los reactivos tiene cuatro opciones de respuesta (nunca, casi nunca, casi siempre, siempre).

#### Parte 1

Para la elaboración de este cuestionario se generó un banco de 80 reactivos acerca de los alimentos *light*, tales reactivos fueron presentados a 9 sujetos a los que se les pidió clasificarlos en creencias, emociones y hábitos de consumo, así como que excluyeran aquellos que fueran confusos o repetitivos. Como resultado de dicho análisis se eliminaron 31 preguntas debido a que fueron consideradas confusas, repetitivas o por no caer dentro de ninguna de las tres categorías.

Posteriormente, el instrumento conformado por 49 reactivos, fue presentado a dos expertos que evaluaron algunas de las preguntas como repetitivas o inadecuadas para el objetivo del cuestionario. Como resultado de esta evaluación se eliminaron 13 reactivos y se hicieron algunas modificaciones de redacción sugeridas por los expertos; y así, finalmente, quedó conformado un cuestionario con 36 reactivos.

#### Parte 2

Para obtener la confiabilidad del instrumento se calculó el Coeficiente alfa de Cronbach que dio como resultado  $\alpha = .818$ , que nos indica que presenta una adecuada consistencia interna.

Para obtener la validez del instrumento se realizó un análisis factorial que generó nueve factores que explican el 65.9% de la varianza. Para formar cada uno de estos factores fue necesario que incluyeran como mínimo tres reactivos y dado que el factor 8 sólo incluía dos reactivos (20 y 21) y el factor 9 únicamente uno (reactivo 35), estos dos fueron eliminados. De tal forma que los siete factores restantes (Tabla 1) explican el 57.15% de la varianza. Además de este requisito se corroboró que cada uno de los reactivos, que incluían los factores, presentara una carga factorial igual o superior a .40.

Al calcular nuevamente el Coeficiente alfa de Cronbach para los 33 reactivos restantes se obtuvo una confiabilidad de .817; que indica que aun sin estos tres reactivos (20, 21 y 35) el Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light* sigue teniendo una adecuada consistencia interna.

**Tabla 1**

Análisis factorial del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*

Factor	Reactivo	Carga Factorial	
		Reactivo	Total
I. Emociones positivas al consumir alimentos <i>light</i>	Me siento satisfecho(a) si consumo productos <i>light</i>	0.801	3.822
	Estoy contento(a) si como alimentos <i>light</i>	0.792	
	Disfruto comer alimentos <i>light</i>	0.78	
	Me siento tranquilo(a) después de comer alimentos <i>light</i>	0.739	
	Me siento orgulloso(a) de comer alimentos <i>light</i>	0.71	
II. Emociones negativas al no consumir alimentos <i>light</i>	Siento ansiedad si no como alimentos <i>light</i>	0.859	3.829
	Me siento triste si no consumo alimentos <i>light</i>	0.85	
	Me siento culpable cuando no ingiero alimentos <i>light</i>	0.823	
	Me preocupa saber que no comí suficientes alimentos <i>light</i>	0.818	
	Tengo remordimientos si no como alimentos <i>light</i>	0.479	



III. Efectos de los alimentos <i>light</i> en la salud	Los alimentos <i>light</i> pueden generar enfermedades	0.839	3.976
	Consumir alimentos <i>light</i> , en exceso, puede dañar mi salud	0.835	
	Consumir alimentos <i>light</i> en exceso puede ser malo para la salud	0.711	
	Si me excedo en el consumo de alimentos <i>light</i> , también puedo engordar	0.665	
	Antes de consumir un alimento <i>light</i> debemos fijarnos en que no contengan sustancias nocivas para la salud	0.467	
	No deberían vender productos <i>light</i> en las tiendas de autoservicio porque son malos para la salud	0.459	
IV. Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos <i>light</i>	Las mujeres embarazadas pueden consumir alimentos <i>light</i>	0.788	3.424
	Los niños pueden consumir alimentos <i>light</i>	0.73	
	Los ancianos pueden consumir alimentos <i>light</i>	0.728	
	Los adolescentes pueden consumir alimentos <i>light</i>	0.712	
	Estoy de acuerdo con que las personas consuman alimentos <i>light</i>	0.466	
V. Creencias sobre el consumo de alimentos <i>light</i>	Puedes consumir alimentos <i>light</i> si el resto de tu dieta está bien balanceada	0.674	2.425
	Los alimentos <i>light</i> no son malos si se comen de vez en cuando	0.603	
	Puedes consumir alimentos <i>light</i> si no lo haces en exceso	0.6	
	No se deben consumir sólo alimentos <i>light</i> porque no son nutritivos	0.548	
VI. Frecuencia de consumo de alimentos <i>light</i>	Todos los días consumo al menos un alimento <i>light</i>	0.704	3.147
	Procuro sustituir los alimentos normales por <i>light</i>	0.657	
	Cuando compro mis propios alimentos trato de que sean <i>light</i>	0.63	
	La mayor parte de los alimentos que ingiero son <i>light</i>	0.587	
	Consumo alimentos <i>light</i> sólo de vez en cuando	0.569	
VII. Alimentos <i>light</i> ayudan a bajar de peso	Los productos <i>light</i> ayudan a bajar de peso	0.705	2.05
	Mi cuerpo se verá mejor si consumo productos <i>light</i>	0.683	
	Consumiendo únicamente alimentos <i>light</i> puedes bajar de peso	0.662	

### *2.6.3 Procedimiento*

La muestra del G1 se obtuvo de tres escuelas secundarias del área metropolitana de la ciudad de México, la aplicación de los tres instrumentos antes mencionados fue en grupos pequeños de 20 a 25 hombres y mujeres de 12 a 15 años.

La muestra del G2 y G3 se formó solicitando a hombres y mujeres que contaban con las edades requeridas en cada grupo (de 25 a 30 años para G2 y de 45 a 50 años para G3) –ubicados en diferentes lugares del área metropolitana de la ciudad de México como universidades, delegaciones, centros recreativos y deportivos– que participaran en el estudio, contestando un breve cuestionario que incluía los tres instrumentos descritos.

Así, los grupos quedaron conformados de la siguiente forma: G1 por adolescentes de 12 a 15 años de edad, el G2 por jóvenes de 25 a 30 años y el G3 por adultos de 45 a 50 años. A todos los participantes de los tres grupos se les pidió que llenaran un breve cuestionario sobre alimentación, sin especificarles el objetivo que se buscaba alcanzar; las instrucciones fueron:

“A continuación encontrará un cuestionario, que consta de tres partes, con los que se pretende evaluar algunos aspectos relacionados con su vida cotidiana. Como lo único que necesitamos es conocer su opinión, las respuestas no se califican como buenas o malas. Además, los datos obtenidos únicamente tienen fines estadísticos y de investigación. Por favor, contesta con la verdad, trata de no dejar espacios en blanco. Todas tus respuestas serán completamente confidenciales.”

Para los tres grupos las pruebas se presentaron en forma de cuadernillo con el siguiente orden: Prueba de Actitudes hacia la Alimentación, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*. Y además de pedirles a los participantes que escribieran su edad, se les solicito su peso y estatura con el fin de obtener su IMC posteriormente.

## **2.7 Análisis estadístico**

Una vez recabados los datos, se procedió a su análisis estadístico, primero se realizó la descripción de los mismos en términos de análisis de frecuencia y distribución de reactivos; después se llevaron a cabo análisis de correlación y análisis de varianza (ANOVA) de un factor. Y con estos estadísticos se obtuvieron los resultados que a continuación se describen.

## Capítulo 3. Resultados

### 3.1 Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT- 40)

Se analizó el resultado obtenido en la Prueba de Actitudes hacia el Peso y la Alimentación. En éste instrumento, la puntuación promedio fue de 14.04 ( $D.E.= 8.59$ ) para el total de la muestra; para el G1 la puntuación media fue de 14.44 ( $D.E.= 9.06$ ), en el G2 se presentó una media de 11.29 ( $D.E.= 7.11$ ) y en G3 la media fue de 16.40 ( $D.E.= 8.81$ ).

Del total de participantes, únicamente 35 (17%) obtuvieron un puntaje igual o mayor a 22, indicando presencia de riesgo para trastorno alimentario, de los cuales 12 pertenecen al G1, 7 al G2 y 16 al G3.

Para determinar si existen diferencias significativas del EAT-40 entre los tres grupos se aplicó un *análisis de varianza de un factor* que arrojó diferencias entre los grupos [ $F(2.207)= 6.645$ ,  $p<.01$ ] y un *análisis post-hoc de Tukey* mostró que estas se encontraban entre el G2 ( $M_{edad}=11.28$ ;  $D.E.=7.11$ ) y el G3 ( $M_{edad} =16.40$ ;  $D.E.=8.81$ ), es decir, los adultos mostraron actitudes más negativas hacia el peso y la alimentación que las personas más jóvenes; son los adultos quienes tienen una mayor probabilidad de presentar un trastorno de la conducta alimentaria o más actitudes y conductas típicas de los trastornos alimentarios.

### 3.2 Inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE)

Posteriormente se analizó el Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). La puntuación media de este instrumento fue de 38.03 ( $D.E.= 8.66$ ). La media de los tres grupos fue para el G1 de 36.73 ( $D.E.= 7.24$ ), para el G2 de 36.76 ( $D.E.= 8.85$ ) y para el G3 de 40.60 ( $D.E.= 9.29$ ).

También se realizó un *análisis de varianza de un factor* para determinar si existían diferencias significativas entre los grupos en los puntajes del IDARE, el cual arrojó diferencias significativas [ $F(2,207)= 4.792, p<.01$ ] y una *prueba post-hoc de Tukey* mostró que estas se encontraban en primer lugar entre el G1 ( $M_{edad} =36.72; D.E.=7.24$ ) y el G3 ( $M_{edad} =40.60; D.E.=9.29$ ), es decir, el grupo de los adultos presenta niveles más altos de ansiedad- rasgo que el grupo de los adolescentes; son las personas de mayor edad quienes tienen más propensión a la ansiedad como un estado permanente de respuesta ante situaciones percibidas como amenazantes. Y en segundo lugar se presentaron diferencias entre el G2 ( $M_{edad} =36.75; D.E.=8.85$ ) y el G3, en este caso es nuevamente el grupo de mayor edad quienes tiene niveles de ansiedad- rasgo más altos que el grupo de jóvenes.

### **3.3 Cuestionario de creencias hacia los alimentos *light***

Después se exploraron las creencias de los participantes acerca de los alimentos *light*, para ello se realizó un análisis exhaustivo del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, en este instrumento se presentó una media de 57.10 y desviación estándar de 10.36. La puntuación mínima y más alta que obtuvieron los participantes de la investigación fue de 36 y 87 respectivamente (de 36 y 144 que podían obtener como puntaje mínimo y máximo); entendiendo que entre mayor sea el puntaje se tienen creencias más favorables hacia los alimentos *light*. El 68.6% de los puntajes oscila entre los 45 y 65 puntos, lo que indica que los individuos que participaron en esta investigación tienden a tener creencias poco favorables sobre los alimentos *light*.

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos del total de la muestra (media y desviación estándar) de cada uno de los factores que componen al

Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, mismos que se presentan en la Tabla 2.

**Tabla 2**

Media y D.E. de los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*.

<b>Factores</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Emociones positivas al consumir alimentos <i>light</i>	6.71	2.66
Emociones negativas al no consumir alimentos <i>light</i>	5.54	1.56
Efectos de los alimentos <i>light</i> en la salud	13.47	4.29
Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos <i>light</i>	9.69	3.47
Creencias sobre el consumo de alimentos <i>light</i>	9.11	3.02
Frecuencia de consumo de alimentos <i>light</i>	7.45	2.49
Alimentos <i>light</i> ayudan a bajar de peso	5.13	1.94

A continuación se describen los porcentajes obtenidos por cada grupo en los siete factores que conforman el Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*:

- La puntuación mínima y máxima que se podía alcanzar en el factor “Emociones positivas al consumir alimentos *light*” era de 5 y 20 respectivamente, mismas que obtuvieron los participantes de esta investigación. El 100% de los participantes del G1, 92.8% del G2 y el 95.7% del G3 mencionaron que nunca o casi nunca sienten emociones positivas como orgullo o satisfacción cuando consumen alimentos *light*. Mientras que solo el 7.2% del G2 y 4.3% del G3 plantean que siempre o casi siempre sienten emociones positivas cuando ingieren alimentos *light*.

- En el factor “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” la puntuación mínima y máxima que se podía lograr era de 5 y 20, pero los participantes del estudio alcanzaron un puntaje de 5 a 17. En este factor todos los participantes (el 100%) del G1 y G2, así como el 97.2% de los participantes del G3 mencionan que nunca o casi nunca sienten emociones negativas como tristeza, culpa, preocupación o remordimiento cuando no ingieren alimentos *light*. Únicamente el 2.8% de los individuos del G3 dicen sentir siempre o casi siempre emociones negativas, como las antes mencionadas, cuando no consumen alimentos *light*.
- En cuanto al factor “Efectos de los alimentos *light* en la salud” la puntuación mínima y máxima que se podían obtener eran de 6 y 24 respectivamente, mismas que alcanzaron los participantes del estudio. El 71.4% del G1, 77.1% del G2 y el 65.7% de los participantes del G3 consideran que los alimentos *light* siempre o casi siempre pueden generar enfermedades; que consumirlos en exceso puede ser malo para la salud, por lo que debemos fijarnos en que no contengan sustancias nocivas. Mientras que el porcentaje de individuos que creen que los alimentos *light* nunca o casi nunca pueden generar enfermedades y que consumirlos en exceso no es malo o dañino para la salud, es de 28.6% en el G1, 22.9% en el G2 y 34.3% en el G3.
- Se alcanzó una puntuación mínima de 5 y una máxima de 20 en el factor “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*” (que eran los puntajes mínimos y máximos que se podían lograr en este factor). El porcentaje de participantes que plantean que las mujeres embarazadas, niños, ancianos y adolescentes nunca o casi

nunca pueden consumir alimentos *light* es de 77.2% en el G1, 68.6% en el G2 y 81.4% en el G3. Mientras que aquellos que comentan que las mujeres embarazadas, niños, ancianos y adolescentes siempre o casi siempre pueden consumir alimentos *light* son el 22.8% del G1, el 31.4% del G2 y el 18.6% del G3.

- El puntaje mínimo y máximo que se podía alcanzar en el factor “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” era de 4 y 16 respectivamente, mismos puntajes que lograron los participantes de los grupos estudiados. Aquí, el 55.7% del G1, 68.6% del G2 y el 42.9% de los participantes del G3 plantean que se pueden consumir alimentos *light* siempre y cuando no sea en exceso, sólo de vez en cuando y si el resto de la dieta está bien balanceada, además consideran que consumir únicamente alimentos *light* no es nutritivo. Mientras que el 44.4% del G1, 31.4% del G2 y 57.1% de los participantes del G3 piensan que, a pesar de que los alimentos *light* no se ingieran en exceso y el resto de la dieta este bien balanceada, no es recomendable consumir estos productos.
- Los participantes de los tres grupos obtuvieron puntuaciones de 5 a 15 en el factor de “Frecuencia de consumo de los alimentos *light*”, aunque la puntuación mínima y máxima que podían lograr era de 5 y 20 respectivamente. La gran mayoría de las personas de los tres grupos (98.6% del G1, 95.7% del G2 y el 77.2% del G3) establecen que nunca o casi nunca consumen alimentos *light*. Únicamente el 1.4% del G1, el 4.3% del G2 y el 2.8% del G3 expresan que siempre o casi siempre consumen alimentos *light*.



- Respecto al factor “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” el puntaje mínimo y máximo que se podía alcanzar era de 3 y 12 respectivamente; mismos puntajes que presentaron los sujetos de este estudio. La mayor parte de los participantes de los tres grupos (el 91.4% del G1, 88.6% del G2 y el 85.7% del G3) consideran que los alimentos *light* nunca o casi nunca ayudan a bajar de peso. Son pocos los que piensan que los alimentos *light* siempre o casi siempre ayudan a bajar de peso (el 8.6% del G1, el 11.4% del G2 y el 14.3% del G3).

También se realizaron correlaciones de Pearson entre los siete factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, con los puntajes obtenidos de los 210 participantes de esta investigación, y se encontró lo siguiente:

El factor de “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”:

- Se relaciona positivamente ( $r = .438$ ,  $p < .01$ ) con el factor de “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, es decir, las personas tienen emociones negativas cuando no ingieren estos alimentos y emociones positivas cuando sí lo hacen.

El factor “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*”, correlaciona con:

- “Emociones positivas al consumir alimentos *light*” ( $r = .390$ ,  $p < .01$ ), que indica que las personas que creen que poblaciones como niños, ancianos y mujeres embarazadas pueden consumir alimentos *light* son aquellas que también sienten emociones como satisfacción, orgullo y tranquilidad al consumir dichos alimentos.

- “Efectos de los alimentos *light* en la salud” ( $r = .148, p < .05$ ), aquellos individuos que plantean que los productos *light* no generan efectos nocivos en la salud están de acuerdo en que los niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas consuman estos productos.

El factor “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” se relacionó significativamente con los siguientes factores:

- “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, en este caso se presento una correlación negativa baja de  $r = -.195 (p < .01)$ ; que nos señala que las personas que piensan que se pueden consumir estos productos si el resto de su dieta es balanceada o se ingieren con poca frecuencia tienen mayor número de emociones de satisfacción, orgullo, tranquilidad y alegría al ingerirlos.
- “Efectos de los alimentos *light* en la salud” ( $r = .472, p < .01$ ), es decir, aquellos que están a favor de que se pueden consumir alimentos *light* si no es exceso o junto con una dieta bien balanceada y otro tipo de alimentos también consideran que este tipo de alimentos pueden ser dañinos o afectar su salud cuando se comen con mucha frecuencia.
- “Creencias sobre las poblaciones que pueden ingerir alimentos *light*” ( $r = -.259, p < .01$ ), las personas de esta investigación que consideran que se pueden ingerir alimentos *light* siempre o casi siempre sin problemas, si no es en exceso y si se combinan con otros alimentos están de acuerdo en que niños, adolescentes, ansiones y mujeres embarazadas consuman estos productos.

En cuanto a las correlaciones que se presentaron con el factor “Frecuencia de consumo de alimentos *light*”, se encuentran:

- Una correlación de  $r = .577$  ( $p < .01$ ) con “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, esto indica que aquellos sujetos que ingieren productos *light* con más frecuencia también se sienten más alegres, satisfechos, y orgullosos al ingerirlos.
- Correlación de  $r = .372$  ( $p < .01$ ) con el factor de “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, por otro lado las personas que consume estos alimentos con frecuencia también presentan o sienten tristeza, culpa o preocupación cuando no los ingieren.
- Con el factor “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*” ( $r = .360$ ,  $p < .01$ ), las personas que consumen estos alimentos con cierta regularidad suelen estar de acuerdo en que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas los ingieran.
- Con el factor de “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” se dio una correlación negativa baja de  $r = -.145$  ( $p < .05$ ), las personas que dicen consumir con más frecuencia estos alimentos también piensan que se deben ingerir con una dieta bien balanceada y sin exceso.

Finalmente el factor “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” se relaciona significativamente con los siguientes factores:

- “Emociones positivas al consumir alimentos *light*” ( $r = .420$ ,  $p < .01$ ), quiere decir que las personas que consideran que estos productos ayudan a bajar de peso también sienten en mayor medida emociones

positivas, es decir, se sienten tranquilas, contentas y disfrutan al comer dichos alimentos.

- “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” ( $r = .361, p < .01$ ), de igual forma los individuos que consideran que siempre o casi siempre estos alimentos ayudan a bajar de peso, suelen sentirse preocupadas, tristes y culpables cuando no los comen.
- “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*” ( $r = .317, p < .01$ ), aquellos que están de acuerdo con que niños, ancianos y mujeres embarazadas coman estos productos son los mismos que están de acuerdo en que los alimentos *light* siempre o casi siempre bajan de peso.
- “Frecuencia de consumo de alimentos *light*” ( $r = .389, p < .01$ ), es decir, las personas que tienen una mayor creencia de que los productos *light* bajan de peso son aquellos que los consumen con más frecuencia. Con esto podemos corroborar que, en los individuos de esta investigación, el consumo de productos *light* se relaciona con la idea de que son alimentos para bajar de peso.
- “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*”, con el que se dio una correlación negativa de  $r = -.225 (p < .01)$  que señala que los individuos que creen que lo *light* ayuda a bajar de peso también opinan que se pueden consumir estos alimentos si no se hace en exceso y si se acompañan con otros alimentos en una dieta equilibrada.

Para identificar si existían diferencias en las creencias sobre los productos *light* en los tres grupos de edad se aplicó un *análisis de varianza de un factor*, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*. El G1 alcanzó una media de 56.55 (*D.E.*= 10.02), el G2 presentó una media de 56.47 (*D.E.*= 11.25), mientras que en el G3 la media fue de 58.28 (*D.E.*= 9.80). Como se menciona con anterioridad, la puntuación máxima y mínima de este instrumento fue de 87 y 36 respectivamente (de 144 y 36 que podían alcanzar), en donde un puntaje alto indica la presencia de creencias más favorables o positivas hacia los alimentos *light* y un puntaje bajo por el contrario creencias poco favorables o negativas hacia estos alimentos. Y como se observa los puntajes de los tres grupos se encuentran en un rango bajo, es decir, tienen creencias poco favorables hacia estos alimentos.

Posteriormente se aplicó la un *análisis de varianza de un factor* a cada uno de los siete factores que contiene el Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light* y sólo se encontraron diferencias significativas en el factor “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” [ $F(2.207)= 4.851, p < .01$ ]. Y un *análisis post-hoc de Tukey* mostró que las discrepancias se dieron entre el G2 ( $M_{edad}=8.48; D.E.=2.68$ ) y el G3 ( $M_{edad}=9.98; D.E.=3.08$ ), es decir, los jóvenes están más de acuerdo que los adultos en que se consuman alimentos *light* si se hace de vez en cuando y en combinación con una dieta balanceada.

Para ahondar en las posibles diferencias en cuanto a las creencias sobre productos *light* entre los grupos de edad, se obtuvo la puntuación media por reactivo y se aplicó un *análisis de varianza de un factor*, el cual arrojó diferencias estadísticamente significativas en siete ítems, como se puede observar en la Tabla 3.

**Tabla 3**

Reactivos del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light* con diferencias significativas.

REACTIVOS	G1		G2		G3		F
	MEDIA	DS	MEDIA	DS	MEDIA	DS	
Los alimentos <i>light</i> son saludables	2.23	.783	2.24	.875	1.87	.833	4.486*
Estoy de acuerdo con que las personas consuman alimentos <i>light</i>	2.16	1.058	2.41	0.925	1.97	0.884	3.768*
Los adolescentes pueden consumir alimentos <i>light</i>	2.51	1.032	2.33	0.829	2.06	0.976	4.102*
Puedes consumir alimentos <i>light</i> si no lo haces en exceso	1.83	0.916	2.14	0.822	2.49	0.928	9.545*
Puedes consumir alimentos <i>light</i> si el resto de tu dieta está bien balanceada	2.19	1.067	2.06	0.946	2.49	1.018	3.308*
Nunca como alimentos <i>light</i>	2.84	1.175	2.54	1.176	3.11	1.015	4.523*

\*Significativo al 0.05

\*\*Significativo al 0.01

Se analizó cada uno de los reactivos en los que se encontraron resultados significativos, por medio de la *prueba post hoc de Tukey*, para determinar en qué grupos se presentaban las diferencias, dando como resultado lo siguiente:

- Para la afirmación “Los alimentos *light* son saludables” la diferencia entre grupos se dio entre el G1 ( $M_{edad} = 2.23$ ,  $D.E.=0.783$ ) y el G3 ( $M_{edad} = 1.87$ ,  $D.E.=0.833$ ), es decir, los adolescentes tienen una creencia más fuerte que los adultos de que los alimentos *light* casi nunca o nunca son saludables. Así mismo, se encontró diferencia entre el G2 ( $M_{edad} = 2.24$ ,  $D.E.=0.875$ ) y el G3 ( $M_{edad} = 1.87$ ,  $D.E.=0.833$ ), son igualmente el grupo de los jóvenes, a diferencia de

los adultos quienes piensan que los alimentos *light* nunca o casi nunca son saludables.

- En la afirmación “Estoy de acuerdo con que las personas consuman alimentos *light*”, la diferencia de grupos ocurrió entre el G2 ( $M_{edad} = 2.41$ ,  $D.E. = 0.925$ ) y el G3 ( $M_{edad} = 1.97$ ,  $D.E. = 0.884$ ) lo que nos indica que los jóvenes están más a favor que los adultos en que las personas consuman alimentos *light* siempre o casi siempre.
- La diferencia de grupos en la afirmación “Los adolescentes pueden consumir alimentos *light*” se presentó entre el G1 ( $M_{edad} = 2.51$ ,  $D.E. = 1.032$ ) y el G3 ( $M_{edad} = 2.06$ ,  $D.E. = 0.976$ ), es decir, los adolescentes que participaron en esta investigación, contrario a los adultos, plantean que los adolescentes pueden consumir alimentos *light* siempre o casi siempre.
- En la afirmación “Puedes consumir alimentos *light* si no lo haces en exceso” la diferencia entre grupos se observó entre el G1 ( $M_{edad} = 1.83$ ,  $D.E. = 0.916$ ) y el G3 ( $M_{edad} = 2.49$ ,  $D.E. = 0.928$ ), lo que nos dice que los adultos plantean con mayor frecuencia que los adolescentes que nunca o casi nunca se pueden consumir alimentos *light* a pesar de que no se haga en exceso.
- Para la afirmación “Puedes consumir alimentos *light* si el resto de tu dieta está bien balanceada”, la diferencia de los grupos ocurrió entre el G2 ( $M_{edad} = 2.06$ ,  $D.E. = 0.946$ ) y el G3 ( $M_{edad} = 2.49$ ,  $D.E. = 1.018$ ) esto nos señala que los jóvenes a diferencia de los adultos, establecen que siempre o casi siempre se pueden consumir estos alimentos si el resto de la dieta es balanceada.

- En cuanto al reactivo “Nunca como alimentos *light*” la diferencia entre los grupos ocurrió entre el G2 ( $M_{edad}=2.54$ ,  $D.E.=1.176$ ) y el G3 ( $M_{edad}=3.11$ ,  $D.E.=1.015$ ), son los adultos quienes afirman en mayor medida que nunca o casi nunca consumen alimentos *light* caso contrario al de los jóvenes.

### 3.4 Índice de masa corporal

A partir del autoreporte de estatura y peso de los participantes se calculó el índice de masa corporal (IMC) dando como resultado una *media* de 24.32 kg/m<sup>2</sup> ( $D.E.= 3.35$ ). En la Tabla 4 se pueden observar la media y la desviación estándar del IMC para cada uno de los grupos.

**Tabla 4**

Media y desviación estándar del IMC por grupo

GRUPO	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	
	<i>M</i>	<i>D.E.</i>
G1	22.82	2.84
G2	23.94	3.33
G3	26.20	2.96

Se realizó un *análisis de varianza de un factor (ANOVA de un factor)*, para determinar si existían diferencias significativas del IMC entre los tres grupos, que dio como resultado una significancia de 0.001. Un *análisis post hoc de Tukey* arrojó que la diferencia se presentó entre el G1 ( $M_{edad}=22.82$ ;  $D.E.=2.84$ ) y el G3 ( $M_{edad}=26.2$ ;  $D.E.=2.96$ ), es decir, el grupo de los adultos presenta un IMC más elevado que el grupo de los adolescentes. También se encontraron diferencias entre el G2 ( $M_{edad}=23.94$ ;  $D.E.=3.33$ ) y el G3, de igual forma es el grupo de los adultos quienes tienen un IMC más alto que los jóvenes.



Al aplicar una *Correlación de Pearson* para determinar si hay relación entre las creencias asociadas con los productos *light* y el IMC, no se encontraron correlaciones significativas. Sin embargo, al realizar el mismo análisis por grupo se presentaron correlaciones bajas en el G2 entre el IMC y el factor “Efectos de los alimentos *light* en la salud” ( $r = .257, p < .05$ ) y “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” ( $r = .338, p < .05$ ), lo cual significa que entre los jóvenes a mayor IMC hay una mayor creencia de que los alimentos *light* ayudan a bajar de peso; y que estos alimentos casi nunca o nunca tienen efectos negativos en la salud.

También se aplicó una *Correlación de Pearson* para identificar si existía en primera instancia una relación entre el IMC y la preocupación por el peso y la comida (Prueba de actitudes hacia la alimentación, EAT-40), así como una relación entre el IMC y la ansiedad (Inventario de ansiedad rasgo-estado, IDARE). Dicho análisis dio como resultado correlaciones bajas de  $r = .168$  ( $p < .05$ ) entre el IMC y la preocupación por el peso y la comida; y una relación de  $r = .163$  ( $p < .05$ ) entre el IMC y la ansiedad. Es decir, las personas con un IMC elevado suelen presentar niveles altos de ansiedad-rasgo y mayor preocupación por el peso y la alimentación. Finalmente se identificó una correlación de  $.285$  ( $p < .01$ ) entre la preocupación por el peso y la comida y la ansiedad.

Para determinar si existía una relación entre los niveles de ansiedad, la preocupación por el peso y la comida con las creencias asociadas a los productos *light*, se realizó una *correlación de Pearson* entre el IDARE, el EAT-40 y los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*. Este análisis dio como resultado una correlación baja entre el factor “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” y el EAT-40 ( $r = .223, p < .01$ ), así como con el IDARE ( $r = .155, p < .05$ ), esto nos indica que las

personas que sienten más emociones negativas al no consumir dichos productos, es decir, aquellas que presentan ansiedad, tristeza o culpa cuando no consumen este tipo de alimentos son aquellas que tienen niveles más altos de ansiedad y mayor preocupación por el peso y la comida.

Al realizar el mismo análisis por grupos, se encontraron correlaciones significativas en el G2, entre el factor “Emociones positivas hacia los alimentos *light*” y el EAT-40 ( $r = .333, p < .01$ ), lo cual significa que a medida que los jóvenes tienden a sentirse más contentos, satisfechos o tranquilos cuando consumen este tipo de alimentos también tienden a preocuparse más por su peso y la comida o a tener más rasgos característicos de un trastorno de la alimentación.

En el G3 se presentó una correlación positiva entre el EAT-40 y el factor “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” ( $r = .340, p < .01$ ), es decir, aquellos que se preocupan más por su peso y la comida también tienen más emociones negativas como tristeza, ansiedad o culpa cuando no consumen alimentos *light*. Y una correlación negativa entre el EAT-40 y el factor “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*” ( $r = -.235, p < .05$ ), en otras palabras, entre mayor es la preocupación por su peso y la comida, creen en mayor medida que otras poblaciones como niños, mujeres embarazadas y ancianos nunca o casi nunca pueden comer estos productos.

Aunado a esto se estudió la posible relación entre los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light* y los factores del EAT-40 por medio de una *correlación de Pearson* y se encontraron relaciones significativas bajas que se describen a continuación:

- Se observa una correlación de  $r = .177$  ( $p < .05$ ) entre la “Motivación para adelgazar” y las “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, que indica que aquellas personas que sienten más motivación para adelgazar, aquellas que les preocupa pesar demasiado y tener mucha grasa en su cuerpo y se comprometen en hacer dietas también se sienten más contentos satisfechos y tranquilos cuando consumen productos *light*.
- Una correlación de  $r = .142$  ( $p < .05$ ) entre la “Motivación para adelgazar” y la “Frecuencia de consumo de alimentos *light*”, es decir, entre mayor es la motivación para adelgazar es mayor la frecuencia de consumo de este tipo de alimentos.
- Entre los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” con la “Preocupación por la comida” ( $r = .166$ ,  $p < .05$ ) esto es, aquellos individuos que tienen mayor preocupación por la comida, que pasan mucho tiempo pensando en ella, que sienten que los alimentos controlan su vida y se sienten culpables después de comer tienen la creencia de que siempre o casi siempre estos productos los ayudaran a bajar de peso.
- También se presentaron correlaciones significativas de  $r = .436$  ( $p < .01$ ) entre las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” y la “Preocupación por la comida”, entre mayor son las emociones negativas como ansiedad, tristeza, culpa o preocupación por no consumir alimentos *light* también es mayor la preocupación que las personas sienten por la comida.

- Entre los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” con el factor de “Bulimia” ( $r = .136, p < .05$ ), por lo que entendemos que los individuos que tienen la creencia de que estos alimentos los ayudan a bajar de peso presentan mayores obsesiones y compulsiones como pesarse continuamente, comer alimentos dietéticos y tener preferencia por la ropa ajustada.
- Se encontró una correlación negativa baja de  $r = -.146 (p < .05)$  entre el factor de “Creencias sobre las poblaciones que pueden comer alimentos *light*” y el de “Presión social percibida”, las personas con algunos estilos de alimentación como comer en restaurantes, acompañados de otras personas, que suelen comer carne y probar comida nueva dicen que nunca o casi nunca los niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas deben ingerir alimentos *light*.
- Una correlación baja de  $r = .248 (p < .01)$  entre “Creencias sobre la ingesta de alimentos *light*” y la “Presión social percibida”, es decir, las personas que piensan que se pueden comer productos *light* siempre y cuando no sea en exceso o combinándolos con otros alimentos en una dieta bien balanceada suelen comer carne y comidas nuevas, suelen comer en restaurantes y disfrutan hacerlo acompañados de otras personas.
- Y finalmente una relación de  $r = .207 (p < .01)$  entre “Conductas compensatorias” y “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, esto es, entre más aumentan las emociones negativas de los individuos por no consumir estos productos también aumentan las conductas compensatorias como vómitos después de las comidas y la ingesta de laxantes.

## Capítulo 4. Discusión y Conclusiones

### 4.1 Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir la relación entre las creencias acerca de los productos *light*, los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida en personas de diferentes grupos de edad. Con el propósito de alcanzar dicho objetivo se estudió una muestra de 210 hombres y mujeres del área metropolitana de la ciudad de México, mismos que fueron divididos en tres grupos de 70 personas cada uno de acuerdo con la edad de los participantes: G1, adolescentes de 12 a 15 años de edad; G2, jóvenes de 25 a 30 años y G3, adultos de 45 a 50 años. A todos los participantes se les pidió que respondieran el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, la Prueba de Actitudes hacia la Alimentación y el Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*; además se les solicitó que escribieran su edad, peso y estatura con el fin de obtener su IMC. Con los datos obtenidos, y después del análisis de los resultados, se determinaron diferentes puntos de interés que se describirán a continuación.

A diferencia de los hallazgos de otros estudios (Abraham y Llewelyn, 2005; Hindler y cols., 1994; Turnbull y cols., 1996) que plantean que la edad de aparición o el periodo más vulnerable para presentar algún trastorno de la alimentación es entre los 10 y los 30 años, en la presente investigación fue el grupo de 45 a 50 años en el que se encontraron más actitudes de riesgo hacia la alimentación, es decir, de acuerdo con nuestros resultados son las personas mayores, y no los adolescentes y jóvenes, quienes parecen tener un mayor riesgo de padecer algún trastorno de la alimentación.

Estos resultados concuerdan con el planteamiento de Zerbe y Domnitei (2004) y de Mangweth-Matzek y cols. (2006) en cuanto a que los desórdenes de la alimentación suelen presentarse en adultos (de entre 35 y 65 años), quienes también tratan de cuidarse y controlar su peso con los mismos métodos que usan los más jóvenes (laxantes, diuréticos, aumento de la actividad física, ingesta de productos *light*, etc.); y, al igual que los jóvenes, las personas de mayor edad reportan estar insatisfechas con su peso y figura. Zerbe y Domnitei (op. cit.) al igual que Mangweth-Matzek y cols. (op. cit.) plantean que el hecho de que los adultos presenten ciertas conductas de riesgo para adquirir algún trastorno de la alimentación quizás se deba a cambios del ciclo normal de la vida como el aumento de peso, o cambios en la figura debido a los depósitos de grasa que se presentan en etapas específicas de la vida como el embarazo o la menopausia. La imagen corporal igualmente se puede ver amenazada por problemas de salud y enfermedades crónicas que se presentan en edades avanzadas. Todos los cambios físicos y el bombardeo de los medios de comunicación que exhortan al ocultamiento de la edad, hace que las mujeres mayores se preocupen más por su peso.

En esta investigación se encontró que en segundo lugar, el grupo más vulnerable con posibilidades de presentar algún trastorno de la alimentación fue el de los adolescentes y, en tercer lugar el de los jóvenes, quienes son los que tienen menor riesgo de padecer algún trastorno o de presentar actitudes nocivas hacia la alimentación.

Con respecto a la propensión para presentar ansiedad-rasgo, también fueron los adultos, a diferencia de los otros dos grupos, quienes presentan niveles más altos de ansiedad; entendida ésta como un estado permanente

de respuesta ante situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger y Díaz- Guerrero, 1975).

En cuanto a las creencias hacia los alimentos *light* que tienen los participantes de esta investigación, se encontró que el 68.6%, de los 210 individuos, tienen tendencias poco favorables sobre los alimentos *light*. La mayoría de los participantes de los tres grupos (100% del G1, 92.8% del G2 y 95.7% del G3) mencionan que no suelen sentir emociones positivas como orgullo, tranquilidad, alegría o satisfacción cuando consumen alimentos *light*. Sólo el 7.2% del G2 y 4.3% del G3 dicen sentir emociones positivas cuando ingieren alimentos *light*. De igual forma gran parte de los sujetos de los tres grupos (el 100% del G1 y G2, así como el 97.2% del G3) mencionan no sentir emociones negativas como tristeza, culpa, preocupación o remordimiento cuando no ingieren alimentos *light*. Únicamente el 2.8% de los individuos del G3 dicen tener emociones negativas cuando no consumen alimentos *light*.

En esta investigación, en lo referente a la creencia sobre los efectos de los alimentos *light* en la salud más de la mitad de los participantes de los tres grupos (el 71.4% del G1, 77.1% del G2 y el 65.7% del G3) consideran que los alimentos *light* pueden generar enfermedades, que consumirlos en exceso puede ser malo para la salud y que debemos fijarnos en que no contengan sustancias nocivas. Mientras que el porcentaje de individuos que creen que los alimentos *light* no pueden generar enfermedades y que consumirlos en exceso no es malo o dañino para la salud, es de 28.6% en el G1, 22.9% en el G2 y 34.3% en el G3. Como notamos, son más los individuos que piensan que los alimentos *light* pueden ser nocivos para la salud. Sin embargo, en la literatura, existe controversia con respecto a los posibles efectos de estos productos, Herrera y cols. (2008) comentan que

hay algunos alimentos a los que se les agregan sustitutos de azúcar como aspartame o sacarina que se cree son sustancias que pueden producir cáncer, sin embargo esto no se ha podido comprobar. Por otro lado, Ojanguren (2009) señala que los alimentos *light* pueden contener aditivos, vegetales o sintéticos, cuyo consumo puede afectar los riñones; o sustitutos de grasa (*simplese, maltrin, caprenina*) que originan diarreas, náuseas hasta mala absorción de vitaminas liposolubles.

Es difícil determinar si los alimentos *light* son *buenos* o *malos* para la salud, ya que mientras hay quienes dicen que el consumo cotidiano de los alimentos *light* se asocia con enfermedades como epilepsia, cefaleas, depresión, esclerosis múltiple, problemas visuales, alergias, complicaciones diabéticas, y molestias gastrointestinales, entre otros trastornos (Ojanguren op.cit.; Palomino 2007), otros recomiendan el uso de estos alimentos a personas con sobrepeso, obesidad, colesterol, hipertrigliceridemia (exceso de triglicéridos o grasas en la sangre y en el organismo), diabetes, trastornos hepáticos o de la vesícula biliar (Admin, 2009; Alimentación Sana, 2007; Cormillot, 2007; Hernández, 2006; LatinSalud, 2007).

Con relación a las creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*, son más los individuos (77.2% del G1, 68.6% del G2 y 81.4% del G3) que consideran que las mujeres embarazadas, niños, ancianos y adolescentes no deberían consumir alimentos *light*, que aquellos que piensan que este tipo de poblaciones si pueden ingerir estos alimentos (22.8% del G1, el 31.4% del G2 y 18.6% del G3). Esto está acorde con lo que señalan algunos autores, al decir que en personas que están en buenas condiciones de salud no está justificado el uso de estos productos, pero sí son aptos para aquellos que necesitan limitar su aporte energético, de grasas o azúcares en su comida; o para aquellos que sufren alguna



enfermedad como hipercolesterolemia, trastornos hepáticos, problemas en la vesícula, diabetes, obesidad, etc. También se menciona que hay algunos periodos del desarrollo tales como la infancia y la adolescencia en los que no deberían ingerirse; ya que en estas etapas se da la formación de tejidos y para ello se necesitan los nutrientes de los alimentos. Tampoco es recomendable para los ancianos porque requieren de los nutrientes naturales para suplir las deficiencias causadas por la edad. Y en el caso de las mujeres embarazadas o en lactancia, su cuerpo debe tener un mayor aporte de carbohidratos, grasas y proteínas, mismo que no adquieren con los alimentos *light*. (Alimentación Sana, 2007; Anónimo, 2009; Cormillot, 2007; Czubaj, 2006; Hernández, 2006; LatinSalud, 2007; Vilaplana, 2008).

Por otro lado, en las creencias sobre el consumo de alimentos *light*, el 55.7% de los participantes del G1, así como el 68.6% del G2 y el 42.9% del G3 plantean que se pueden consumir alimentos *light* siempre y cuando no sea en exceso, solo de vez en cuando y si el resto de la dieta está bien balanceada, además ellos consideran que consumir sólo alimentos *light* no es nutritivo. Y es el 44.4% de los individuos del G1, 31.4% del G2 y 57.1% del G3 quienes piensan que, a pesar de que los alimentos *light* no se ingieran en exceso y el resto de la dieta este bien balanceada, no es recomendable consumir estos productos. En primera instancia parecería que los individuos de este estudio no tienen una tendencia bien establecida a favor o en contra sobre si se puede consumir alimentos *light* siempre y cuando se combinen con otros alimentos en una dieta balanceada, o de si se ingieren de vez en cuando y sin exceso; ya que en los dos casos los porcentajes obtenidos son similares. Y de acuerdo a lo señalado anteriormente, se recomienda consumir este tipo de alimentos a las personas que padecen alguna enfermedad, sin embargo, no es recomendable sustituir muchos de los alimentos normales por su versión

*light*, ya que se corre el riesgo de presentar carencia de nutrientes que el organismo no puede producir por sí sólo (Consumer, 2007; Vilaplana, 2008).

En la creencia de que los alimentos *light* ayudan a bajar de peso, gran parte de los participantes (el 91.4% del G1, el 88.6% del G2 y el 85.7% del G3) consideran que los alimentos *light* casi nunca ayudan a bajar de peso. Son pocos los piensan que los alimentos *light* ayudan a bajar de peso (el 8.6% del G1, el 11.4% del G2 y el 14.3% del G3). La mayoría de las personas de esta investigación no están de acuerdo, y de forma correcta, en que estos productos les ayuden a bajar de peso. Recordemos que estos alimentos únicamente han sido modificados reduciéndoles por lo menos 30% de algunos de sus contenidos, ya sea grasas, azúcares, calorías o solio (Anónimo, 2009; Christian, 2007). Son productos que tienen un 30% menos de valor energético que el producto regular, lo cual no significa que ayuden a reducir el peso corporal (Consumer, 2007; Cormillot, 2007; García, 2009; Hernández, 2006; Kuklinski, 2003; La Segunda Online, 2009; Palomino, 2007; Pérez, 2008; Quiles y Suria, 1996; Vilaplana, 2008).

Así, a diferencia de lo que mencionan varios autores (Consumer, 2007; García, 2009; Palomino, 2007; Pérez, 2008; Vilaplana, 2008;) sobre que una de las creencias más frecuentes acerca de estos productos es que adelgazan o que no engordan, la mayoría de los participantes del estudio no creen que los alimentos *light* los ayuden a bajar de peso.

En relación con la frecuencia de consumo de los alimentos *light* que los participantes mencionan, se encontró que el 98.6% del G1, el 95.7% del G2 y el 77.2% del G3 establecen que nunca o casi nunca consumen alimentos *light*. Únicamente el 1.4% del G1, el 4.3% del G2 y el 2.8% del G3 expresan consumirlos.

Por otro lado, surgieron diversas relaciones entre los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, como que el factor de “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” está relacionado con las “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, es decir, las personas que tienen emociones negativas (ansiedad, tristeza, preocupación, culpa) cuando no ingieren estos alimentos, tienden a presentar emociones positivas (satisfacción, tranquilidad, orgullo) cuando sí lo hacen.

Asimismo, se halló que las “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*” se relacionan con “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”; es decir, aquellas personas que tienen más emociones como satisfacción, alegría, orgullo y tranquilidad al consumir alimentos *light*, también están a favor de que poblaciones de niños, ancianos y mujeres embarazadas consuman dichos alimentos.

Las “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*” también tiene relación con los “Efectos de los alimentos *light* en la salud”, los individuos que plantean que los productos *light* no pueden generar efectos nocivos en la salud también están de acuerdo en que los niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas pueden consumir estos productos. Así, pareciera que si las personas no piensan que estos alimentos son dañinos, tampoco creen que se deba privar a ciertas poblaciones de consumirlos.

Las “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” se relacionó de forma negativa con las “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, de tal modo que las personas que piensan que se pueden consumir estos productos si el resto de su dieta es balanceada o si se ingieren con poca

frecuencia tienen más emociones de satisfacción, orgullo, tranquilidad y alegría al ingerirlos.

De igual forma las “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” tiene que ver con los “Efectos de los alimentos *light* en la salud”, es decir, aquellos participantes que plantean que se pueden consumir alimentos *light* si no es en exceso o junto con una dieta equilibrada y con otro tipo de alimentos, también piensan que pueden ser dañinos o afectar su salud si se comen con frecuencia y sin leer las etiquetas para identificar sustancia nocivas. Parece congruente que las personas que piensan que los alimentos *light* pueden ser nocivos para su salud, creen que se pueden consumir siempre y cuando no sea en exceso y se haga en combinación con otros alimentos dentro de una dieta balanceada, ya que están conscientes de los efectos adversos que quizás les podrían generar.

También se encontró que las “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” tienen una relación negativa con las “Creencias sobre las poblaciones que pueden ingerir alimentos *light*”, las personas de esta investigación que están a favor de que se ingieran alimentos *light*, si no es en exceso y sí se combinan con otros alimentos; también están de acuerdo en que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas consuman estos productos.

Además se halló que la “Frecuencia de consumo de alimentos *light*”, tiene que ver por un lado con las “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, es decir, aquellas personas que ingieren productos *light* con más frecuencia también se sienten más alegres, satisfechas, y orgullosas al hacerlo. Y por otro lado, con las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, esto es, las personas que consumen alimentos *light* con

frecuencia también sienten tristeza, culpa o preocupación cuando no los comen.

De igual forma la “Frecuencia de consumo de alimentos *light*” está relacionada con las “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*”, es decir, las personas que consumen estos alimentos con cierta regularidad tienden a estar a favor de que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas puedan comerlos.

Y finalmente se encontró que la “Frecuencia de consumo de alimentos *light*” y el factor de “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*” se relacionan de forma negativa, es decir, las personas que dicen consumir con más frecuencia estos alimentos, tienden a pensar que los alimentos *light* si se pueden ingerir siempre y cuando sea en combinación con una dieta bien balanceada y sin mucha frecuencia.

Así, en esta investigación se encontró que la frecuencia de consumo de los alimentos *light* se relaciona con las creencias que los individuos tienen sobre qué tipo de poblaciones pueden comerlos, cómo deben consumirse, cada cuando y con la creencia de que ayudan a bajar de peso. De manera similar, se ha corroborado en otras investigaciones que la elección de comida suele estar influida por las creencias hacia ellos, por ejemplo Mahon y cols. (2006) encontraron que el consumo de comida preparada y *takeaways* estaba relacionado con las creencias positivas sobre la conveniencia de éstos productos. Dunn y cols. (2008) realizaron un estudio similar sobre comida rápida y encontraron que las creencias negativas que asociaban a este tipo de alimentos eran los altos contenidos de grasa y pocos nutrientes, dentro de las creencias positivas que se mencionaban con más frecuencia estaba el poder acceder a ellos fácilmente y con respecto a

la frecuencia de consumo, el 75% los ingerían por lo menos una vez cada 15 días. Los autores resaltan como a pesar de las creencias negativas sobre la comida rápida las personas siguen comiéndolas y esto se puede deber a que no evalúan los riesgos adversos a la salud a causa de estos alimentos tan graves como los riesgos producidos por otras cosas. Berg y cols. (2002) también apoyan que algunos de los principales motivos para la elección de comidas (en el caso de su investigación alimentos con fibra y bajos en grasa) están aspectos vinculados a la salud, influencias sociales, creencias y conocimientos que las personas tienen sobre la alimentación.

En lo referente a la creencia de que los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” se encontró una relación tanto con las “Emociones positivas al consumir alimentos *light*” como con las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, lo cual quiere decir que la creencia de que estos productos ayudan a bajar de peso se relaciona con que las personas se sientan tranquilas, contentas y disfruten de comer dichos alimentos y por el contrario se sientan preocupados, tristes y culpables cuando no lo hacen.

El mismo factor “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” está relacionado con las “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*”, es decir, aquellos que están de acuerdo con que niños, ancianos y mujeres embarazadas coman estos productos tienden a opinar que siempre o casi siempre los alimentos *light* bajan de peso.

Al indagar uno de los objetivos de la investigación, sobre si el consumo de productos *light* se relaciona con la creencia de que son alimentos para bajar de peso, encontramos que la creencia de que los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” tiene relación con la “Frecuencia de consumo de alimentos *light*”, es decir, las personas que tienen una mayor creencia de que los

productos *light* ayudan a bajar de peso son aquellos que los consumen con más periodicidad.

Y por último se identificó que la creencia de que los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” presentó una relación negativa con las “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*”, lo que señala que los individuos que piensan que lo *light* ayuda a bajar de peso también están a favor de que se consuman estos alimentos pero sin exceso, y sí se acompañan con otros alimentos en una dieta correctamente balanceada.

Los tres grupos de edad muestran las mismas creencias generales hacia los alimentos *light*, ya que estadísticamente no se encontraron diferencias significativas en el puntaje final del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*. Sin embargo, al hacer un análisis más detallado en cada uno de los factores de dicho cuestionario se encontró que existían diferencias en las “Creencias sobre el consumo de alimentos *light*”, entre los jóvenes y los adultos. Los jóvenes piensan que los productos *light* no son malos para la salud si se comen de vez en cuando y junto con una dieta balanceada. A diferencia de los adultos que piensan que estos alimentos son malos aun cuando se coman con poca frecuencia y en combinación con otros alimentos.

De forma más específica también se encontraron diferencias, entre los tres grupos de edad en las creencias hacia los alimentos *light*, particularmente en siete ítems del Cuestionario de Creencias. Se observó que ante la afirmación “No se deben consumir sólo alimentos *light* porque no son nutritivos” las diferencias se presentaron entre los jóvenes y los adultos. Los jóvenes plantean que nunca o casi nunca no se deben consumir sólo alimentos *light* porque no son nutritivos. Mientras que los adultos dicen que

casi siempre o siempre no se deben consumir sólo estos productos porque no son nutritivos.

Para la afirmación “Los alimentos *light* son saludables” la diferencia entre grupos se presentó entre los adolescentes y los adultos. Los adolescentes, a diferencia de los adultos, opinan que los alimentos *light* casi nunca o nunca son saludables. Así mismo, se encontró diferencia entre los jóvenes y los adultos, son igualmente el grupo de los jóvenes quienes piensan que los alimentos *light* nunca o casi nunca son saludables caso contrario al de los adultos, quienes piensan que los alimentos *light* son saludables.

En la afirmación “Estoy de acuerdo con que las personas consuman alimentos *light*”, la diferencia de grupos también ocurrió entre los jóvenes y los adultos. Los primeros están más a favor que los segundos en que las personas consuman alimentos *light* siempre o casi siempre. Es interesante como a pesar de que son los adultos quienes piensan que siempre o casi siempre los alimentos *light* son buenos para la salud están menos de acuerdo que los jóvenes, en que las personas los consuman.

Para el reactivo “Puedes consumir alimentos *light* si el resto de tu dieta está bien balanceada”, de igual forma la diferencia se presentó entre los jóvenes y los adultos. Los jóvenes están a favor de que siempre o casi siempre se puedan consumir estos alimentos si el resto de la dieta es balanceada. A diferencia de los adultos quienes tienden a pensar que nunca o casi nunca se pueden consumir productos *light* aun y cuando el resto de la dieta este bien balanceada. Así mismo, en estos dos grupos se dio una diferencia en el reactivo “Nunca como alimentos *light*”, son los adultos quienes afirman en mayor medida que nunca consumen alimentos *light*, caso contrario al de los jóvenes.



La diferencia de grupos en la afirmación “Los adolescentes pueden consumir alimentos *light*” se dio entre los adolescentes y los adultos. Los primeros consideran que los adolescentes pueden consumir alimentos *light* siempre o casi siempre, caso contrario al de los adultos. Nuevamente a pesar de que son los adultos quienes consideran, en mayor medida que los otros dos grupos, que los alimentos *light* son saludables no consideran que sea buenos para los adolescentes.

En el ítem “Puedes consumir alimentos *light* si no lo haces en exceso” la diferencia entre grupos también se observó entre los adolescentes y los adultos. Los adolescentes plantean que siempre o casi siempre se pueden consumir alimentos *light*, pero sin exceso. Y los adultos que nunca o casi nunca se pueden consumir alimentos *light* aunque no lo hagan en exceso.

En cuanto al Índice de masa corporal (IMC) obtenido de los autoreportes de estatura y peso de los participantes, fue el grupo de los adultos quienes presentaron un índice más alto que los otros dos grupos. Posteriormente le siguieron el grupo de jóvenes y al final el de adolescentes.

Dado que es el mismo grupo, el de los adultos, quienes tienen un IMC más alto, así como, el que presenta mayor preocupación por el peso y la comida, es decir un alto riesgo de presentar algún trastorno de la alimentación no especificado; y quienes tienen un mayor nivel de ansiedad. Se estudio la posibilidad de que existiera una relación entre el IMC, la preocupación por el peso y la comida (Prueba de actitudes hacia la alimentación, EAT-40) y la ansiedad (Inventario de ansiedad rasgo-estado, IDARE). Y los resultados muestran que en efecto existe una relación significativa entre el IMC y la preocupación por el peso, así como con la ansiedad. Esto significa que las personas que tienen un IMC más elevado, presentan mayor preocupación

por el peso y comida, y mayores niveles de ansiedad- rasgo. Dichos resultados concuerdan con los hallazgos de diferentes investigadores que indican que un IMC elevado se relaciona consistentemente con la preocupación por el peso (Faith y cols., 1997; Taylor y cols., 1998; Thompson y cols., 1999; May y cols., 2006).

Al igual que en otros estudios realizados (Alvares y cols., 2003; Becker y cols., 2004; Pegler y Napolitano, 1991; Silva, 2001; Strober, 2008 en Montgomery 2008; Touchette y cols., 2010) en esta investigación constatamos que existe una relación entre la preocupación por el peso y la comida y los niveles de ansiedad.

Ya que se presentó una relación entre la preocupación por el peso y la comida con la ansiedad y el índice de masa corporal; si tomamos en cuenta que esta preocupación es uno de los principales componentes de los trastornos de la alimentación y consideramos que el tipo de creencias que las personas tienen sobre los alimentos *light* pueden estar relacionadas con la preocupación por el peso y la comida, esperaríamos que tanto la ansiedad como el índice de masa corporal estarían estrechamente relacionados con las creencias sobre estos productos.

Es por esto que con el objetivo de determinar si existía una relación entre los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida con las creencias asociadas a los productos *light*, se realizó un análisis que arrojó la existencia de una relación entre las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” y la preocupación por el peso y la comida, así como con los niveles de ansiedad, que nos indica que las personas con mayores emociones negativas por no comer estos alimentos, es decir, aquellas que presentan ansiedad, tristeza o culpa cuando no consumen este tipo de

alimentos, son aquellas que tienen niveles más altos de ansiedad- rasgo, y mayor preocupación por el peso y la alimentación.

Al realizar un análisis por grupos, para determinar si había una relación entre los niveles de ansiedad, la preocupación por el peso y la comida y las creencias asociadas a los productos *light*, se identificó que en el grupo de los jóvenes, había una relación entre el factor “Emociones positivas al consumir alimentos *light*” y la preocupación por el peso y la comida, lo cual significa que a medida que las personas de este grupo de edad tienden a sentirse más contentos, satisfechos o tranquilos cuando consumen este tipo de alimentos, también suelen preocuparse más por su peso y la comida o a tener más rasgos característicos de un trastorno de la alimentación.

También se halló que en los adultos se relaciona la preocupación por el peso y la comida con el factor “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, es decir, aquellos que se preocupan más por su peso y la comida también tienen más emociones negativas como tristeza, ansiedad o culpa cuando no consumen alimentos *light*. Y en el mismo grupo se presentó una relación negativa entre la preocupación por el peso y la alimentación y el factor “Creencias sobre las poblaciones que ingieren alimentos *light*”. En otras palabras los adultos de esta investigación que tienen una mayor preocupación por su peso y la comida, tienden a pensar que nunca o casi nunca niños, mujeres embarazadas y ancianos pueden comer estos productos.

Con respecto a la posible relación entre las creencias que los individuos tienen sobre los alimentos *light* y el IMC, en el total de la muestra de esta investigación no encontró ninguna relación. Sin embargo, al hacer un análisis por grupo se descubrió que en los jóvenes existía relación entre el

IMC y el factor “Efectos de los alimentos *light* en la salud” y el factor “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso”, lo cual significa que entre los jóvenes a mayor IMC hay una mayor creencia de que los alimentos *light* ayudan a bajar de peso y que casi nunca o nunca tienen efectos negativos en la salud.

Cabe señalar que en el grupo de los adolescentes no se encontró ninguna relación entre los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida, con las creencias asociadas con los productos *light*. Y tampoco entre el IMC y las creencias hacia los alimentos *light*.

Aunado a esto se investigó la posible relación entre los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light* y los factores del EAT-40, con lo que se identificaron ocho relaciones de importancia. Primero, entre la “Motivación para adelgazar” y las “Emociones positivas al consumir alimentos *light*”, que indica que aquellas personas que sienten más motivación para adelgazar (aquellas que les preocupa pesar demasiado y tener mucha grasa en su cuerpo y se comprometen a hacer dietas), se sienten más contentos, satisfechos y tranquilos cuando consumen productos *light*.

Segundo, entre la “Motivación para adelgazar” y la “Frecuencia de consumo de alimentos *light*”, es decir, entre mayor es la motivación para adelgazar es mayor la frecuencia de consumo de este tipo de alimentos.

Tercero, entre los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” y la “Preocupación por la comida” esto es, aquellos individuos que tienen mayor preocupación por la comida, que pasan mucho tiempo pensando en ella,

que sienten que los alimentos controlan su vida y se sienten culpables después de comer, consideran que estos productos los harán bajar de peso.

En cuarto lugar entre las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*” y la “Preocupación por la comida”, lo que significa que las personas que tienen más emociones negativas como ansiedad, tristeza, culpa o preocupación por no consumir alimentos *light* tienen una mayor preocupación por la comida.

De igual forma entre los “Alimentos *light* ayudan a bajar de peso” con el factor de “Bulimia”, se identificó que los individuos que tienen la creencia de que estos alimentos los ayudan a bajar de peso, presentan mayores obsesiones y compulsiones como pesarse continuamente, comer alimentos dietéticos y tener preferencia por la ropa ajustada.

Así mismo, se encontró una relación negativa entre el factor de “Creencias sobre las poblaciones que pueden comer alimentos *light*” y el de “Presión social percibida”, esto es, las personas con algunos estilos de alimentación como comer en restaurantes, acompañados de otras personas, que suelen comer carne y probar comida nueva, tienen la directriz de que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas casi nunca o nunca deben ingerir alimentos *light*. Y una relación positiva entre las “Creencias sobre la ingesta de alimentos *light*” y la “Presión social percibida”, es decir, las personas que piensan que se pueden comer productos *light*, siempre y cuando no sea en exceso o combinándolos con otros alimentos, en una dieta bien balanceada suelen comer carne y comidas nuevas, además comen en restaurantes y disfrutan hacerlo acompañados de otras personas.

Y finalmente se halló una relación positiva entre “Conductas compensatorias” y “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, esto es, los individuos que tienen más emociones negativas por no consumir dichos productos suelen presentar también un mayor número de conductas compensatorias, como vómitos después de las comidas y la ingesta de laxantes.

## 4.2 Conclusiones

Con lo referente a las creencias hacia los alimentos *light* que tienen los participantes de esta investigación, encontramos que la mayor parte de los individuos de los tres grupos (arriba del 92%) no tienen emociones positivas cuando comen alimentos *light* y tampoco presentan emociones negativas cuando no consumen alimentos *light*.

Entre el 65% y 80% de los sujetos de los tres grupos consideran que los alimentos *light* pueden generar enfermedades; que consumirlos en exceso puede ser malo para la salud, por lo que es necesario fijarse en que no contengan sustancias nocivas. De igual forma, el mismo porcentaje de los participantes planean que no es recomendable que las mujeres embarazadas, niños, ancianos y adolescentes consuman alimentos *light*. Estos resultados parecerían lógicos ya que si las personas consideran que este tipo de alimentos hacen daño no es bueno que sean consumidos por ciertos sectores de la población que se encuentran en periodos en los que requieren de cierto tipo y cantidad de nutrientes. Acorde con lo expresado en apartados anteriores estos productos pueden ser contraproducentes en ciertos grupos, tal es el caso de niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas debido al desarrollo y necesidades nutricionales. Pero si pueden ser aptos para personas con ciertas enfermedades que los obligan a restringir su alimentación, claro que sin sustituir muchos de los alimentos normales por su versión *light*.

En las creencias sobre el consumo de alimentos *light* los porcentajes son similares entre aquellos que consideran que se pueden consumir alimentos *light* siempre y cuando no sea en exceso y si el resto de la dieta está bien balanceada (55.7% de los adolescentes, 68.6% de los jóvenes y el 42.9%

de los adultos) y los individuos que piensan que, a pesar de que los alimentos *light* no se ingieran en exceso y el resto de la dieta este bien balanceada, no es recomendable consumir estos productos (44.4% de los adolescentes, 31.4% de los jóvenes y 57.1% de los adultos).

Contrario a lo esperado, aproximadamente entre el 85% y 92% de los individuos de los tres grupos no creen que los alimentos *light* ayuden a bajar de peso; son muy pocos quienes piensan esto. Es decir, la mayoría de los participantes consideran que estos productos no los ayudan a bajar de peso; lo que es correcto debido a que estos productos sólo tienen un 30% menos de valor energético que el producto regular, lo cual no significa que ayuden a reducir el peso corporal. Y finalmente es el mismo porcentaje de personas quienes dicen no consumir alimentos *light*, solamente el 1.4% de los adolescentes, el 4.3% de los jóvenes y el 2.8% de los adultos expresan consumir alimentos *light* siempre o casi siempre.

En general, arriba de la mitad de los participantes (68%) tienen tendencias poco favorables sobre los alimentos *light*. No se encontraron diferencias entre los tres grupos en cuanto a las creencias sobre los alimentos *light*, lo que significa que a pesar de las edades de los participantes la opinión que tienen sobre estos productos es similar. Únicamente se encontraron diferencias entre los jóvenes y adultos en las "Creencias sobre el consumo de alimentos *light*"; los jóvenes piensan que los productos *light* casi nunca son malos para la salud si se comen de vez en cuando y junto con una dieta balanceada, contrario a los adultos que consideran que casi siempre estos alimentos son malos aun cuando se coman con poca frecuencia y en combinación con otros alimentos.



De forma mucho más detallada se encontraron ciertas diferencias en siete de los ítems del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, entre el grupo de los jóvenes y adultos, y entre el grupo de los adolescentes y adultos, pero no se identificó ninguna diferencia entre los adolescentes y los jóvenes.

En caso de los jóvenes y adultos, en primera instancia se encontró que los jóvenes piensan que los alimentos *light* casi nunca son saludables a diferencia de los adultos que piensan que los alimentos *light* casi siempre son saludables. En segundo lugar los jóvenes no están de acuerdo con la idea de que no se consuman sólo alimentos *light* porque no son nutritivos; mientras que los adultos sí están de acuerdo en que no se deben consumir sólo estos productos porque no son nutritivos. Así mismo, los jóvenes están más a favor que los adultos en que las personas consuman alimentos *light*. Y también son los jóvenes quienes están a favor de que se consuman estos alimentos si el resto de la dieta es balanceada; contrario a los adultos quienes tienden a pensar que no se pueden consumir productos *light* aunque el resto de la dieta sea saludable. Y finalmente son los adultos quienes afirman en mayor medida que casi nunca consumen alimentos *light*, caso contrario al de los jóvenes.

Y entre el grupo de los adolescentes y los adultos, encontramos que los adolescentes, a diferencia de los adultos, opinan que los alimentos *light* casi nunca son saludables, que los adolescentes casi siempre pueden consumir alimentos *light* y ellos también consideran que se pueden ingerir alimentos *light*, pero sin exceso. Mientras que los adultos opinan que casi siempre son saludables, que los adolescentes casi nunca pueden consumir alimentos *light* y de igual forma, plantean que casi nunca se pueden consumir alimentos *light* aunque no lo hagan en exceso.

Adicionalmente al buscar las posibles relaciones entre los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light*, se encontró que las personas que tienen emociones negativas (ansiedad, tristeza, preocupación, culpa) cuando no ingieren estos alimentos también suelen presentar emociones positivas (satisfacción, tranquilidad, orgullo) cuando sí lo hacen. Asimismo, los individuos que están de acuerdo en que poblaciones de niños, ancianos y mujeres embarazadas consuman alimentos *light* también consideran que los productos *light* no pueden generar efectos nocivos en la salud; y además suelen sentir más emociones como satisfacción, alegría, orgullo y tranquilidad al consumir dichos alimentos.

Aquellas personas que piensan que se pueden consumir productos *light* si el resto de su dieta es balanceada o si se ingieren con poca frecuencia, presentan más emociones de satisfacción, orgullo, tranquilidad y alegría al ingerirlos; piensan que estos alimentos pueden ser dañinos o afectar su salud si se comen con frecuencia y sin leer las etiquetas para identificar sustancia nocivas; y también están de acuerdo en que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas consuman estos productos.

Del mismo modo se encontró que las personas que ingieren productos *light* con más frecuencia se sienten más alegres, satisfechas, y orgullosas al hacerlo y por el contrario sienten tristeza, culpa o preocupación cuando no los comen; además ellos tienden a estar a favor de que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas los consuman; y también consideran que los alimentos *light* sí se pueden ingerir siempre y cuando sea en combinación con una dieta balanceada y sólo de vez en cuando, sin mucha frecuencia.

Las personas que consideran que los alimentos *light* ayudan a bajar de peso son la mismas que usualmente se sientan tranquilas, contentas y disfrutan comer dichos alimentos y en cambio se sienten preocupados, tristes y culpables cuando no lo hacen; y también están de acuerdo con que niños, ancianos y mujeres embarazadas coman estos productos; además ellos están de acuerdo en que se consuman estos alimentos pero sin exceso y acompañados con otros alimentos en una dieta sana y balanceada.

Y finalmente, en esta investigación constatamos que la frecuencia de consumo de los alimentos *light* está relacionada con la creencia de que ayudan a bajar de peso, es decir, las personas que consideran que los productos *light* casi siempre los ayudan a bajar de peso los consumen con más periodicidad.

Por otro lado a diferencia de lo que plantea la literatura, en esta investigación fue el grupo de los adultos quienes son un foco de atención, debido que son ellos quienes presentan mayor preocupación por el peso y la comida, niveles más altos de ansiedad rasgo y un índice de masa corporal más elevado. Estos resultados no deben sorprendernos ya que de acuerdo con algunos autores (Mangweth-Matzek et al., 2006; Zerbe y Domnitei, 2004) se pueden deber a cambios físicos normales por la edad, como el aumento de peso o cambios en la figura por los depósitos de grasa que se presentan en algunas etapas (embarazo, menopausia); además de que la imagen corporal se puede ver afectada por problemas de salud y enfermedades crónicas que se presentan en edades avanzadas.

Además, constatamos que existe una relación entre la preocupación por el peso y la comida y los niveles de ansiedad; entre la preocupación por el

peso y la comida y el índice de masa corporal; entre los niveles de ansiedad y el índice de masa corporal. Pero en el caso de las creencias hacia los alimentos *light*, de forma general en toda la muestra no se encontró mucha relación entre las creencias sobre los alimentos *light* con los niveles de ansiedad y la preocupación por el peso y la comida. Únicamente se dio con las “Emociones negativas al no consumir alimentos *light*”, es decir, las personas con mayores emociones negativas (ansiedad, tristeza o culpa) por no comer estos alimentos tienen niveles más altos de ansiedad- rasgo y mayor preocupación por el peso y la alimentación.

Por grupos también se presentó poca relación entre las variables. En los jóvenes se encontró que aquellos que sienten más emociones positivas (tranquilidad, alegría u orgullo) al consumir alimentos *light* tienden a preocuparse más por su peso y la comida o a presentar más rasgos característicos de un trastorno de la alimentación. En los adultos se identificó que aquellos que se preocupan más por su peso y la comida, tienen más emociones negativas como tristeza, ansiedad o culpa cuando no consumen alimentos *light*; y también tienden a pensar que otras poblaciones como niños, mujeres embarazadas y ancianos casi nunca pueden comer estos productos.

En cuanto al Índice de masa corporal, en esta investigación, al igual que en otras previas, se confirmó que existe una relación con la preocupación por el peso y la alimentación, así como con la ansiedad, es decir las personas de este estudio que tienen un IMC más elevado, presentan mayor preocupación por el peso y comida, así como, mayores niveles de ansiedad- rasgo. Sin embargo, en el total de la muestra, no se encontró ninguna relación entre las creencias que los individuos tienen sobre los alimentos *light* y el IMC que presentan, pero al hacer un análisis por grupo se

descubrió que en los jóvenes a mayor IMC también hay una mayor creencia de que los alimentos *light* ayudan a bajar de peso y que estos alimentos casi nunca tienen efectos negativos en la salud.

Aunado a esto se dieron algunas relaciones entre los factores del Cuestionario de Creencias hacia los Alimentos *Light* y los factores del Cuestionario de Actitudes hacia la Alimentación. Las personas que sienten más motivación para adelgazar (aquellas que les preocupa pesar demasiado y tener mucha grasa en su cuerpo y se comprometen a hacer dietas), se sienten más contentos, satisfechos y tranquilos cuando consumen productos *light*; y también se encontró que entre mayor es la motivación para adelgazar es mayor la frecuencia de consumo de este tipo de alimentos.

Aquellos individuos que tienen más preocupación por la comida, que pasan mucho tiempo pensando en ella, que sienten que los alimentos controlan su vida y se sienten culpables después de comer; tienden a creer que los alimentos *light* los ayudaran a bajar de peso y también tienen más emociones negativas como ansiedad, tristeza, culpa o preocupación por no consumir estos alimentos.

Así mismo, las personas con algunos estilos de alimentación como comer en restaurantes, acompañados de otras personas, que suelen comer carne y probar comida nueva; consideran que no es adecuado que niños, adolescentes, ancianos y mujeres embarazadas ingieran alimentos *light*; y además piensan que se pueden comer estos productos, siempre y cuando no sea en exceso o junto con otros alimentos en una dieta equilibrada.

Los individuos que tienen la creencia de que estos alimentos los ayudan a bajar de peso, presentan mayores obsesiones y compulsiones como pesarse continuamente, comer alimentos dietéticos y tener preferencia por la ropa ajustada. Y los individuos que tienen más emociones negativas por no consumir alimentos *light* suelen presentar un mayor número de conductas compensatorias, como vómitos después de las comidas y la ingesta de laxantes.

### 4.3 Limitaciones y Sugerencias

Se debe tener cautela al generalizar los resultados de esta investigación en toda la población mexicana debido a que no conocemos cuáles son las creencias sobre los alimentos *light* y su relación con las otras variables de estudio entre las personas de las otras edades que no fueron investigadas en este estudio.

También se debe tomar en cuenta que al ser ésta una investigación exploratoria no existe suficiente literatura que nos pueda dar pauta a comparar los resultados hallados, a comprender de mejor forma la causa probable de los resultados obtenidos o a especular sobre otras posibles variables relacionadas con las creencias sobre los alimentos *light*.

No cabe duda que una de las principales sugerencias para futuros estudios es indagar más sobre los trastornos de la alimentación en población adulta, en personas de más de 30 años, porque como observamos son un foco que debe ser atendido en primera instancia por los niveles que ellos presentan de preocupación por el peso y la comida, ansiedad y un índice de masa corporal más elevado; y en segundo lugar porque la gran mayoría de las personas de esta edad son los padres de los actuales adolescentes que son también vulnerables a padecer algún trastorno alimenticio; y que pueden llegar a influir en ellos.

También sería plausible tomar en cuenta otras variables que probablemente influyan en las creencias sobre los alimentos *light*, como por ejemplo el sexo, el nivel educativo o estatus socioeconómico, las creencias de personas significativas como amigos o padres, los anuncios sobre dichos productos en los diferentes medios de comunicación.

De igual forma, sería interesante indagar si estas creencias son congruentes con los hábitos de alimentación que realizan o si influyen en la elección de alimentos que las personas hacen. Por otro lado, ya que se ha demostrado en otras investigaciones que la preocupación por el peso y la comida suele estar presente en niños cabría la posibilidad de indagar como convergen las creencias en este grupo de edad, o en personas con trastorno ya diagnosticado.

Más allá de las investigación y futuros hallazgos, con el fin de combatir la obesidad o los diferentes trastornos de la alimentación es necesario (independientemente de los programas de ejercicio o la restricción de ciertos alimentos en las escuelas públicas), implementar y dar a conocer diferentes programas de nutrición tanto a los estudiantes como a los padres; y a la población en general a través de diferentes centros sociales. Programas que por supuesto proporcionen información clara y precisa sobre nutrición y alimentación, así como el tema que en este caso nos compete, es decir, sobre los alimentos *light*.



## Capítulo 5. Referencias

- Abenojar, O. (2008) Alimentos *Light*. Recuperado en marzo del 2008, de <http://abenojaromic.blogspot.com/2008/03/alimentos-light.html>
- Abraham, S. y Llewelyn, D. (2005) *Anorexia y bulimia*. España: Jones Alianza.
- Adams K., Stargent R. G., Thompson S. H., Richter D., Corwin S. J. y Rogan T. J. (2000) A study of body weight concerns and weight control practices of 4th and 7th grade adolescents. *Ethnicity and Health*, 5 (1): 79- 94.
- Admin (2009) Alimentos *Light*. ¿Cuáles son?. Recuperado en enero del 2009, de <http://entornomedico.net/diabetesclub/index.php?name=News&yfile=articlesid=91>
- Afifi-Soweid R., Najem M. B. y Shediach- Rizkallah M. C. (2002) Preoccupation with weight and Disordered Eating Behaviors of Entering Students at a University in Lebanon. *International Journal of Eating Disorders*, 32: 52- 57.
- Alimentación Sana (2007). Productos *Light* o Diet. Recuperado en agosto del 2007, de [www.alimentacion-sana.com.ar/Informacions/novedades/quecomo.htm](http://www.alimentacion-sana.com.ar/Informacions/novedades/quecomo.htm)
- Alvarez G., Mancilla J.M., Vázquez R., Unikel C., Caballero A. and Mercado D. (2004) Validity of the Eating Attitudes Test: A study of Mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disord*, 9, 243-248.
- Álvarez R. G., Franco P. K., Vázquez A. R. Escarria R. A. y Haro H. M., (2003) Sintomatología de trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres universitarios. *Psicología y salud*, 13(2): 245-255.
- Álvarez T. D., Franco P. K., Mancilla Díaz J. M., Álvarez R. G. y López A. X. (2000) Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7: 26- 35.

- Álvarez, R. (2004) *¡Me caes gordo! La discriminación light*. México: Plaza y Valdes.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press.
- Amigo, I. (2003). *La delgadez imposible*. Barcelona: Paidós.
- Amigo, I. Fernández, C. Rodríguez, E. y Rodríguez A. (2005) Creencias sobre las estrategias para el control del peso. *Psicothema*, 17 (3), 418-421.
- Andersen A. E., Cohn L. y Holbrook T. (2000) Making weight: healing men's conflicts with food weight, shape and appearance. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(3): 391-397
- Anderson, C. B. y Bulik, C. M. (2004) Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5: 1–11.
- Ángel L., Martínez L. y Gómez M. (2008) Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (T.C.A) en estudiantes de bachillerato. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 56: 193-210.
- Anónimo (2009, 19 de enero) Los mitos de los productos *light*. El Universal Recuperado en enero del 2009, de <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/51880.html>
- Anonymous (2010) Eating Disorders; Studies from King's College London, Institute of Psychiatry yield new information about eating disorders. *Psychology y Psychiatry Journal*, 28.
- Aquino, G. (1998) *Trastornos de la alimentación: detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deportes y que no lo hacen*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ávila, A (2010) *La hipnosis como una técnica en la reducción de ansiedad ante los exámenes escritos en alumnos de bachillerato*. Tesis de Licenciatura. Universidad Salesiana, incorporada a la UNAM.
- Becker C.B., DeViva J. C. y Zayfert C. (2004) Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: The importance of anxiety comorbidity assessment. *Anxiety Disorders*,18: 255–274.
- Becoña E. Vázquez, F. y Oblitas L. (2000) Promoción de estilos de vida saludable: ¿realidad, reto o utopía? *Psicología de la salud*, 51- 67.
- Berg, C., Jonsson, I., Conner, M. y Lissner, L. (2002) Relation Between Breakfast Food Choices and Knowledge of Dietary Fat and Fiber Among Swedish Schoolchildren. *Journal Of Adolescent Health*, 31, 199–207.
- Birch, L. y Zimemerman S. (1980) The influence of social-affective contexto n de formation of children’s food preferences. *Child Development*, 51, 856-861.
- Blinder B. J., Cumella E. J. y Sanathara V. A. (2006) Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Medical*, 68 (3): 454- 462.
- Borbón, A. (2008) *Diferencias en el perfil clínico y demográfico de los pacientes que ingresan a la clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante el año 2006*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bosques B. L. (2003) *Evaluación de la relación entre roles de género y la sintomatología de trastorno alimentario*. Tesis de licenciatura. Facultad de Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bowman R. L., y DeLucia J. L. (1992) Accuracy of self-reported weight: A metaanalysis. *Behavior Therapy*, 23: 637–655.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.

- Brooke C. R. (2003) The influence of maternal attitudes and behaviors on the development of weight concern, body dissatisfaction, and weight control behaviors among first- through fifth-grade girls. *International Sciences*, 64 (3-B): 553- 562.
- Bruhn, C. (1992) Consumer attitudes and Market Potential for Foods Using Fat Substitutes. *Food Technology*, 7: 81 - 87.
- Buckner J. D., Silgado J. y Lewinsohn P. M. (2010) Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44: 781-787.
- Bulik, Sullivan, Wade y Kendler (2000) Twin Studies of Eating Disorders: a Review. *Eating Disorders*, 27: 1-20.
- Caixas, A. (2000) Tratamiento Farmacológico de la Obesidad. *Endocrinología*, 47: 16–30.
- Carrillo, M. (2007). El recuerdo de Publicidad de Productos *light* en Población Adolescentes Femenina. Recuperado en marzo del 2007, de [www.portalcomunicacion.com](http://www.portalcomunicacion.com)
- Carson, K. 1990. *Light* Dairy Products: Regulatory Issues. *Food Technology*. 44, 88–92.
- Christian (2007) Alimentos *light*. Recuperado en julio del 2007, de <http://viviendosanos.com/2007/07/alimentos-light.html>
- CIE-10 (1992) *Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Cohen-Tovée E. M. (1993) Depressed mood and concern with weight and shape in normal young women. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (2): 223-227.
- Consejo Editorial BíoX (2009) Los Mitos de los Alimentos *Light*. Recuperado en enero del 2009, de <http://www.biox.com.mx/articulos/alimentoslight.ht>

- Consumer (2007) Los alimentos tipo *light* a examen. Recuperado en marzo del 2007, de [http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender\\_a\\_comer\\_bien/alimentos\\_light/estudio\\_en\\_resumen/](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/alimentos_light/estudio_en_resumen/)
- Cooner, M., Charlotte, J. y Grogan, S. (2004). Gender, sexuality, body image and eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 9, 505-515.
- Cormillot (2007) Productos *light*: ¿Son realmente eficaces y necesarios? Recuperado en marzo del 2007, de [http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender\\_\\_comer\\_bien/alimentos\\_light/estudio\\_en\\_resumen/](http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender__comer_bien/alimentos_light/estudio_en_resumen/)
- Cortese S., Falissard B., Pigaiani Y., Banzato C., Bogoni G., Pellegrino M., Vincenzi B., Angriman M., Cook S., Purper-Ouakil D., Bernardina B. D. y Maffeis C. (2010) The Relationship between Body Mass Index and Body Size Dissatisfaction in Young Adolescents: Spline Function Analysis. *Journal of American Dietetic Association*, 110: 1098-1102.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998) *Anorexia: lo que hay que saber. Bulimia: un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisa.
- Cronica Viva (2009) Mitos y verdades en los alimentos *light*. Recuperado en enero del 2009, de <http://www.cronicaviva.com.pe/content/view/52657/136/>
- Czubaj, F. (2006) Lanacion: Buenos Aires, la ciudad con mayor consumo *light*. Recuperado en marzo del 2007, de Ciencia/Salud <http://www.lanacion.com.ar/769602>
- Dadvison (2004) Effect of energy restriction total heat production basal metabolic rate, and specific dynamic action of food *Light* in rats. *Journal of Obesity*, 50: 933-935.
- Dalley S. E., Abraham P., Buunk y Umit T. (2009) Female body dissatisfaction after exposure to overweight and thin media images: The

- role of body mass index and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 47: 47–51.
- Davison K. K., Earnest M. y Birch L. (2002) Participation in aesthetic sports and girls' weight concerns at ages 5 and 7 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 312- 317.
- Davy, S., Benes, B. y Driskell, D. (2006) Sex Differences In Dieting Trends, Eating Habits, and Nutrition Beliefs of a Group of Midwestern College Students. *Journal of the American Dietetic Association*, 106 (10), 1673-1677.
- Delinsky, S. S. y Wilson, G. T. (2008) Weight gain, dietary restraint, and disordered eating in the freshman year of college. *Eating Behaviors*, 9: 82–90.
- Ditts, R., Hallbom, T., Smith, S. y Mustieles, J. (1996) *Las creencias: caminos hacia la salud y el bienestar*. México: Urano.
- DSM- IV- TR (2005) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado. Barcelona: Massson.
- DSM-IV (1995) *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Massson.
- Dunn, K. I., Mohr P. B., Wilson C. J. y Wittert G. A. (2008) Beliefs about fast food in Australia: A qualitative analysis. *Appetite*, 59: 1-4.
- Edlund B., Hallquist G. y Sjoden P. (1994) Attitudes to food, eating and dieting behavior in 11 and 14 year old Swedish children. *Journal of Pediatric*, 83: 572- 577.
- Erol, A., Toprak, G. y Yazici, F. (2006) Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry y Clinical Neurosciences*, 60: 551–558.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa, I., Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13, 533-538.

- Fairburn C. G., Cooper Z., y Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Faith M. S., Leone M. A. y Allison D. B. (1997) The effects of self-generated comparison targets, BMI, and social comparison tendencies on body image appraisal. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5: 128-140.
- Fernández F. y Turón V. (2002) *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona España: Masson.
- French S. A. y Jeffery R. W. (1997) Current dieting, weight loss history, and weight suppression: Behavioral correlates of three dimensions of dieting. *Addictive Behaviors*, 22: 31-44.
- French, S. A., Jeffery, R. W., Sherwood, N. E. y Neumark-Sztainer, D. (1999). Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 576-585.
- Gadalla, T. M. (2008 a) Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Arch Womens Ment Health*, 11: 357-362.
- Gadalla T. M. (2008 b) Psychiatric comorbidity in eating disorders: a comparison of men and women. *Journal of Men's Health*, 5 (3): 209-21.
- Gama, E. (1999) *Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, C. (2005) Trastornos alimentarios. Tecnológico de Monterrey. Recuperado en enero del 2009, de [www.ccm.itesm.mx/dae/prevencion/talimen.html](http://www.ccm.itesm.mx/dae/prevencion/talimen.html)

- García, L. (2009) ¿Los alimentos *light* no engordan?... La verdad tras sus etiquetas. (Julio, 06 Reforma). Recuperado en enero del 2009, de <http://www.lafronteratx.com/articles/alimentos-34499-engordan-etiquetas.html>
- Gómez M. M. (2003) *Psicología de la salud, estrés de vida, creencias y actitudes saludables*. Tesis de licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Godart N. T., Flament M. F., Lecrubier Y. y Jeammet P. (2000) Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15 (1): 38-45.
- Godart N. T., Flament M. F., Perdereau F. y Jeammet P. (2002) Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a rew. *International Journal of Eating Disorders*. 32: 253-270.
- Godart N. T., Flament M. F., Curt F., Perdereau F., Lang F., Venisse J. L., Halfon O., Bizouard P., Loas G., Corcos M., Jeammet P. y Fermanian J. (2003) Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Research*, 117: 245–258.
- Gomez, G. (1993) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(1): 17-27.
- Gómez, P. (2003) *Lo que nunca te han contado de la anorexia nerviosa*. Valencia: Tilde.
- Gordon C. M., Dougherty D. D. y Fischman A. J. (2001) Neural substrates of anorexia nervosa: a behavioral challenge study with positron emission tomography. *The Journal of Pediatrics*, 139: 51- 57.
- Gowers S. G. y Shore A. (2001) Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179: 236-242.



- Grossbard, J. R., Lee, C. M., Neighbors, C. y Larimer, M. E. (2009) Body image concerns and contingent self-esteem in male and female college students. *Sex Roles*, 60: 198–207.
- Guerrero, L. (2006) Do consumers read and understand the information contained in the products they buy?. *Journal of Obesity*. 17- 21.
- Heatherton T. E, Mahamedi E., Striipe M., Field A. E. y Keel E. (1997) A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 117-125.
- Helguere, I. (1994) Un mercado en crecimiento: Alimentos Ligeros. *Food Technology*, 13: 28-33.
- Hernández, M. (2006) El lado "gordo" de lo *light*. El Universal. Recuperado en marzo del 2007, de [www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx)
- Hernández, M. (2007) ¿Ligeros? Sí con medida. El Universal Recuperado en marzo del 2007, de [www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx)
- Herrera C., Vásquez E., Romero E., Romo H., García De Alba, Troyo R. y Sanromán (2008) Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. *Archivos Latinoamericanos De Nutrición*, 58 (1).
- Hill A. J. y Bhatti R. (1995) Body shape perception and dieting in preadolescent British Asian girls: links with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17: 175- 183.
- Hindler C. G., Crisp A. H., McGuigan S. y Joughin N. (1994) Anorexia nervosa: change over time in age of onset, presentation and duration of illness. *Psychological Medicine*, 24 (3): 719-729.
- Hoek H. W. (2002). Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: Guilford. Recuperado en junio del 2010, de <http://books.google.com.mx/books?hl=esylr=yid=rNbdAGVNIh0Cyoi=fndyypg=PR13ydq=Distribution+of+eating+disorders,+Eating+disorders+and>

+obesity:+A+comprehensive+handbook.yots=ICcD\_ifgQ3ysig=3vWa8N7  
u6G5xp257-7D2TKAVTec#v=onepageyqyf=false

Holder M. D. y Keates J. (1993) Size of drawings influences body size estimates by women with and without eating concerns. *Body Image*: 3 (1): 77-86.

Hudson J. I., Hiripi E., Pope H. G. y Kessler R. C. (2007) The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61 (3): 348-358.

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Recuperado en marzo del 2007, de [www.nutricionenmexico.org.mx](http://www.nutricionenmexico.org.mx)

Inui A. (2001) Eating behavior in anorexia nervosa- an excess of both orexigenic and anorexigenic signaling. *Molecular Psychiatry*, 6: 620–624.

Amigo I., Fernández C., Rodríguez E. y Rodríguez A. (2005) Creencias sobre las estrategias para el control del peso. *Psicothema*, 17: (3): 418-421.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwann, M., Kraemer, H. C., y Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130: 19–65.

Jiménez, B. E. (2007) *Depresión, ansiedad, imágenes publicadas en revistas y riesgo para trastorno alimentario*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Johnson F, Wardle J, Griffith J. (2002) The adolescent food habits checklist: reliability and validity of a measure of healthy eating behavior in adolescents. *Europe Journal Clinic Nutrition*, 56: 640-644.

- Johnson C., Crosby R., Engel S., Mitchell J., Powers P. S., Wittrock D. y Wonderlich S. (2004) Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors*, 5: 147–156.
- Jordan J., Joyce P. R., Carter F. A., Horn J., Luty S. E., McKenzie J. F., Mulder R. y Bulik C. M. (2008) Specific and nonspecific comorbidity en anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41: 47-56.
- Kalman D., Cascarano H., Kriege, D., Incledon T. y Woolsey M. (2002) Frequency of binge eating disorder bin an outpatient weight loss clinic. *Psychological Medicine*, 102 (5): 697-699.
- Kaye W. H., Bulik C. M., Thornton L., Barbarich N. y Masters K. (2004) Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161: 2215 - 2221.
- Kiefer, I., Rathmanner, T., y Kunze, M. (2005) Eating and dieting differences in men and women. *The Journal of Men's Health and Gender*, 2: 194–201.
- Kielsas, E., Biornstorm, C. y Götelan, K. (2004) The prevalence of eating disorders in female and male adolescents. *Eating Behavior*, 5: 13-23.
- Klump K. L., McGue M. y Iacomo W. G. (2000) Age differences in genetic and enviromental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2): 239-251.
- Kuklinskic, C. (2003) *Nutrición y Bromatología*. Barcelona: Omega.
- La Segunda Online (2009) Mitos y creencias sobre adelgazar y los alimentos. Recuperado en enero del 2009, de <http://www.panoramadiario.com/salud/articulo/articulo/239/mitos-y-creencias-sobre-adelgazar-y-los-alimentos/>
- Laliberte, M., Newton, M., McCabe, R. y Mills, J. S. (2007) Controlling your weight versus controlling your lifestyle: How beliefs about weight control

- affect risk for disordered eating, body dissatisfaction, and self-esteem. *Cognitive Therapy and Research*, 31: 853–869.
- Lasheras B., Ariño A. y Martínez J. (2003) *Alimentos y nutrición en la práctica sanitaria asistida*. Madrid: Días de Saton.
- LatinSalud (2007). Alimentos dietéticos. Recuperado en marzo del 2007, de file:///E:/Los%20alimentos%20diet%20E9ticos%20-%20LatinSalud\_com.htm
- Lemon S. C., Rosal M. C., Zapka J., Borg A. y Andersen V. (2009) Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: Differences by body mass index and gender. *Body Image*, 6(2): 90-96.
- León A. (2007) A Producto *Light*. Dieta Para El Cerebro. Recuperado en marzo del 2007, de file:///E:/PRODUCTO%20Light%20Nutrici%F3n%20Dieta%20el%20cerebro.htm
- Lerma, A. (2004) *Autoestima, ansiedad y peso corporal en mujeres adultas*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lowery S. E., Kurpius S. E., Befort C., Blanks E. H., Sollenberger S. y Nicpon M. F. (2005) Body image, self-esteem, and health-related behaviors among male and female first year college students. *Journal of College Student Development*, 46: 612–623.
- Macedo, A., Soares, M. J., Azevedo, M. H., Gomes, A., Pereira, A. T. y Maia, B. (2007) Perfectionism and eating attitudes in Portuguese university students. *European Eating Disorders Review*, 15: 296–305.
- Macilla D. J. M. y Gómez P. M. G. (2006) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual Moderno.
- Mahon, D., Cowan, C. y McCarthy, M. (2006) The role of attitudes, subjective norm, perceived control and habit in the consumption of ready meals and takeaways in Great Britain. *Food Quality and Preference*, 17, 474–481.

- Mancilla- Díaz J. M., Mercado G. L., Manríquez R. E., Álvares R. G. López A. X. y Román F. M. (1999) Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1): 37-46.
- Mangweth- Matzek B., Rupp C. I., Hausmann A., Assmayr K., Kemmler G., Whiworth A. B. y Biebl (2006) Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women. *International Journal of Eating Disorders*, 39: 583- 586.
- Mangweth-Matzek, Rupp, Hausmann, Assmayr, Mariacher, Kemmler, Whitworth y Biebl (2006) Never Too Old for Eating Disorders or Body Dissatisfaction: A Community Study of Elderly Women. *International Journal of Eating Disorders*, 39: 583-586.
- Mateo G. C. (2002) *Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- May A., Kim J., McHales S. y Crouter A. (2006) Parent- Adolescents relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *International Journal Eating Disorders*, 39: 729- 740.
- McCabe M. P., Ricciardelli L. A. y Finemore J. (2002) The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 52: 145–153.
- Mercado, C. (1992) *Psicología de un nuevo enfoque*. Madrid: Pretince Hall.
- Milligan B. y Pritchard M. E. (2006) The relationship between gender, sport, selfesteem and eating disordered behaviors in Division I athletes. *Athletic Insight*, 8: 9–43.
- Mills J. S., Polivy J., Herman, C. P. y Tiggeman M. (2002) Effects of exposure to thin media images: Evidence of self-enhancement among

- restrained eaters. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28: 1687–1699.
- Milos G., Spindler A. y Schnyder U. (2004) Psychiatric comorbidity and eating disorder inventory profiles en eating disorder patients. *Journal of Psychiatric*, 49: 179 – 184.
- Montgomery B. F. (2008) Vulnerability to Anorexia Nervosa. *Eating Disorders Review*, 9: 11-12
- Morgan J., Scholtz S., Lacey H. y Conway G. (2008) The prevalence of eating disorders in women with facial hirsutism: An epidemiological cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (5): 427.
- Moya T., Fleitlich-Bilyk B. y Goodmanb R. (2006) Brief report: Young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil. *Journal of Adolescence*, 29: 313–317.
- Munne J. J. (2004) Alimentos *Light*. Recuperado en marzo del 2007, de <http://www.aprenderacomer.com/modules.php=articleysid=274>
- Neumark-Sztainer D. y Hannan P. J. (2000) Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: results from a national survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154 (6): 569– 577.
- Neumark-Sztainer D., Story M., Falkner N. H., Beuhring T. y Resnick M. D. (1999) Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: who is doing what?. *Preventive Medicine*, 28(1): 40 –50.
- Ojanguren, S. (2009) Alimentos *light*, ligeramente peligrosos. El Universal. Recuperado en enero del 2009, de [http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/415\\_836.alimentos-light-ligeramente-peligrosos.html](http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/415_836.alimentos-light-ligeramente-peligrosos.html)
- Olson N. (1995) *Light Dairy Products: Characterisitcas and Economics*. *Food Technology*, 58: 93 - 98.

- Pallister E., y Waller G. (2008) Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28; 366– 386.
- Palomino Q. (2007) Alimentos *light*, distribución de macronutrientes, efectos negativos de su consumo indiscriminado. Recuperado en marzo del 2007, de <http://www.monografias.com>
- Pelaez M. A., Labrador F. J. y Raich R. M. (2007) Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62: 681– 690.
- Pepitone, A. (1991) El mundo de las creencias. Un análisis psicosocial. *Revista de psicología social y personalidad*, 7(1): 61- 79.
- Pérez, L. (2008) Alimentos *light*. Recuperado en enero del 2009, de [http://www.consejos-e.com/Documentos/Nutricion-Mujeres-Todos-los-publicos/ALIMENTOS-LIGHT-Aliados-o-enemigos\\_1751.html](http://www.consejos-e.com/Documentos/Nutricion-Mujeres-Todos-los-publicos/ALIMENTOS-LIGHT-Aliados-o-enemigos_1751.html)
- Phares, J. E. (1999) Psicología clínica y medicina conductual: conceptos métodos y prácticas. México: Manual Moderno.
- Pollice C., Kaye W. H., Greeno C. y Weltzin T. (1997) Relationship of depression, anxiety and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21: 367-376.
- Posavac H. D., Posavac S. S. y Posavac E. J. (1998) Exposure to media images of female attractiveness and concern with body weight among young women. *Sex Roles* 38: 187- 201.
- Preti A., Girolamo G., Vilagut G., Alonso J., Graaf R., Bruffaerts R., Demyttenaere K., Pinto-Meza A., Haro J. M. y Morosini P. (2009) The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (14): 1125-1132.

- Pritchard, M. (2008) Disordered eating in undergraduates: Does gender role orientation influence men and women the same way? *Sex Roles*, 59: 282–289.
- Pritchard M. (2010) Does self esteem moderate the relation between gender and weight preoccupation in undergraduates?. *Personality and Individual Differences*, 48: 224–227.
- Quiles, J. y Suria C. (1996) *¡Comer bien para vivir mejor! Apuntes Básicos de Alimentación y Nutrición*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Quintanar, M. (2005) *Creencias y actitudes saludables*. Tesis de licenciatura. Facultad de estudios superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rapaille, A. (1995) Formulating Sugar-Free Chocolate Products With Maltitol. *Food Technology*, 3: 51 -56.
- Rei Álvarez, C. (2007) De lo *light* a lo realmente ligero. 11mo Congreso nacional de nutricionistas y dietistas de Venezuela. Nutrición para el desarrollo.
- Richards M. H., Casper R. C. y Larson R. (1990) Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 11 (3): 203-209.
- Robinson, P.H. (2000). Review article: recognition and treatment of eating disorders in primary and secondary care. *Alimentary Pharmacology y Therapeutics*, 14, 367-377.
- Roca, E. (2008) Autoestima, habilidades sociales y psicología cognitiva. Recuperado en enero del 2009, de [www.cop.es/colegiados/PV00520](http://www.cop.es/colegiados/PV00520)
- Rojas, E. (2002) *La ansiedad*. Madrid: Ediciones de hoy.
- Rojo M. L. y Cava G. (2003) *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Sáiz, J. (2001) *Trastornos de angustia, crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: Masson.



- Saldaña, C. (2004). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Shea M. y Pritchard M. E. (2007) Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42: 1527–1537.
- Sherman R. T y Thompson R. A. (1998) *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Silva, C. (2001) *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: estudio descriptivo*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silva, C. (2007) *Como prevenir, detectar y qué hacer si se presentan trastornos alimentarios. Anorexia, bulimia y comer compulsivo*. México: Pax.
- Steinglass S., Mayer, Berner, Schebendach, Wangb, Chen, Albano, Simpson y Walsh (2010) Pre-meal anxiety and food intake in anorexia nervosa. *Appetite*, 1: 993- 998.
- Sterin, D. y Hollander, E. (2004) *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Ars Medica.
- Strober M., Freeman R. y Lampet (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157 (3): 393-401.
- Strober M., Freeman R., Lampert C. y Diamond J. (2007) The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders*, 40: 46-51.

- Tata, P., Fox, J. y Cooper, J. (2001) An investigation into the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 9: 194–206.
- Taylor C. B., Sharpe T., Shisslak C., Bryson S., Estes L. S., Gray N., McKnight K. M., Crago M., Kraemer H. C. y Killen J. D. (1998) Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24: 31-42.
- Thompson S. H., Corwin S. J., Rogan T. J. y Sargent R. G. (1999) Body Size Beliefs and Weight Concerns Among Mothers and Their Adolescent Children *Journal of Child and Family Studies*, 8 (1): 91-108.
- Tobal, M. (1990) *La ansiedad. Tratado de psicología general*. Madrid: Alhambra.
- Toro, J. (1999) *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2006) *El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- Toro, R. (1991) *Fundamentos de medicina. 2da edición psiquiátrica*. Colombia: CIB.
- Touchette E., Henegar A., Godart N. T., Pryor L., Falissard B., Tremblay R. E. y Côté S. M. (2010) Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry Research*, 3: 1- 8.
- Turnbull S., Ward A., Treasure J., Jick H. y Derby L. (1996) The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169(6): 705-712.
- Utter J., Neumark- Sztainer D., Wall M., Story M. (2003) Reading magazine articles about dieting an associated weight control behaviors among adolescents. *Journal Adolescent Healthy*, 32: 78- 82.

- Vélez, S. (2007) *Diferencias en creencias de dieta diaria en niños en edad escolar con sobrepeso y peso adecuado, y preocupación de las madres del estado de peso de sus hijos del HGZ/UMF No.8 IMSS San Ángel*. Tesis para obtener la especialidad. Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vera, M. N. (1998) El cuerpo ¿Culto o tiranía?. *Psicothema*, 10 (1): 111-125.
- Vervaet M. y Heeringen V. (2000) Eating style and weight concerns in young females. *Eating Disorders*, 8: 233- 240.
- Vilaplana, M. (2008) Alimentos *light* y dietas milagro, el riesgo de adelgazar sin esfuerzo. *Farmacéutica comunitaria: nutrición y ciencias de los alimentos*, 27 (4): 88-93.
- Villoro, L. (1982) *Creer, saber, conocer*. México: Siglo XXI.
- Vogeltanz-holm N. D., Wonderlich S. A., Lewis B., Wilsnack S. C., Robert Z., Wilsnack R. y Kristjanson A. F. (2000) Longitudinal Predictors of Binge Eating, Intense Dieting, and Weight Concerns in a National Sample of Women. *Behavior Therapy*, 31: 221- 235.
- Wade T., Bulik C. M. y Neale M. (2000) Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157 (3): 469-471.
- Wardle J. y Marsland L. (1990) Adolescent concerns about weight and eating; A social-developmental perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (4): 377-391.
- Weber C. C., Haller D. M. y Narring F. (2010) Is There a Role for Primary Care Physicians' Screening of Excessive Weight and Eating Concerns in Adolescence? *Journal of Pediatric*, 157: 32-35.
- Webster J. y Tiggemann M. (2003) The relationship between women's body dissatisfaction and self- image across the life span: the role of cognitive control. *Journal Genetic of Psychology*, 164: 241- 252.

- Wiseman y Peltzman (2004) Risk Factors for Eating Disorders: Surprising Similarities between Middle School Boys and Girls. *Eating Disorders*, 12: 315-320.
- Yañez, E. y Biolley, E. (1999) Sustitutos de Grasa en la alimentación humana. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 49 (2): 101–105.
- Zerbe yDomnitéi (2004) Eating Disorders at Middle Age. *Eating Disorders Review*, 15 (2): 1-3.
- Zimmerli, Devlin, Kissileff y Walsh (2010) The development of satiation in bulimia nervosa. *Physiology y Behavior*. 100: 346–349.

## Capítulo 6. Anexos

### ANEXO 1. Prueba de actitudes hacia la alimentación (EAT-40)

**Instrucciones:** Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas. Especifica tu respuesta tachando el círculo que contenga la opción que mejor exprese tu forma de pensar. Este cuestionario es confidencial con fines exclusivos de investigación.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Preparo comidas para otros pero yo no me las como	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me pongo nervioso(a) cuando se acerca la hora de las comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me preocupo mucho por la comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A veces me he “atracado” de comida, siento que era incapaz de parar de comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (p. ej. Pan, arroz, papa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento lleno(a) después de las comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Noto que los demás preferirían que yo comiera más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Vómito después de haber comido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento muy culpable después de comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Me peso varias veces al día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
19. Disfruto comiendo carne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me levanto pronto por las mañanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Cada día como los mismos alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tengo la menstruación regular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Disfruto comiendo en restaurantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tomo laxantes (purgantes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Procuro no comer alimentos con azúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Como alimentos dietéticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me controlo en las comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Tengo estreñimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento incomodo(a) después de comer dulces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Me comprometo a hacer dietas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me gusta sentir el estomago vacío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO 2. Inventario de ansiedad rasgo- estado (IDARE)

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea cada frase y llene el círculo que indique cómo se siente generalmente.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento descansado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Soy una persona “serena, tranquila y sosegada”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me preocupo mucho por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me falta confianza en mí mismo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento seguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Procuro evitar enfrentarme a crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento melancólico(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ANEXO 3. Cuestionario de creencias hacia los alimentos *light*

**Instrucciones:** Lee cuidadosamente las siguientes frases y marca con una X la respuesta que mejor refleja tu caso; no hay respuestas buenas o malas. Recuerda que este cuestionario es completamente confidencial, por favor responde con la verdad.

	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me siento triste si no consumo alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento culpable cuando no ingiero alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me siento tranquilo(a) después de comer alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contento(a) si como alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Disfruto comer alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento satisfecho(a) si consumo productos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tengo remordimientos si no como alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento orgulloso(a) de comer alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me preocupa saber que no comí suficientes alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Siento ansiedad si no como alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Consumiendo únicamente alimentos light puedes bajar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Consumir alimentos light en exceso puede ser malo para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mi cuerpo se verá mejor si consumo productos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. No se deben consumir sólo alimentos light porque no son nutritivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Los alimentos light no son malos si se comen de vez en cuando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Los productos light ayudan a bajar de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Si me excedo en el consumo de alimentos light, también puedo engordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Consumir alimentos light, en exceso, puede dañar mi salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Los alimentos light pueden generar enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Aunque los alimentos sean light, son nutritivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Los alimentos light son saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Los niños pueden consumir alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
23. Estoy de acuerdo con que las personas consuman alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Los adolescentes pueden consumir alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Las mujeres embarazadas pueden consumir alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Los ancianos pueden consumir alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. No deberían vender productos light en las tiendas de autoservicio porque son malos para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Puedes consumir alimentos light si no lo haces en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Puedes consumir alimentos light si el resto de tu dieta está bien balanceada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Antes de consumir un alimento light debemos fijarnos en que no contengan sustancias nocivas para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Todos los días consumo al menos un alimento light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Nunca como alimentos light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Consumo alimentos light sólo de vez en cuando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Procuro sustituir los alimentos normales por light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. La mayor parte de los alimentos que ingiero son light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Cuando compro mis propios alimentos trato de que sean light	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>