



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE
RIESGO ”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ELDA PAULINA AGUILLÓN ANZALDO



**DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA LIVIA
GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ**

**REVISORA DE TESIS: DRA. CORINA CUEVAS
RENAUD**



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, la cual me ha motivado e impulsado para luchar por mis metas y convicciones, ya que gracias a su apoyo he logrado realizarme profesional y personalmente. A mi madre porque sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible, porque me ha dado las herramientas necesarias para salir adelante y siempre ha estado para mi; y a mi padre el cual me ha ofrecido su apoyo y experiencia para poder superarme.

A César por tu apoyo, impulso y comprensión los cuales se han vuelto una base importante para mí. Me alegra compartir una de las pasiones de mi vida contigo y sé que este es uno de los tantos logros que compartiremos juntos.

A mi mejor amigo Martín, a mis colegas y amigos Zeus, Alma y Scarlet gracias por su apoyo al empezar este gran viaje de la vida y por la amistad que seguimos formando.

A mis grandes amigos y colegas Viridiana, Bernardo, Dianita, Karina y Yeni los cuales me han apoyado y motivado durante este transcurso, y sé que juntos hemos encontrado una de las tantas pasiones de nuestra vida la cual seguiremos impulsando entre nosotros.

A mis amigos Nadia, Anay, Gogo y Andie por su invaluable apoyo en un momento de mi vida de la cual surgió una valiosa amistad.

A la Dra. Gilda Gómez Peresmitré le agradezco su enseñanza que me permite desarrollarme profesionalmente.

A Silvia y a Rodrigo gracias por todas las enseñanzas que me dieron, el apoyo y la amistad que formamos en este tiempo.

A todos mis profesores, que me han enseñado y guiado en mi carrera como profesionalista y me han orientado a crecer como persona.

A la facultad de Psicología, por haberme brindado los elementos necesarios para formarme como psicóloga así como haber tenido el honor de ser parte de su comunidad.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRÓDUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. ADICCIÓN	
1.1 DEFINICIÓN	9
1.2 CONDUCTA ADICTIVA	15
CAPÍTULO 2. ALCOHOLISMO	
2.1 DEFINICIÓN	19
2.2 TIPOLOGÍA	23
2.3 CAUSAS DEL ALCOHOLISMO	24
2.4 EPIDEMIOLOGÍA	29
2.5 COMO ACTÚA EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO	30
2.6 COMORBILIDAD DEL ALCOHOL Y LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)	31
CAPÍTULO 3. IMAGEN CORPORAL	
3.1 DEFINICIÓN	35
3.2 FACTORES SOCIOCUTURALES	39
3.3 SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	42
3.4 ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	46
CAPÍTULO 4. SALUD-EFERMEDAD	
4.1 DEFINICIÓN	48
4.2 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN	52
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA	
5.1 OBJETIVO GENERAL	60
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
5.3 VARIABLES DE CLASIFICACIÓN (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y DEFINICIÓN OPERACIONAL)	61
5.4 MUESTRA	64
5.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	64
5.6 INSTRUMENTOS	64
5.7 PROCEDIMIENTO	67
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	
6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	69
6.2 ESTADÍSTICAS INFERENCIALES	73
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	89
7.1 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	95
REFERENCIAS	98
ANEXOS	

Resumen

El presente estudio* tiene como finalidad explorar la relación entre el consumo de alcohol y variables relacionadas con imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, estrés alimentario y expectativas del consumo de alcohol en mujeres estudiantes universitarias de escuelas privadas y públicas. La muestra no probabilística quedó formada por N= 92 mujeres entre 18 y 25 años. Ésta, se subdividió en mujeres pertenecientes a escuelas privadas (n1=46) y escuelas públicas (n2=46) del Distrito Federal. La investigación fue exploratoria con un diseño no experimental y transversal. Se aplicó de manera colectiva el Test de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT), el Cuestionario de Alimentación y Salud, Estrés Alimentario y el Cuestionario de Expectativas del Consumo de Alcohol (AEQ). Entre los resultados más interesantes se detectó, entre las estudiantes de escuelas públicas, una relación positiva entre las variables consumo de alcohol y figura ideal, a mayor consumo de alcohol más frecuente la elección de siluetas delgadas y muy delgadas; también se encontró relación entre el consumo de alcohol y las variables preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria por compensación psicológica en la muestra total; por otro lado las expectativas del consumo de alcohol y su ingesta fueron mayores en mujeres de escuelas privadas respecto a las escuelas públicas. De lo anterior se concluye que dependiendo del nivel socioeconómico el alcohol se asocia con el ideal de delgadez y con las expectativas hacia su consumo. Así también se concluye que la sintomatología asociada con bulimia y consumo de alcohol están estrechamente relacionadas.

*Este estudio forma parte de una investigación mayor denominado "Autocuidado de la salud Autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad", que se llevo a cabo gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN302913

INTRODUCCIÓN

La adicción se define como una necesidad de actuar o como una compulsión por realizar una determinada conducta, así como la capacidad deteriorada para controlar la conducta en su origen, sostenimiento y su desarrollo; se manifiesta un fuerte malestar y alteración emocional cuando la conducta adictiva es impedida o se le abandona, y hay una persistencia en la conducta a pesar de que daña la salud de las personas.

Existen diferentes tipos de adicción, entre ellas a las sustancias como el alcohol y la adicción a conductas, en ellas se implica el pensamiento, la emoción, la personalidad, el ambiente, las habilidades de afrontamiento y el objeto adictivo (alcohol, drogas, alimento, tabaco).

La causa de todos los estados adictivos, con droga y sin droga, sociales y antisociales, se distribuyen en factores ambientales (sobre exigencias o estrés, disponibilidad del objeto, hábito de recompensas) y en factores individuales (débil soporte familiar y personalidad vulnerable).

En la búsqueda de una figura ideal, las mujeres frecuentemente utilizan estrategias extremas para perder peso, como practicar dietas estrictas o vómito auto inducido, que pueden conducir a la gestación y desarrollo de trastornos alimentarios, e incluso en algunas ocasiones ser un incentivo para iniciar el consumo de drogas como el alcohol o el tabaco.

El consumo de sustancias adictivas como el cigarro y el alcohol, así como la práctica de dietas restrictivas, se ven determinadas socialmente por medio de la familia, los amigos y los medios de comunicación (prensa, televisión, cine, internet, revistas, entre otras) ya que difunden entre la población, imágenes y contenidos que operan como transmisores de experiencias y aspiraciones; la delgadez se ha establecido como un valor muy positivo, una meta a alcanzar, un modelo corporal a imitar y un criterio central de la evaluación del propio cuerpo; ser delgada es

equiparable a: triunfo, éxito, femineidad, a ser mujer “*como hay que serlo*” y a una demostración del control sobre uno mismo.

Esta concepción ha hecho que muchas personas quieran seguir los ideales propuestos por los medios de comunicación, sin importar cultura, ideología y estilo de vida de cada individuo, de esta forma se genera un concepto de belleza basado en la delgadez, que determina un éxito o fracaso en la sociedad, con base a qué tanto se acerque a la imagen corporal idealizada, sin importar lo que se tenga que hacer para obtenerla, incluso dañar la salud.

Por otra parte, en la actualidad las expectativas hacia el consumo de alcohol han ido aumentando y se han hecho cada vez más positivas, lo cual hace que se perciba el consumo de alcohol en las actividades sociales como una práctica primordial en la interacción.

Así también, el consumo de alcohol se asocia con conductas poco saludables tales como dejar de comer para incrementar la ingesta de alcohol, o consumir más alcohol para poder vomitar; con tales prácticas se pretende alcanzar el ideal de belleza de delgadez con ayuda de uno de los facilitadores sociales más reconocidos: el alcohol.

El consumo de alcohol y la sintomatología bulímica están estrechamente relacionados, debido a que en ambos casos la pérdida de control y la compulsión se vuelven conductas que promueven el desarrollo y mantenimiento de conductas compensatorias y conductas alimentarias compulsivas; este resultado confirma la existencia de una "personalidad adictiva" en patologías alimentarias y alcoholismo, ya que la conducta es similar en el atracón y en el beber.

En el capítulo uno se aborda la adicción: cómo se genera, qué personas son más vulnerables y cuáles son las características de una persona con adicción, los diversos tipos de adicciones (sustancias o conductas), la manera de entenderlos y poder afrontarlos. También se presenta la conducta adictiva, partiendo de una

visión social que describe que la interacción continua con la sociedad se vuelve generadora y perpetuadora de esta conducta, ya que se basa en las vulnerabilidades del individuo y las creencias que lo rodean.

En el capítulo dos se expone una revisión del alcoholismo a través de una reseña histórica, dando a conocer como siempre ha existido el consumo de esta sustancia, empezando como una sustancia que se ingería con fines medicinales y/o religiosos; sin embargo en la actualidad es una sustancia de fácil acceso y se usa en cualquier ocasión. Hoy en día tomar alcohol con o sin alimentos se ha tomado como un estilo de vida, convirtiendo el consumo de alcohol como una práctica social aceptada y como un medio para encajar dentro de un grupo, ya que se le depositan expectativas positivas que hacen que sea más difícil dejar de consumirlo. Las creencias positivas hacia el alcohol promueven las prácticas poco saludables para poder ingerirlo con más facilidad, una de ellas es el reducir la ingesta de alimento por tomar alcohol. Lo anterior permite identificar una relación con los trastornos alimentarios.

En el capítulo tres se aborda lo referente a la salud-enfermedad, entendiendo este concepto como las ideas y concepciones que las personas tienen sobre la enfermedad, la forma en que se determina la salud y la vida propia. Se abordan diferentes teorías para poder entender estos dos conceptos, ya que uno se antepone al otro. También se hace una revisión sobre los factores de riesgo y de protección que existen para desarrollar y perpetuar algún trastorno, su diagnóstico y tratamiento adecuado, así como determinar si la práctica de conductas o las creencias de las personas antecede a algún trastorno.

El cuarto capítulo se refiere a la imagen corporal, considerada como uno de los factores más importantes para la predisposición de los trastornos alimentarios como anorexia o bulimia. Se abarcan diferentes perspectivas que explican la imagen corporal y los factores socioculturales que existen para que esta se genere. También se revisa el fenómeno de satisfacción o insatisfacción de la

propia imagen en dirección positiva y negativa, así como la alteración de la misma que puede manifestarse como sobreestimación o subestimación.

El capítulo cinco explica la metodología presentada para esta investigación; el objetivo general y los específicos, las variables con sus definiciones operacionales y conceptuales, muestra, el diseño de investigación, los instrumentos utilizados y el procedimiento de la misma.

En el capítulo seis se exponen los resultados obtenidos del análisis estadístico al explorar la relación entre el consumo de alcohol y variables relacionadas con imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, estrés alimentario y expectativas del consumo de alcohol en mujeres estudiantes universitarias de escuelas privadas y públicas.

El capítulo siete aborda la discusión y conclusiones así como las limitaciones y sugerencias, que muestran que el consumo de alcohol, la insatisfacción con la imagen corporal y las expectativas hacia el consumo de alcohol están estrechamente relacionadas tanto en escuelas privadas como públicas. Así también se encontró evidencia que vincula el consumo de alcohol y los atracones al pobre autocontrol general, la lucha con el autocontrol y alto énfasis en la preocupación emocional y cognitiva.

CAPÍTULO I

ADICCIÓN

La palabra adicción proviene del término inglés *addiction*, que significa “sumisión de alguien a un dueño o amo”, resulta muy apropiado para denominar una agrupación de trastornos psíquicos en gran parte nuevos. La adicción está integrada básicamente por un impulso que no se puede autocontrolar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para el sujeto. Es decir, la adicción se refiere a una forma de comportamiento mórbido o patológico que el sujeto vive como una experiencia propia que no domina. Existen dos clases de adicciones: las adicciones puras o simples y las que se acompañan de dependencia (Alonso-Fernández, 1996).

DEFINICIÓN

La adicción se define como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial

para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo (Organización Mundial de la Salud, 1994).

“Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habituación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60’s la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de dependencia, que puede tener varios grados de severidad. La adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10), pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público general (OMS, 1994).

Daley (1991) menciona que puede haber diferentes tipos de adicción, los cuales recaen en la adicción a las sustancias y la adicción a conductas (comer, jugar, robar, comprar, entre otras), por lo que establece una fórmula genérica común para las adicciones, en la que implica de alguna manera el soma, el pensamiento, la emoción, la personalidad, el ambiente, las habilidades de afrontamiento y el objeto adictivo (alcohol, drogas, alimento, tabaco).

Gossop y Grant (1990), definen la adicción como un sentimiento de compulsión por realizar una determinada conducta, así como la capacidad deteriorada para controlar la conducta en su origen, sostenimiento y su desarrollo; manifestándose como un fuerte malestar y alteración emocional cuando la conducta es impedida o se le abandona, y una persistencia en la conducta a pesar de la evidencia de su uso nocivo para el sujeto.

La adicción se define como la dependencia física o psicofisiológica a una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas de privación al individuo, o la dependencia a una sustancia, como el alcohol u otras drogas, o a una actividad, hasta el punto en donde detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves (Mora & Sanguinetti, 1994).

Adicción y dependencia son términos concurrentes que expresan la pérdida de libertad interior ante un deseo, como decía Kant, no en la incapacidad de eliminar el deseo sino en la de resistirse a él y controlarlo. A partir de ese momento, la dinámica de libre elección del sujeto experimenta un quiebre importante; un deseo que se agiganta y se vuelve incontrolable e incontenible para la voluntad y la libre elección, es la matriz patológica del grupo de enfermedades que se llaman adicciones o dependencias (Sirvent, 2006).

Desde el punto de vista de un enfoque integral la “conducta adictiva” se puede conceptualizar como una conducta compleja que implica la interacción de una serie de condiciones y estímulos discriminativos de provocación o activación de factores así como variables intervinientes que permiten el desarrollo de una serie de respuestas que conforman diferentes niveles en los cuales puede ser clasificada la conducta humana (Anicama, 2002).

Para Nizama (2013), las adicciones reciben la denominación de “enfermedades de la negación”; y se traduce como la práctica en donde el sujeto con un grave problema de adicción al alcohol o al juego no se da cuenta de la necesidad de cambiar y reconocer su patología. Esta situación también se conoce como “enfermedades invisibles”, por su propensión a pasar totalmente inadvertidas durante una larga temporada.

Alonso-Fernández (1996), señala que en cualquiera de los casos, el elemento adictivo y las experiencias en torno a éste absorben la personalidad del

adicto, convirtiéndose en el centro de sus preocupaciones, sus ideas, fantasías, y en el eje de la organización de su intimidad y sus vivencias.

En las dos últimas décadas se produce la proliferación de las adicciones sin droga a objetos y actividades no prohibidas. La adicción normativa no química es uno de los máximos exponentes de la psicopatología moderna y posmoderna, el alimento, el sexo, la compra, el juego, el trabajo y la televisión son elementos legalizados por la sociedad que en ocasiones, con una frecuencia desigual, dejan de cumplir su función propia para esclavizar al ser humano (Alonso-Fernández, 1996).

Amaro González y Grullón Espinal (2000), mencionan que en el proceso de adicción se presenta el deseo o preferencia independiente del control de la voluntad y se transforma en una necesidad incontenible que el sujeto vive como un elemento propio y su realización como una autorrealización en un inicio.

Alonso-Fernández (1996, p.20) señala que “la causa de todos los estados adictivos, con droga y sin droga, sociales y antisociales, se distribuyen en factores ambientales (sobre exigencias o estrés, disponibilidad del objeto, hábito de recompensas) y en factores individuales (débil soporte familiar y personalidad vulnerable)”.

Cada aparición del impulso adictivo puede producirse de un modo natural o bajo la activación de algún estímulo externo (lugar, hora del día, acontecimiento estresante, frustración, etc.) o interno (nivel de conciencia, estado de ánimo, cognición, excitación vegetativa reactiva). El tipo de estímulos que asume un mayor poder para disparar el impulso adictivo varía mucho según la sensibilidad de cada individuo. Todas las adicciones originan efectos nocivos y desfavorables para la calidad de vida; y se extiende a las tres dimensiones propias de la calidad de vida: nivel material, sentido espiritual y autorrealización existencial (Valverde, 1996).

Anicama (1998), propone que en la adicción se encuentran los siguientes niveles de expresión de respuesta del organismo:

- Nivel autonómico: se expresa en las características fisiológicas que componen el síndrome de abstinencia.
- Nivel emocional: se expresa en los sentimientos de ansiedad, de temores, de obsesión y de depresión típicos del adicto.
- Nivel motor: se expresa en los actos compulsivos de consumo.
- Nivel social: se expresa en las conductas agresivas y violentas, así como, las conductas antisociales, típicas del adicto.
- Nivel cognitivo: se expresa en las creencias irracionales acerca del consumo, sus valores y su nivel de razonamiento moral (Anicama, 1998; pp.105-116).

Alonso- Fernández (1996) menciona que las adicciones más genuinas y conocidas son las relacionadas con las drogas, dividiéndose así mismas en drogas legales (tabaco, alcohol, café, fármacos) y drogas ilegales (opiáceos, cannábicos, cocaína y otras), sin embargo, hay otro grupo de adicciones a objetos y actividades que se dividen en actividades legales (alimentación, sexo, televisión, compra, juego y trabajo) y en actividades ilegales (robo, incendio, estupro).

Daley (1991) manifiesta una lista de rasgos afines y prototípicos característicos de los dos tipos de adicciones son:

- a) El nivel de exceso (en cantidad para las sustancias o en frecuencia para las conductas) o bien un nivel compulsivo (ambos denuncian la irracionalidad que la conducta adictiva entraña).

- b) La inundación o rebase del enganche, tanto por más tiempo del pretendido en la adicción de conducta, como por mayor consumo del previsto en la adicción a sustancias.
- c) Los intentos o deseos de abandonar el hábito, que resulta fallido. La negación que hace el sujeto de la existencia de dependencia, tanto a conducta como a sustancia, en un momento en que los demás la consideran como ya establecida.
- d) Las obsesiones recurrentes en torno a las sustancias o conductas adictivas a los rituales con ellas relacionados (p.528).

Sirvent (1989) menciona que el engaño forma parte de la constelación sociopática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva; el sujeto adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil estilo de vida en la que debe justificar comportamientos socialmente inaceptables. A base de repetir y sofisticar engaños, el sujeto los interioriza, donde acaba amalgamando realidad y ficción en un todo confuso guiado por la ley de “responder siempre aquello que más convenga” sea o no la verdad. La mentira aboca en el autoengaño, que puede diferenciarse más aún en mistificación.

La mistificación se gesta durante la etapa pre-adictiva del sujeto, y para justificar su comportamiento, el sujeto se ve obligado a engañar. Es importante matizar que estos primeros engaños deben suponer un cierto esfuerzo activo al inicio, incluso un conflicto que periódicamente se reproducirá en tanto se mantenga el comportamiento adictivo (Sirvent, 2006).

Para Sirvent (2006) existen otros elementos presentes en el aprendizaje mistificador, definidos por el tipo de vida que cada adicto lleva (solitaria para el ludópata, atormentada para el alcohólico, de supervivencia marginal para el heroinómano, intensa e hiper-estimulante para el cocainómano, etc.); debido a

que no todos los afectados presentan estas características, existen diferentes grados de mistificación según la forma de vivir y las experiencias y acontecimientos biográficos tenidos, sin embargo pesa más la cantidad (repetición de pequeños aprendizajes) que la calidad (un solo evento de vida intenso, no mistifica).

Por lo tanto la mistificación no solo determina el grado de sinceridad o veracidad de una persona, sino que se refiere fundamentalmente a una falta de capacidad para decir las cosas como son. El drogodependiente mistificado tiende a expresar aquello que más le conviene, prefiere decir lo que el otro quiere oír antes que una verdad le pueda resultar incómoda (Sirvent, 2006).

CONDUCTA ADICTIVA

La conducta adictiva no es propiamente hablando, una modalidad comportamental, sino que constituye, por el contrario, un ejemplo convincente de reducción conductual; es decir, el adicto sufre como un secuestro de la conducta posible, una restricción de sus virtualidades competenciales y una progresiva rudimentalización de los mecanismos motivacionales (Ridruejo, 1994).

Para que un individuo se haga dependiente de una sustancia, influye la base comportamental que tiene para el sujeto esa ingesta, de la que se desprenden toda una serie de fenómenos como la compulsividad, la disminución de la capacidad para controlarse, la sintomatología perturbadora al reducir o extinguir la tasa, la tolerancia como exigencia de aumento progresivo de la dosis, el abandono de otras fuentes de placer o diversión y la persistencia en el consumo, a pesar de sus consecuencias perjudiciales (Ridruejo, 1994).

Así mismo la motivación para el cambio es algo que varía en dependencia del nivel de conciencia y de la percepción que el adicto tenga del problema y de las consecuencias que le esté provocando en diversos ámbitos de su vida; salud, familia, trabajo y en lo social en general (Zaldívar, 2001).

La gama de tipos de personalidad, como mencionan Alonso-Fernández (1996) y Lewkowicz (1998), está predispuesta a sucumbir en el tobogán de las adicciones. El bajo índice de autoestima y la impulsividad son factores propios de los sujetos adictos, al margen de su personalidad. Aunque la dependencia está asociada a menudo con las conductas de pasividad y sumisión, en muchas ocasiones también se produce su asociación con altos niveles de actividad, afirmación e impulsividad.

En términos generales, las patologías adictivas están fomentadas por un estado depresivo o por un vacío existencial, ya que en ambos casos existe una falta de elaboración de imágenes introyectadas y una ausencia o pobreza de referencias de identificación, y entonces el sujeto trata de compensar con el objeto adictivo la deficiencia con imágenes de identificación (Alonso-Fernández, 1996).

La conducta adictiva también se puede entender desde lo social, ya que es promovida por el tipo de sociedad en la que se está inmerso. La cultura occidental promueve la modificación de las percepciones mentales sin peligro para el individuo y los demás (Blech, 2005).

Jáuregui (2007), menciona que las drogas se dividen en dos categorías, cada una de ellas portadora de un estigma totalmente diferente. Por un lado los progresos de la psicofarmacología y de la neurobiología han conducido a poner en el mercado productos que procuran un equilibrio psicológico con efectos secundarios “reducidos”; de esta manera la humanidad se mejora artificialmente gracias a los medicamentos psicotrópicos, fármacos o drogas, permitiendo así apaciguar la angustia, estimular el humor, estabilizar los cambios bruscos de

humor, reforzar la memoria y la imaginación, calmar las conductas agresivas, hacer desaparecer la ansiedad, amortiguar obsesiones y compulsiones.

Por otro lado, existe todo un abanico de sustancias psicotrópicas, es decir, drogas cuya finalidad es modificar las percepciones mentales que engloban, el mito llamado droga. Este grupo de drogas están acusadas de destruir tanto al sujeto como a la sociedad, su utilización conduce a la adicción y es lo que se ha conocido hasta ahora con el término “toxicomanía”. Se trata de una dinámica de desestructuración individual que tiene consecuencia sobre lo social. en conclusión las drogas tanto legales como ilegales conducen a la adicción o esclavitud, y todas ellas participan de un clima existencial propio de las sociedades occidentales individualistas (Jáuregui, 2007).

Las drogas participan de las contradicciones de la libertad moderna entre la aspiración a orientarse por sí mismo y el precio de cargar solos con cada existencia. La conducta adictiva se forma a través de la interacción continua con la sociedad, lo cual promueve la fácil adquisición de una adicción basándose en las vulnerabilidades del individuo y de el contexto y las creencia que lo rodean; las adicciones pueden ser a actividades, creencias y/o a sustancias (Ehrenberg, 1995).

La sociedad actual apodada postmoderna, empuja al individuo cada vez más a hacerse responsable de sí mismo, hasta tal punto donde la esfera política y social se desintegra o fragmenta y se desplaza hacia el individuo. Todo es responsabilidad suya y por lo tanto, este individuo postmoderno debe encontrar su proyecto de vida y actuar por y para sí mismo, para así no estar excluido del “vínculo social” (De las Heras, 2005).

La comorbilidad alcanza en las adicciones legales un índice extraordinariamente amplio que no solo se refiere a adicciones sin droga sino también a las adicciones con droga y a otros trastornos psíquicos que pueden

desempeñar el papel de trastorno primario o secundario, entre los que destaca el síndrome depresivo, con relación al cual se dan dos combinaciones: estados depresivos que se complican con adicciones y adicciones que conducen a un estado depresivo (Alonso-Fernández, 1996).

Los factores de riesgo para el individuo son cada vez más altos y el individuo es vulnerable a desarrollar cualquier patología o adicción por el vacío propio de un yo dividido, donde la adicción puede recaer en el tabaquismo, alcoholismo y/o trastornos de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO II

ALCOHOLISMO

La palabra alcohol proviene del árabe *alkuhi* (esencia o espíritu), como producto de la fermentación de sustancias vegetales. El uso del alcohol se ha ido modificando a lo largo del tiempo, empezó su uso como una sustancia tóxica, utilizada por el hombre en forma de brebaje. En tiempos remotos la experiencia de beber era el resultado del proceso de fermentación producto de la recolección de agua del tronco de un árbol, y una fruta que de manera accidental caía dentro de él. La ingestión inicial se dio con finalidades religiosas, sin embargo dio paso a su consumo colectivo con fines festivos, en ocasiones muy especiales, y finalmente alcanzó mayor potencialidad dañina cuando su utilización dependió de la decisión personal. Desde entonces se establecieron dos grandes categorías de consumidores, representadas por quienes beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y aquellos que no pueden lograr ese objetivo y se convierten en bebedores irresponsables (González, 1995).

DEFINICIÓN

En 1849, surgió el término alcoholismo, por Magnus Hauss; fue el médico sueco que vivió en la época en que su país era el primer consumidor de alcohol de todo el mundo, pero no fue hasta los trabajos de Jellinek a mediados del siglo XX, que el alcoholismo fue considerado una enfermedad luego que este autor lo definiera como “cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos” (González, 1995, pp.269-270).

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal, que se define como un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades

o problemas emocionales; existen factores de riesgo como la vulnerabilidad, que anteceden al alcoholismo. Se entiende como vulnerabilidad, en este caso biológica, a las condiciones con las que el individuo nace, que le hacen más o menos predispuesto a factores de riesgo y necesitado en mayor o menor grado de factores de protección, determinado por los factores genéticos y de algún modo, por el temperamento, constitución y carácter (Rutter, McDonald, Le Couteur, Harrington, Bolton & Bailey, 1990).

La OMS (2011) define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica hacia el alcohol, la cual produce daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcohol es un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades, y tiene una mayor incidencia en la pubertad. La ingesta de alcohol tiene un incremento excesivo ya que es una droga de fácil acceso donde el consumo moderado de alcohol es aceptable, y lleva en continuas ocasiones a sus consumidores a caer en la adicción sobre todo cuando está ligado en situaciones de fiesta y diversión (Casas, Gutiérrez & San, 1994).

La permisividad hacia el consumo de alcohol no es ajena a las repercusiones negativas generadas sobre la salud, donde prevalecen enfermedades digestivas, enfermedades del hígado, accidentes de tráfico, problemas familiares, conductas auto y heteroagresivas entre otras (Meloni & Laranjeira, 2004; Pérez, 2002).

En la clasificación diagnóstica, la CIE-10 introdujo los conceptos de trastornos por consumo de alcohol, consumo de riesgo y consumo perjudicial, junto al ya existente de dependencia al alcohol. Se entiende al consumo de riesgo

como un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. El consumo perjudicial se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol (Babor, Higgin-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Tapia, 2001).

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos tipos de cáncer. El consumo nocivo también está relacionado con varias enfermedades infecciosas como VIH sida, tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual. Lo que se debe por un lado al debilitamiento del sistema inmunitario por efecto del alcohol y por otro lado a que el estado de embriaguez de una persona modifica la adherencia de los pacientes al tratamiento con antirretrovíricos (OMS, 2011).

González (1995), afirma que a diferencia del café y el tabaco, el alcohol modifica la personalidad de quien lo consume en exceso y afecta de forma importante su conciencia. El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas, aunque el conocimiento de este tóxico puede contribuir a que se disminuya el consumo o sea nulo. Por otro lado, la adolescencia es una etapa difícil del desarrollo, donde se pueden favorecer las conductas de consumo del alcohol, ya sea por la reafirmación de la independencia, virilidad, libertad de toma de decisiones, creencia de determinados mitos o la imitación de adultos.

El DSM-IV (APA, 2004), menciona al Síndrome de Dependencia al Alcohol (SDA) como un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los siete síntomas siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- Tolerancia notable.
- Síntomas de abstinencia y consumo para aliviar la abstinencia.
- Uso en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto.
- Deseo persistente, o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso.
- Uso de gran parte del tiempo en obtener la sustancia o en recuperarse de sus efectos.
- Reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol.
- Uso continuado a pesar de estar consciente de tener problemas físicos y psicológicos relacionados con la bebida (p.201).

La CIE-10 define el sistema de dependencia alcohólica como un trastorno, no una enfermedad, mientras que el DSM-IV plantea que la dependencia a sustancias psicoactivas, en concreto al alcohol, es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo. Los principales características empleadas en ambas son: el excesivo consumo de alcohol, la repercusión física y psíquica que produce y los conflictos psicosociales, legales, laborales y familiares que crea (González, 1995; Lieder, 1995; Menninger, 2002).

Cada uno de los componentes del SDA pueden aparecer de forma más o menos evidente, y con una marcada variabilidad en sus formas de expresión (Portella, Ridaó, Carrillo, Ribas, Ribó & Salvat, 1998).

TIPOLOGÍA

Existen diferentes clasificaciones con respecto a la ingesta de alcohol la cual se establece de acuerdo a la cantidad de frecuencia y consumo. Diaz, Olmos y Martínez (2007) señalan cuatro tipos de bebedores entre los que se encuentran.

- a) **Abstemio:** Persona que no consume alcohol; puede tomar ocasionalmente pequeñas cantidades.
- b) **Bebedor moderado:** Consumo de alcohol de manera habitual en cantidades por debajo del límite de riesgo. En mujeres menos de 24 g (menos de 2.4 unidades al día) y en hombres menos de 40 g (menos de 4 unidades al día).
- c) **Bebedor de riesgo:** Consume alcohol de manera habitual en cantidades por encima del límite de riesgo. En mujeres más de 24 g (más de 2.4 unidades al día) y en hombres más de 40 g (más de 4 unidades al día).
- d) **Bebedor problema:** El individuo ha padecido o padece problemas físicos o psíquicos relacionados con el consumo (p. 5523).

Medina-Mora, Cravioto, Villatoro, Fleiz, Galván y Tapia (2003) establecen ocho patrones de consumo de alcohol:

- a) **Abstemios:** se refiere a las personas que no consumieron alcohol en el último año, o a los que han consumido antes del último año, sin importar la cantidad por ocasión.
- b) **Bebedores poco frecuentes de bajo nivel:** son las personas que reportaron consumir en el último año, pero nunca cinco copas o más por ocasión.
- c) **Bebedores poco frecuentes de alto nivel:** son quienes en alguna ocasión han consumido cinco o más copas en el último año, pero no en el último mes.

- d) Bebedores moderados de bajo nivel: son los que consumieron en el último mes y nunca bebieron cinco copas o más.
- e) Bebedores moderados de alto nivel: son quienes consumieron en el último año o en el último mes, y bebieron cinco copas o más en alguna de las ocasiones.
- f) Bebedores frecuentes de bajo nivel: consumieron en la última semana pero nunca bebieron en el último año cinco copas o más.
- g) Bebedores frecuentes de alto nivel: consumieron en la última semana, en el último año o en el último mes, y bebieron cinco copas o más en alguna de las ocasiones.
- h) Bebedores frecuentes consuetudinarios: consumieron en la última semana y tomaron cinco copas o más (pp.16-25).

CAUSAS DEL ALCOHOLISMO

Se sugieren como factores de riesgo del alcoholismo, los trastornos de la infancia, problemas escolares, familiares (violencia, frustración, rechazo) y sociales (la soltería, conflictos matrimoniales, falta de actividades de ocio y trabajo) que contribuyen a incrementar la vulnerabilidad psicosocial al problema alcohólico (Von Knorring, 1991).

Se atribuyen a la habituación alcohólica causas relacionadas con el estrés, que provocan alteraciones en la relación social, familiar y económica de los sujetos expuestos a este riesgo, asociado con trastornos de la personalidad, rechazo al medio, evasión de conflictos e inmadurez emocional (Bolet, 2000; Muracén, Martínez, Aguilar & González, 2001). Se considera que la insatisfacción

corporal es un componente para la relación alcoholismo-Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

Natera y Nava (1993), reportan que el alcoholismo es de origen multicausal en donde los factores medioambientales, la familia y el individuo contribuyen a su presencia. Por lo tanto la existencia de un miembro alcohólico en la historia familiar aumenta el riesgo de que exista un hijo con alcoholismo; en alcohólicos severos y crónicos los factores genéticos han sido determinantes; aquellas familias donde se rompen menos los rituales de convivencia, los hijos presentan menos riesgo de ser alcohólicos, aunque haya un miembro alcohólico en ella. Sin embargo, se ha detectado más riesgo de alcoholismo en sujetos que tienen una personalidad antisocial que aquellos con una historia de alcoholismo.

Las expectativas se definen como la anticipación de una relación sistemática entre eventos u objetos de una situación futura, es decir, si ciertos eventos se registran, en consecuencia, ciertos eventos se esperan. Las expectativas pueden ser inferidas por tener un estatus causal en las que las propias acciones de un individuo producen una cierta consecuencia (Goldman, Brown & Cristansen, 1987). Por lo tanto, las expectativas se refieren a las creencias individuales sobre los efectos separados del consumo de alcohol, tabaco, drogas y conducta alimentaria; es un constructo teórico importante ya que permite vincular las experiencias tempranas con el alcohol, tabaco, drogas y alimentos, y las decisiones que se tienen a futuro sobre el consumo de estas sustancias. Mediante su estudio, es posible identificar los factores sociales y cognitivos que se relacionan con un consumo problemático. Las expectativas difieren en término de género, raza y cultura de los respondientes (Goldman et al., 1987; Kline, 1990).

Se considera que el desarrollo de las expectativas comienza con una serie de creencias globales, difusas e indiferenciadas sobre los efectos del alcohol, que tienden a incrementarse con la edad, la experiencia y la exposición familiar, social

y cultural de las creencias acerca del alcohol, las cuales constituyen las fuentes primarias de aprendizaje (Miller, Smith & Goldman, 1992; Reese, Chassin & Molina, 1994).

Durante la adolescencia, las expectativas intervienen en el inicio y mantenimiento de dicho consumo (Cristiansen, Smith, Roehling & Goldman, 1989) y se correlaciona con los patrones diferenciales de consumo no solo en este periodo sino en adultos con diferentes características poblacionales (García-Andrade, Wall & Ehlers, 1996; Gilbert, Mora & Ferguson, 1994).

Los patrones de consumo, la cantidad y la frecuencia de alcohol que se ingieren marcan la diferencia entre el consumo moderado, el abuso, hasta llegar a la dependencia. En investigaciones nacionales se menciona que el patrón de consumo más característico es episódico (no diario) y en cada ocasión se ingieren cantidades más grandes de alcohol (Medina-Mora, 1998).

Un factor favorecedor del consumo de alcohol en jóvenes, son los lugares donde se vende esta sustancia, debido a que brindan la posibilidad de ponerse en contacto con otros individuos; se tiene una percepción positiva del sitio donde se consume, ya que cumple con las expectativas del usuario como beber, conversar, relajarse y distraerse entre otros (Saavedra, 2002). Así mismo las promociones que ofrecen la falsa creencia de ahorrar dinero, como dos por uno, hora feliz, beneficios a quienes festejan algún evento especial (cumpleaños, graduaciones, ascensos laborales) promueven la constante visita a estos lugares además de que a medida que disminuye el costo aumenta el consumo.

Reidl, González-González, Betancourt, López y Alcántara, (2012) señalan que los lugares de consumo cumplen con el rol de ser un lugar especial, con ambientes donde los límites morales se expanden y se promueve la interacción entre las personas; ya que se vuelven facilitadores de la integración social y da como resultado la formación de identidades colectivas y personales. En un estudio

realizado por los autores en el 2012 se confirmó la existencia de un número importante de espacios públicos donde se vende y/o consume principalmente el alcohol, lo cual indica una alta disponibilidad para los estudiantes

Kalat (1992, pp. 3-4) establece que el alcoholismo puede deberse a diferentes factores:

Factores sociales: el riesgo de alcoholismo es mayor en aquellos grupos cuya cultura tolera el consumo de alcohol o en individuos que, por ejemplo, son víctimas o testigos de agresividad entre sus padres.

Factores genéticos: estudios realizados con niños que tenían parientes cercanos alcohólicos describen; al parecer, que éstos tienen una mayor probabilidad de sufrir una adicción al alcohol, incluso si posteriormente son adoptados por padres no alcohólicos. Se han descrito dos tipos de alcoholismo desde el punto de vista neurobiológico: a) un tipo más grave, de influencia genética y más temprana y b) uno menos grave, de influencia ambiental y de comienzo más tardío. Estudios realizados en animales seccionados genéticamente por una preferencia al alcohol sugiere que existen diferencias genéticas en el sistema dopaminérgico mesoestriatal y que presentan una menor cantidad de dopamina y de sus metabolitos del núcleo accumbens.

A través del tiempo, se han hecho diferentes estudios acerca del papel que juega la genética en el alcoholismo, enfocándose en gemelos con padres o no alcohólicos, hijos de padres alcohólicos, hijos adoptados por padres alcohólicos, entres otros; sin embargo no han podido determinar una razón específica o replicar bajo las mismas variables los estudios ya mencionados (Cloninger, Christiansen, Reich & Gottesman, 1978).

Todos los datos de estas investigaciones parecen apuntar a un cierto grado de vulnerabilidad para sufrir la enfermedad alcohólica primaria o síndrome de

dependencia del alcohol, si se dan las condiciones de exposición precisas. Por lo tanto las condiciones del medio son imprescindibles para evolucionar hacia el alcoholismo clínico (Freixa, 1983).

Se puede determinar que existe una predisposición al alcohol, latente y variante dependiendo del individuo y su química cerebral, por lo que el alcohol va a tener propiedades reforzadoras más intensas para determinadas personas, y por lo tanto tendrían un mayor riesgo de desarrollar tolerancia y dependencia, ya que el aprendizaje de la conducta adictiva se vería facilitado (Casas et al., 1994).

Son diversos los factores que influyen en la gestación del alcoholismo, y van desde lo genético, bioquímico, ambientales, metabólicos entre otros que parecen estar relacionados con la vulnerabilidad para desarrollar alcoholismo. Cuantos más de estos factores de riesgo confluyan en una persona, mayor será la posibilidad de padecer la adicción al alcohol. Y estos factores no tienen por qué actuar independientemente, sino que en muchos casos interactúan (Brook, Cohen, Whiteman & Gordon, 1992).

Vélez, Ostrosky-Shejet y Orozco (2012) señalan que los alcohólicos tienen una respuesta cerebral más débil a estímulos significativos que los no alcohólicos; en general, cuando se presenta un estímulo significativo o nuevo, se puede registrar una onda cerebral denominada P300, considerada como un marcador fenotípico del riesgo de alcoholismo.

La gravedad de la asociación bioquímica del consumo de alcohol se debe a la interacción de factores socioculturales, antropológicos y económicos que refuerzan su ingestión y en muchos casos la continuidad y progresión. La persona alcohólica tiende a mostrar la capacidad de abstinencia total o la dosificación temporal, que es precisamente un síntoma de adicción alcohólica, debido a que la conservación de una capacidad de abstinencia limitada en el tiempo o a la dosificación de ingesta alcohólica es una trampa, pues al reiniciarse la ingesta, la

reaparición de los síntomas que en su momento cesaron, puede ser lenta y progresiva. Después de un tiempo de “dosificación” o pseudoabstinencia, culminará con la aparición de una nueva crisis (conductual o somática), que sitúe al individuo en el conflicto de origen aunque los motivos o los síntomas aparentes puedan ser otros (Freixa, 2005).

EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad, uno de cada trece adultos abusa del alcohol o son alcohólicos, sin embargo, hay más hombres que mujeres dependientes del alcohol o que tienen problemas relacionados con este. Asimismo, se encuentran más difundidos entre adultos jóvenes (18 y los 29 años) y se observan menos entre personas de 65 años o mayores. Las personas que comienzan a beber a más temprana edad -por ejemplo a los 14 años o antes- aumentan en gran medida la posibilidad de desarrollar problemas con el alcohol en algún momento de su vida (CONADIC, 2011).

La Encuesta Nacional de Adicciones del 2011 señala que el patrón de consumo de alcohol cuya respuesta fue alguna vez en la vida, para hombres fue de 80.6% mientras que para mujeres fue de 62.6%. Con relación al consumo de alcohol en el último año, en mujeres se presentó en un 40.8% y en un 62.7% en hombres. Para el consumo de alcohol durante el último mes un 44.3% fue reportado por los hombres y un 19.7% por las mujeres. Es importante señalar que para población adulta en general el uso de alcohol fue mayor que en la adolescente. La prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida fue de 77.1%, en tanto que la prevalencia de los últimos doce meses fue de 55.7% mientras que el consumo de alcohol durante el último mes fue de 35%. La cantidad modal para las mujeres es de una a dos copas por ocasión, en tanto que para los hombres es de 3 a 4 copas. (ENA, 2011)

COMO ACTÚA EL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

El alcohol es un tóxico totalmente soluble en agua. En su forma más frecuente el alcohol etílico se encuentra en las bebidas alcohólicas en proporciones que varían entre el 5 y el 55% en relación con la cantidad de agua (Paula, 1987); las bebidas de consumo más común como: la cerveza contiene el 5%; el vino el 10% y las bebidas fuertes entre el 40% y el 55%.

El alcohol etílico (también llamado etanol) cuando se ingiere pasa a la sangre a través de las paredes del estómago y el intestino delgado y circula libremente por todo el organismo, y por su condición de tóxico dañará a diferentes órganos hasta que resulte neutralizado por oxidación en los tejidos (sobre todo el hígado). Este mecanismo de desintoxicación para poder neutralizar un trago fuerte de alcohol le toma una hora y solo se encarga del 90% de alcohol contenido en dicho trago; el 10% restante se elimina a través de los pulmones (aliento etílico), la orina, el sudor y la saliva (González, 1995).

Es importante tener en cuenta que la ingestión de más de un trago por hora determina que progresivamente se acumule en la sangre una cantidad mayor de alcohol que producirá la inhibición o depresión del sistema nervioso, que comienza por el estado de embriaguez ligero y después pasa por grados mayores de profundidad hasta llevar al estado de coma y la muerte si la ingestión fuera excesiva; es decir por una intoxicación aguda. Sin embargo cuando se produce con frecuencia una ingestión más rápida de lo que se puede eliminar, el alcohol va determinando efectos dispersos por todo el organismo y modifica al comportamiento, el cual da lugar al cuadro conocido como alcoholismo crónico y lo único que llega a ser importante para la persona es la botella (González, 1995).

COMORBILIDAD DEL ALCOHOL Y LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

El alcohol constituye una sustancia de fácil adquisición, socialmente aceptada, con una gran tradición cultural –no ajena a los intereses económicos que se mueven en torno a ella- y utilizada en buena parte como motor de las relaciones sociales (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2001). Sin embargo estudios relacionados entre el consumo de alcohol y la disponibilidad de recursos económicos, demostraron que a mayor estrato, mayor consumo de bebidas alcohólicas (Cicua, Méndez & Muñoz, 2007).

Cuando una persona es adicta a una sustancia, lo más habitual –hasta en un 50%-75% de los casos- es que presente otro trastorno adicional (Casas et al., 1994). Los trastornos duales más frecuentes en el alcoholismo son, por una parte, los trastornos de la personalidad; y por otra, la depresión –más en las mujeres-, los trastornos de ansiedad –en uno y otro sexo- y el abuso de otras drogas –más en los hombres- (Echeburúa & Marañón, 2001).

Algunos estudios señalan que en la búsqueda de un ideal de delgadez las adolescentes frecuentemente utilizan estrategias extremas para perder peso tales como la práctica de dietas estrictas o el vómito auto inducido desencadenando anomalías en la conducta alimentaria, e incluso pueden ser un incentivo para iniciar o incrementar el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco (Moreno & Thelen, 1995; Wiseman, Turco, Sunday & Halmi, 1998).

En México, actualmente el consumo afecta en mayor grado a los hombres, aunque existe una clara tendencia al incremento entre las mujeres jóvenes. La adopción de los roles masculinos, la preocupación por ser delgada, la búsqueda de patrones de belleza ajenas a nuestra cultura y la modificación de las normas que limitaban el consumo de alcohol y tabaco en las mujeres, han sido consideradas como algunas de las razones que pueden explicar la tendencia al

incremento (Medina-Mora & Mariño, 1992). Son múltiples y variados los factores que explican el uso del alcohol y otras sustancias en los jóvenes, no obstante se ha demostrado que la exposición a un mayor número de factores de riesgo para el consumo, incrementa la probabilidad que tanto los hombres como las mujeres usen y abusen de las mismas (Medina-Mora, Mariño, Berenzon, Juárez & Carreño, 1992).

La adolescencia es considerada como un tiempo de transición con cambios físicos, sociales y cognitivos que demandan una considerable adaptación. Este es también un período durante el cual los adolescentes son particularmente vulnerables a las exigencias que la sociedad impone, básicamente representadas por los Medios de Comunicación (González Silva, 2007).

El desarrollo de la auto-imagen en el adolescente puede verse afectado por diversos factores, uno de ellos, el peso corporal, lo que puede provocar que algunos adolescentes recurran a la práctica de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR), que son aquellas manifestaciones similares en forma, pero menores en frecuencia e intensidad a las de los TCA (Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela & Carreño–García, 2004).

Portella et al. (1998), mencionan “que al arraigo social se le une la percepción generalizada de la integración de algunas bebidas alcohólicas en nuestros patrones dietéticos. El alcohol forma parte integral de la cultura alimentaria y de sus usos dietéticos, ya que en los menús de los establecimientos de alimentación muestran la difusión del pan, vino y postre como comentario final”. (pp.32-33)

Por lo tanto, la influencia del alcohol está ligada implícitamente con la alimentación como lo mencionan Portella et al. (1998), repercutiendo de manera poco favorable la comorbilidad del alcoholismo con los TCA, promoviendo distintos tipos de trastornos afines con la aceptación social, expectativas y autoestima.

Socialmente, la conducta dietante, asociada al uso de sustancias como el alcohol y las drogas, está bien vista dentro de las jóvenes, lo que hace más difícil la motivación al cambio y a la solicitud de ayuda (Poulisis, 2011).

El consumo habitual de alcohol forma parte de los usos sociales prevalentes, sin que exista conciencia de su implícita indisociabilidad con determinados acontecimientos de la vida diaria. Esto no debería extrañar si se considera que la gran mayoría de espacios de ocio son establecimientos expendedores de alcohol, lo que facilita algunas asociaciones en el lenguaje común. Por lo tanto, el frecuentar lugares nocturnos se le denomina ir de copas o bien salir a cenar, caracterizando a este último el ingerir raciones escuetas de alimentos por haber desempeñado esta función de protección de los alcoholes consumidos (Portella et al. 1998).

La juventud como regla general no asocia el consumo de alcohol con problemas que de él puedan derivarse; por el contrario asocia el consumo del alcohol con cambios positivos. Poulisis (2011) menciona que “suelen comentar que el alcohol les otorga una sensación de comodidad frente a los demás que les permite expresarse y desinhibirse, y a su vez no creen que tenga consecuencias negativas, lo cual influye considerablemente con un mayor consumo durante los fines de semana, y cuando se programan las llamadas salidas nocturnas” (p.15).

Estudios realizados por Poulisis (2011) determinan que existe una combinación de trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) con el abuso de alcohol, al que se le denominó Alcohorexia (o *drunkorexia* en inglés). Este término fue utilizado por primera vez en el 2008 por Kershaw para nombrar a la conducta de jóvenes que restringen el consumo de alimentos con alto aporte calórico para ingerir bebidas alcohólicas de forma excesiva.

Villarino (2012) señala que las personas que presentan estas conductas generalmente tienen conocimientos acerca del contenido energético de las

bebidas alcohólicas y tratan de equilibrar la ingesta de alimentos para evitar incrementar el peso corporal.

La población más afectada y con mayor incidencia es la femenina, mujeres universitarias jóvenes que toman alcohol en exceso y creen compensar la alta ingesta calórica con la restricción o supresión de comida. Con frecuencia este trastorno se combina con conductas purgativas tales como vómitos, uso de diuréticos y laxantes ; siempre con el mismo fin: *mantenerse delgadas* (Poulisis, 2011; Villarino, 2012).

El perfil que puede definir a una paciente que sufre de alcohorexia es el de una joven que padece de atracones de alcohol y que se impone durante el día un ayuno o una dieta pobre en calorías para compensar la posible ganancia de peso por el consumo excesivo del mismo. Se considera atracón de alcohol, a la ingesta de grandes cantidades de esta sustancia en un corto periodo de tiempo, de aproximadamente dos horas o menos, generalmente tiene lugar en salidas nocturnas y se caracteriza por beber en forma rápida y compulsiva (Poulisis, 2011).

Poulisis (2011) y Villarino (2012) aclaran que alcohorexia no es sinónimo de alcoholismo (dependencia al alcohol), ya que conlleva otras conductas desadaptativas como la insatisfacción con la propia imagen, lo que lleva a las chicas a considerar la ingesta excesiva de alcohol como un medio para la obtención de un fin (ser delgadas).

CAPÍTULO III

IMAGEN CORPORAL

La Imagen Corporal (IC) se ha definido de muy diversas maneras y se considera como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera particular hacia la propia apariencia (Gómez-Peresmitré 2005). Esta misma autora señala que la imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora respecto a su propio cuerpo a través de diversas experiencias. La percepción del cuerpo tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. En la construcción de la imagen corporal ejerce el contexto socioeconómico y el entorno cultural, ya que esta imagen puede diferir según la edad, el género y la clase social.

DEFINICIÓN

La Imagen Corporal (IC) se refiere a la sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. De la misma forma, el cambio físico que sufren las adolescentes durante la pubertad modifica la imagen corporal previa (Gómez-Peresmitré, 1997).

Ayensa e Ignacio (2003) enuncian varias descripciones acerca de la IC de las cuales destacan: Las imágenes corporales nunca están aisladas. Siempre se hallan rodeadas por imágenes corporales de los demás, esto se debe a que la imagen corporal es un concepto que se construye socialmente.

- 1) La relación con las imágenes corporales de los demás se halla determinada por el factor de proximidad o lejanía espacial y por el factor de la proximidad o lejanía emocional, este punto se refiere a la parte emocional del concepto.
- 2) Las imágenes corporales son sociales, nuestra propia imagen nunca está aislada sino que siempre va acompañada de imágenes corporales de los demás.
- 3) Nuestra propia imagen corporal y la de los demás no guardan una dependencia recíproca primaria, no son iguales, y no es posible explicar una en función de la otra.
- 4) Una de las formulaciones más importantes es que siempre se ha insistido en que el modelo postural del cuerpo no es estático sino que cambia constantemente dependiendo las circunstancias de la vida en las que nos encontremos. La imagen corporal se construye y se disuelve, volvemos a construirla otra vez, hay en la imagen corporal un proceso de identificación, construcción y reconstrucción (pp. 50-53).

A través de las investigaciones realizadas sobre IC, se han planteado varios modelos, en los cuales se pueden ver todos los factores que intervienen en la construcción de la IC. Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual: se refiere a los aspectos perceptivos con respecto al cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma del cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva: incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre el cuerpo.
- Una imagen emocional: incluye sentimientos sobre el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias que proporciona cuerpo (pp.337-349).

La IC que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad (Pruzinsky & Cash, 1990).

Para Aguado (2004) la mayoría de las definiciones asignadas a la IC tienen que ver con tres consideraciones importantes:

1. La IC, siempre debe verse como un proceso, es decir un conjunto de acciones y movimientos de intercambio entre una persona y su contexto social que designará la estructura simbólica de sí mismo.
2. La IC está integrada por una red de funciones orgánicas, sentimientos, actitudes, sensaciones, percepciones, emociones, interpretaciones y pautas de movimiento que se relacionan a través de la experiencia.
3. A esta experiencia la van a comprender sucesos experimentados y vividos y a su vez los significados (conscientes e inconscientes) que se vinculan al sujeto (p. 50).

La IC es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo (y cada una de sus partes), el movimiento y los límites de éste, así como la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, valoraciones y el modo de comportarnos derivado de nuestras cogniciones y sentimientos (Raich, 2000).

Tanleff y Gokee (2002) proponen tres procesos que juegan un papel importante en el desarrollo de la IC:

- Valoración reflejada: es la noción de las opiniones que tienen los otros de uno mismo (la percepción personal de como otros nos ven) tienen una influencia en cómo nos percibimos a nosotros mismos.

- Retroalimentación en la apariencia física: es el significado que cada persona desarrolla acerca de la percepción en como otros nos ven.
- Comparación social: a través de este proceso la auto evaluación del atractivo físico se forma, esta sugiere que con la imagen corporal real, la probabilidad de comparar la propia apariencia física con la de otros, modera el alcance por el cual la representación de la delgadez e ideales corporales atractivos resultan en trastornos de imagen corporal (pp. 75-77).

Fisher (1986) menciona una concepción más dinámica definiéndola en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Bermis y Hollon (1990) advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de innegable influencia en el auto concepto.

La IC es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995), es decir se contemplan: aspectos conductuales, aspectos perceptivos, y aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad.

En la IC la autoatribución, es un proceso a través del cual se construye la propia imagen a partir de atributos y características que se incorporan en la interacción social (González, Lizano & Gómez-Peresmitré, 1999) o sea las experiencias vividas y la relación con los demás va moldeando la autoimagen: la cual puede ser positiva o negativa. La IC positiva indica que existe una imagen verdadera del cuerpo, que no se limita al aspecto físico de una persona; y una IC negativa se vincula con trastornos de la alimentación y otros factores psicosociales (Gómez-Peresmitré & Acosta, 2000).

Desde el punto de vista neurológico, la imagen corporal, constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona, por lo tanto las alteraciones de la IC serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: Miembro fantasma, anosognosia, etc. (Raich, 2004).

La IC está conformada por información acumulada a lo largo del tiempo, procedente de receptores sensoriales tanto táctiles como cinestésicos asociados a dos respuestas emocionales que son resultado de una evaluación estética; es decir la IC es el cuerpo, la apariencia física que cada persona experimenta en su propio desarrollo. Sin embargo, cuando se presenta un malestar producido por la percepción de la IC y la evaluación estética subjetiva se llama insatisfacción corporal, siendo esta el resultado de la discrepancia que existe entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal. La distorsión o sobrevaloración de las dimensiones de la imagen corporal son un fenómeno central en los factores implicados en la génesis y el mantenimiento de los TCA (Toro, 2004).

FACTORES SOCIOCULTURALES

McCarthy (1990), menciona que la influencia más potente sobre la IC es la cultura. Los medios de comunicación (revistas de moda, anuncios y programas de televisión, películas) ofrecen un continuo bombardeo de imágenes idealizadas de mujeres extremadamente delgadas y se favorece la glorificación de la delgadez; al relacionarla con el atractivo, la felicidad, la categoría social y el éxito, mientras que al mismo tiempo relaciona la gordura con connotaciones negativas como la pereza, la fealdad y el fracaso (Gilbert & Thompson, 1996; Nemeroff, Stein, Diehl, & Smilack, 1994; Rothblum, 1994).

En particular el peso y la figura pasan a ser fundamentales para la autoevaluación de las mujeres y la valoración de si mismas. Es probable que esto

tenga influencia especial en la adolescencia, debido a que la principal tarea del desarrollo es el establecimiento de la identidad (Bell & Rushforth, 2008 p.20).

Algunos estudios demuestran que los diversos factores socioculturales que influyen sobre la percepción de la imagen corporal se refieren al estatus social donde se encuentran las personas, es decir, a mayor nivel socioeconómico y de conocimientos, se presenta una mayor incidencia de la imagen corporal personal distorsionada (ICPD) (Guinn, Semper, Jorgensen & Skaggs, 1997; Puhl & Brownell, 2003).

La preferencia por el atractivo es universal. El arreglo del cuerpo para realzar nuestro aspecto (con ropa, cosméticos, peinados, joyas, arte corporal, etc.) les da a las personas el placer y el orgullo de su imagen física y es común a todas las culturas. El querer estar atractivos tiene mucho sentido, pues el serlo confiere numerosas ventajas evolutivas y sociales, ya que hay una evidencia considerable de que a los niños y a los adultos atractivos se les trata de manera más favorable y experimentan una gran variedad de beneficios (Bell & Rushforth, 2008).

En la medida en que los mensajes culturales sobre el atractivo físico se interiorizan y actúan como ideales personales, pueden afectar de forma adversa a la evaluación de nuestro aspecto físico y la satisfacción que nos produce. Las personas con un físico atractivo no necesariamente están satisfechas con su aspecto, ni las personas menos atractivas son inevitablemente infelices con el suyo. Las percepciones, las creencias y los sentimientos de una persona respecto a su aspecto tienen más probabilidad de determinar su IC que sus características físicas reales (Bell & Rushforth, 2008). Gómez Peresmitré (1998) señala como la autopercepción positiva o negativa ha mostrado ser el mejor predictor de la satisfacción corporal, así que considerarse atractiva(o) correlacionará más alto con la satisfacción corporal.

Así mismo, las tendencias culturales actuales señalan que los ideales de belleza femenina han variado y cambiado en relación con los estándares estéticos de un periodo particular de tiempo, dando como resultado que un gran porcentaje de mujeres esté intentando alterarse para conseguir estos ideales (Mazur, 1980).

Como resultado de la presión social actual, Vandereycken (1993) asevera que las culturas occidentales se han convertido en “lipofóbicas”. A pesar que los modelos sociales actuales promocionan la delgadez, la evidencia adicional sugiere que las mujeres están presionadas para lograr metas de apariencia que a veces son contradictorias con la delgadez, ejemplo claro es el busto grande o un físico musculoso.

El ideal de la mayoría de las mujeres en nuestra sociedad respecto al bajo peso corporal reunían uno de los criterios del DSM IV para anorexia nerviosa. La mayoría de las mujeres muestran una diferencia entre su peso real y su peso ideal, siguiendo algún régimen alimentario durante los últimos seis meses, llevando a la práctica estrategias tanto seguras como peligrosas. Al parecer la mayoría de las mujeres presenta insatisfacción corporal, sobre todo respecto al estómago, cadera, muslos y nalgas (Ogden, 2005).

Las consecuencias de las percepciones negativas hacia individuos de una sociedad que se puedan considerar con exceso de grasa corporal, respecto a los ideales de delgadez y belleza, da como resultado el aislamiento, consumo de alimentos de alto contenido energético para compensar la ansiedad, o la disminución de la actividad física para evitar la exposición social a burlas o señalamientos (Puhl & Brownell, 2003; Wardle, Waller & Fox, 2002). Incluso algunos estudios reportan que estos individuos presentan mayor incidencia de alcoholismo, depresión, nerviosismo y tabaquismo desde edades tempranas (Strauss, 2000).

SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La variable satisfacción/insatisfacción es la que constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importante en tanto que modula las relaciones entre realidades externas objetivas y realidades internas principalmente subjetivas como lo son la percepción del sí mismo, autoevaluación y autoatribución (Gómez-Peresmitré, 1998).

La satisfacción/insatisfacción con la IC es el grado de discrepancia entre la figura actual y la ideal, cuyo predictor es la dirección o el nivel de la autopercepción negativa o positiva, se considera como factor de riesgo, debido a que su origen es de carácter psicosocial y su naturaleza cognoscitiva involucra un proceso de conocimiento donde interactúan procesos como aprendizaje y pensamiento, y actitudes que expresan aceptación o rechazo hacia la propia IC (Gómez-Peresmitré, 1993; Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998).

Una de las formas de entender y estimar la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo es la que depende de la distancia entre realidad y la idealidad (Tucker, 1984). Entre los factores que contribuyen a la gestación y desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo, ocupa un lugar principal la imposición ideológica de un modelo femenino que ha adquirido la capacidad de ejercer presión social y que se difunde a través de los medios masivos de comunicación. Mediante estos se expone como ideal la figura de una mujer que a partir de 1950 fue siendo cada vez más delgada hasta llegar a serlo en niveles extremos (Gómez-Peresmitré, 1993).

Investigaciones realizadas demuestran la existencia de vínculos entre las presiones socioculturales que fomentan la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal o la distorsión de la imagen corporal (Groesz, Levine & Murnen, 2002; Polivy & Herman, 2002). Los estudios experimentales muestran como la exposición a las imágenes de delgadez de los medios y la presión

interpersonal para ser delgada incrementan la insatisfacción con el propio cuerpo (Hawkins, Richards, Granley & Stein, 2004; Turner, Williams, Sankaran, Lazarus, Sinnott & Hutchinson, 1997). Así mismo, varios estudios han hallado una relación directa entre la exposición a los medios de comunicación y las actitudes y las conductas de los trastornos alimentarios (Hawkins et al., 2004; Stice, Schupak-Neuberg, Shaw & Stein, 1994; Thomsen, McCoy & Williams, 2001).

Gómez-Peresmitré (1993) menciona que la insatisfacción con la IC es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, es decir alejada de la realidad; encontrándose como una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria, debido a que se encuentra presente tanto en la anorexia nervosa como en la bulimia y la obesidad.

La insatisfacción con la IC es una de las variables más importantes en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria y constituye el común denominador de estas, formando parte de la etiología multifactorial de su complejo cuadro. Por lo tanto la insatisfacción corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte de una cultura; la IC es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y el cuerpo ideal (Gómez Pérez-Mitre, 1993a; Toro, 2004).

Kirszman y Salgueiro (2002), señalan que la insatisfacción de la IC se relaciona con el modo en que uno experimenta su cuerpo. Esta disfuncionalidad se expresa en la vivencia de que el cuerpo no responde a las exigencias a las que estamos expuestos, donde generalmente existen sentimientos de rechazo y desagrado.

Además de la incorporación de un modelo estético imperante, otras variables relacionadas con la insatisfacción corporal son la edad, sexo, índice de

masa corporal, clase social media-alta, población urbana y la obsesión por la delgadez o preocupación por el incremento del peso (Mártinez, Toro, Salamero, Blecua & Zaragoza, 1993).

Estar insatisfecho con la propia IC actúa como un factor de inadaptación social ya que influye en la autoestima y puede llevar al aislamiento social y desde luego conducir a conductas que de otra manera no se llevarían a cabo, por ejemplo, hacer dietas restrictivas, ejercicio excesivo, o recurrir a cualquiera de las conductas compensatorias (Gómez-Peresmitré, 2001), dando como resultado la alteración de la IC aunada a la satisfacción/insatisfacción del cuerpo.

El nivel de satisfacción/insatisfacción con la IC se refiere al grado en el que el individuo le gusta o disgusta el tamaño y forma de su cuerpo; es un factor que se refiere a un efecto de distorsión en el que las personas se autoperciben más delgadas (subestimación) o más gruesas (sobreestimación) de lo que realmente son. Existe la distorsión y alteración de la IC, la diferencia de estas dos radica en que la alteración de la IC tiene el efecto de sobreestimar o subestimar el tamaño del cuerpo, en tanto, la distorsión de la IC implica una ruptura con la realidad en la que el paciente encontrándose ya en delgadez extrema se percibe en sobre peso (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel-Santocini, 2001).

Existen tres factores básicos para que se desarrolle insatisfacción corporal:

- Familia: hay similitudes entre el grado de satisfacción o insatisfacción corporal presentado entre madres e hijas, en estos casos, el moldeamiento parece ocupar un lugar relevante para transmitir las actitudes ante el propio cuerpo.
- Amigas: existe una significativa intervención del grupo de amigas en la génesis de conductas y actitudes que implican distintos tipos de riesgo. Una conducta de riesgo sería el seguir dietas o restringir su alimentación.

- Medios de Comunicación: protagonizan y ejemplifican las influencias culturales de nuestras sociedades complejas que determinan muchos de los valores, actitudes y conductas que los individuos asumen como propios. La transmisión de la delgadez se está realizando continuamente a través de los medios de comunicación y difusión (Toro, 2004, pp. 193-197).

Una IC negativa (el descontento o una evaluación negativa de algún elemento de nuestro físico) puede abarcar desde unos moderados sentimientos de falta de atractivo a una obsesión extrema por el aspecto físico que perjudique el funcionamiento normal. La insatisfacción corporal es el resultado de una discrepancia entre el yo percibido y el ideal (Bell & Rushforth, 2008, p.18).

Thompson (1992) propuso el concepto de trastorno de la IC, definiéndolo como un persistente estado de insatisfacción, preocupación y malestar que está relacionado con algún aspecto de la imagen física. Debe estar presente cierto grado de deterioro en las relaciones sociales, las actividades sociales o el funcionamiento ocupacional (p.19).

Se ha descubierto que la preocupación por el aspecto físico tiene el doble de incidencia en las mujeres que en los hombres (Harris & Carr, 2001). La autoestima femenina a menudo está condicionada al grado de atracción percibido, los mensajes culturales articulan los estándares de atractivo y falta de atractivo y expresan las expectativas basadas en el género que relacionan la masculinidad y la feminidad con ciertos atributos físicos (Guiney & Furlong, 1999).

En el modelo sociocultural, la insatisfacción corporal ocurre cuando un individuo internaliza un cuerpo ideal, determinado por la cultura, y mediante una comparación social concluye que su cuerpo es diferente de ese ideal. Las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario y este se convierte en el valor

más importante, lo que conduce a las características psicopatológicas de los TCA (Mancilla et al., 2006).

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La alteración de la IC ha sido establecida como uno de los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa en los trastornos de la conducta de alimentación (APA, 2014). Dado su importante papel en el inicio y mantenimiento de la enfermedad, su recuperación es crucial en la intervención.

Baile (2002), menciona que la alteración de la IC o insatisfacción corporal, se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes a las distorsiones en la percepción de la IC, como un criterio diagnóstico, y ha provocado que se estudie como una variable asociada a los trastornos de la conducta alimentaria.

Se entiende como alteración de la IC a la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. Aunque se puede esperar un cierto margen de error en las apreciaciones sobre el propio cuerpo, la presencia de sesgos sistemáticos en los pacientes con TCA ha llevado a generalizar el concepto de alteración de la imagen corporal (Sepúlveda, Botella & León, 2001).

Las alteraciones de la IC se han venido dimensionando en dos aspectos: por un lado la exactitud con que se estima el tamaño del cuerpo y, por otro, los sentimientos que el cuerpo despierta (Baños, Botella & Perpiña, 2000).

Gómez-Peresmitré (1997) menciona que las variables que agrupan la alteración de la IC son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente auto-actitudinales. Son el resultado de la interacción de: a) condiciones sociales externas como la presión que ejercen los medios de

comunicación; b) variables individuales: peso, tamaño y forma real; c) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y d) variables psicosociales como autopercepción y percepciones de los otros del peso o tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones y autoestima.

La alteración de la IC va a estar definida por el mayor o menor alejamiento del peso real, es decir, la distorsión es la diferencia entre el peso real y el peso imaginario, entendiendo como peso real al resultado de la medición con una báscula y al índice de masa corporal (Gómez-Peresmitré, 1995).

La distorsión de la IC es la diferencia entre peso real y peso imaginario, ya sea que el alejamiento sea mayor o menor del peso real. La IC también corresponde a una categoría subjetiva: se refiere a una representación psicosocial, es una especie de fotografía dinámica en movimiento, es producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez-Peresmitré, 1995).

Las alteraciones de la IC forman parte de un grupo de las alteraciones cognoscitivas; éstas alteraciones cubren un amplio espectro de manifestaciones desde las más leves hasta las más severas, van desde el descontento moderado, hasta grados extremos donde aparecen sentimientos de vergüenza y malestar profundo; llegando a manifestarse en forma de depresión y ansiedad. En las pacientes con trastorno alimentario, las alteraciones de la imagen corporal son nucleares por la fuerte relación de autoestima y autovaloración con la apariencia corporal; en los grados severos éstas relaciones pasan de ser simples precauciones a verdaderas distorsiones perceptivas (Kirszman & Salgueiro, 2002).

CAPÍTULO IV

SALUD-ENFERMEDAD

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS en la primera mitad del siglo XX entendía a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (Suárez, 2001). Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es la capacidad para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales (Mariano, Ramos & Fernández, 2001).

DEFINICIÓN

A lo largo del tiempo se han formado ideas y concepciones fundamentales acerca de la enfermedad y la forma en que se determinan la salud y la vida propia. En medio de la práctica social, las sociedades y dentro de ellas sus grupos constitutivos, han desarrollado una experiencia y han sistematizado formas especiales de conocer o saber acerca de la salud y la enfermedad. Configurándose así, un conjunto de nociones y conocimientos formados unas veces en la práctica espontánea y cotidiana de la gente común, otras veces de la práctica popular-empírica que concentra y sistematiza la experiencia de la colectividad en largo tiempo, y en otras ocasiones el llamado “saber formal”, pilar básico de las acciones de salud institucionales, y que surgen de la práctica profesional-técnica que sistematiza la experiencia social, pero construyendo un

cuerpo teórico explicativo, una metodología y elementos técnicos altamente depurados. La práctica científica es el fundamento y la expresión más evolucionada de este último (Breilh, 1991).

En la actualidad se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad, el modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico dependen, principalmente, de nuestros hábitos de vida (Oblitas, 2006).

Desde un punto de vista fisiológico la noción de salud, se traduce como un funcionamiento armónico de las diversas partes que integran el organismo; interpretando a la salud como el producto de la armónica interrelación entre el organismo y el ambiente que lo rodea; por lo tanto la enfermedad se concibe como una desarmonía funcional del hombre con su ambiente, que se expresa por alteraciones fisiológicas y por cambios en la interrelación e independencia con otros seres. Por lo tanto, la relación y dependencia mutua del ser humano, en conveniencia con otros seres, se perturba cuando la enfermedad se manifiesta (Vega & García, 2004).

Simon (1999), define a la salud como un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones, competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales cuyo resultado es un estado que se caracteriza por el equilibrio y bienestar psicosocial; entendiendo a la enfermedad como la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, además de la presencia de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales. Así mismo la salud y la enfermedad están multideterminadas, tanto por las condiciones biomédicas de la vida, como las condiciones biográficas del vivir.

La salud es un estado y al mismo tiempo un proceso dinámico cambiante; continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos (Oblitas, 2006). En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien como algo a desarrollar (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000).

San Martín y Pastor (1988), mencionan que la salud se puede entender como un proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad; lo cual hace que se consideren varios aspectos:

- El estado de salud no puede ser absoluto, porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad, lo cual es esencialmente variable, principalmente por la actividad del hombre.
- No está establecido, por la misma razón, un límite neto entre salud y enfermedad, sino grados y expresiones diversas mezcladas.
- En el concepto de salud hay, al menos tres componentes a considerar: un componente subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función); y un tercer tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo) (p.13).

El concepto salud enfermedad radica en la importancia del equilibrio, ya que con esto se garantiza la armonía y coherencia de su sistema de conocimientos. Se encuentra la existencia de dos cualidades o esencias opuestas, pero complementarias; los elementos benefactores (que favorecen la conservación del equilibrio) y factores perjudiciales (que promuevan su destrucción); de manera que si se mantiene el equilibrio, habrá manifestaciones creativas, enriquecedoras y progresivas como: desarrollo corporal, desarrollo psicológico, habilidades físicas,

desarrollo intelectual, elasticidad de la pared arterial, relajación de la mucosa bronquial, depósito normal de grasa en el tejido adiposo, concentración normal de glucosa en sangre, etc.; en cambio si se afecta el equilibrio, habrá manifestaciones destructivas, empobrecedoras y regresivas como: retraso del desarrollo corporal y psicológico, discapacidad, retraso escolar, endurecimiento de la pared arterial, exceso de grasa en el tejido adiposo, etc. Es decir constante y eternamente existe un intercambio de factores opuestos que confluyen sobre el equilibrio en el organismo que se conoce, que no es el mismo de ayer ni será el mismo de mañana. Esta interacción dará lugar a nuevas cualidades resultantes que permiten integrar el concepto salud o enfermedad (Senado, 1999).

Existe cierta multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, ciertos hábitos nutricionales inadecuados; hábitos como fumar, el consumo de alcohol y drogas; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos (Oblitas, 2006).

La percepción subjetiva respecto a la probabilidad de padecer ciertos síntomas o una determinada enfermedad (grado de vulnerabilidad percibida) incide en las conductas saludables a adoptar y mantener. También, la percepción anticipada que el individuo tenga acerca de las consecuencias positivas (o refuerzo) a experimentar como resultado de sus prácticas saludables, constituye un importante regulador en sus elecciones presentes. La persona tiene que percibir una relación significativa entre su comportamiento específico y los síntomas que experimenta, reconocer una relación causa-efecto evidente para modificar su conducta patológica y reemplazarla por otros comportamientos más protectores y adaptativos. De lo contrario, las personas mantendrán sus pautas perjudiciales ya que no perciben el riesgo potencial de las mismas (Oblitas, 2006).

La personalidad de un individuo, enmarcada en los factores micro y macro sociales de salud, no sólo se refiere a cómo es la persona, y a sus variables reales

sino también a la representación cognitiva subjetiva que la persona tiene de sí mismo, es decir al autoconcepto. El autoconcepto, la percepción de sí mismo, es un elemento esencial como auto-regulador del proceso adaptativo de la persona a sus circunstancias ambientales. La autorregulación consciente e intencional tiene como punto de partida la identidad asumida por la persona; el autoconcepto es el primer factor de autorregulación, que hace e intenta hacer aquello que cree la persona que es (Moreno-Jiménez, Hernández & Herrera, 2005).

Moreno-Jiménez (1998), menciona que el autoconcepto proporciona tres funciones básicas: proporciona identidad al sujeto, integración histórica a su experiencia vivida y niveles mínimos aceptables de autoestima; por lo tanto se encuentran como factores positivos de protección, potenciadores de conductas saludables, variables de personalidad relativas a la identidad subjetiva y autoevaluativa de la persona tales como la autoestima y la autoeficacia.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Arrivillaga, Salazar, y Correa (2003) mencionan que un factor determinante para el desarrollo de factores de riesgo y de protección, son las formas cotidianas de vivir, ya que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, consumo de alcohol, drogas y tabaco, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

El estilo de vida se define como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo

condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza; estas condiciones de riesgo o seguridad, son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no solo del presente, sino también de la historia personal del sujeto (Arrivillaga et al., 2003).

Se pueden distinguir como factores de riesgo y aquellos otros llamados factores de protección; por factores de riesgo, se entiende todas aquellas condiciones que exponen a los sujetos o los hacen más vulnerables a caer en el consumo de sustancias psicoactivas; y los factores protectores, los cuales se distinguen como aquellas condiciones del ambiente o variables individuales del sujeto que de una a otra forma impiden o los hacen más resistentes de caer en el consumo de drogas (Anicama & Martínez-Vargas, 2001).

Un factor de riesgo es considerado como una característica medible de un sujeto en una población específica. La cual antecede la enfermedad y puede servir para dividir a la población en un grupo de bajo y alto riesgo; por lo tanto la probabilidad de enfermar debe ser mayor en el grupo de alto riesgo que en la de bajo riesgo (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997; Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer & Oxford, 1997).

Anicama (1993), señala que el surgimiento del denominado “factor de riesgo” de las personas, sirven como excelentes predictores de las conductas resultantes, lo cual sirve como base para las acciones preventivas primarias en el campo de la salud.

Por lo tanto, Rojas (2002) menciona que “vulnerabilidad” y “protección” aluden a mecanismos específicos de respuesta individual con respecto a situaciones de riesgo, se puede decir que son los polos negativo y positivo del mismo constructo; sin perder de vista que cuando se habla de protección el proceso que da lugar al incremento o disminución del riesgo, puede no

necesariamente significar que la variable o experiencia sea, en sí misma, positiva o negativa (p. 70).

La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que al actuar individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso; el término de riesgo, implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado (Pita Fernández, Vila Alonso, & Carpena Montero, 2002).

Los factores de riesgo están localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente, pero cuando se interrelacionan aumentan sus efectos aislados; la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición. Un factor de riesgo puede ser específico para uno o varios daños, y a la vez varios factores de riesgo pueden incidir para un mismo daño (Senado, 1999).

Existen ciertas circunstancias y condiciones individuales, familiares o sociales, que aumentan el riesgo de inicio en el consumo de sustancias. Algunos factores de riesgo individuales e interpersonales son: la baja autoestima, timidez, agresividad, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad, depresión o deseo de sensaciones "fuertes"; otros factores que propician el consumo son: vivir en un ambiente familiar desorganizado, conflictivo y poco afectivo; la baja percepción de riesgo, la falta de información, el fracaso escolar, las estrategias poco efectivas para el enfrentamiento y solución de problemas; tener amigos consumidores, un mal aprovechamiento del tiempo libre y la ausencia de normas y límites. Otros factores de riesgo son de naturaleza social: la disponibilidad de las sustancias y la facilidad para adquirirlas; las pocas oportunidades de desarrollo para los jóvenes; el establecimiento de normas sociales que aceptan el consumo y lo normalizan, así como la excesiva publicidad de las bebidas alcohólicas, del

tabaco y del ideal de delgadez (Tiburcio, Carreño, Martínez, Echeverría & Ruiz; 2009).

Rojas (2002) define el riesgo como la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo social. La idea central se refiere al hecho que el riesgo brinda una medida para la atención de la salud.

El conocimiento del riesgo o de la probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna a fin de evitar o modificar esa eventualidad. El Factor de Riesgo vendría a ser la característica o cualidad de un sujeto o comunidad, que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rodríguez, 1995; Jessor, 1991; Suárez & Krauskopf, 2001).

Cornellái (1999), menciona que las conductas de riesgo agrupan aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no presentan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia. En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre, pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Las situaciones de riesgo se definen como aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social; una situación de riesgo que afecta a la adolescencia y juventud puede ser la permisividad en el uso de drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes. Una

situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen cultural (Cornellái, 1999).

Rutter (1990) señala que un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, se tiene una exposición gradual a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelos apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas.

Existen factores de protección, que pueden ubicarse también en cada uno de los dominios de la vida del individuo: en la esfera individual (alta autoestima, personalidad orientada a la evitación de riesgos); familiar (convivencia con padres capaces de cubrir necesidades afectivas menores); escuela (apego escolar); pares (amigos poco tolerantes hacia el consumo); comunidad (pertenencia a redes de apoyo social); es decir los factores de protección, pueden definirse como aquellos factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas (Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, & Fleiz, 2002).

Los factores protectores pueden ser inherentes a las características personales del individuo, a las características de su entorno familiar, o las características de los sistemas de apoyo social (Cornellái, 1999).

En el caso del alcoholismo, la autoestima funge como factor protector debido a que aleja al sujeto de las influencias no saludables, favoreciendo el sentimiento de seguridad de las personas y evita las conductas de evasión; otra función importante de la autoestima es la de regular la conducta, mediante un proceso de autoevaluación, de modo que el comportamiento de una persona está determinado en gran medida por la autoestima que posea en el momento. La

autoestima baja implica auto-rechazo, auto-insatisfacción, auto-desprecio, lo que puede colocar al sujeto en vulnerabilidad de conductas riesgosas (Balaguer & Pastor, 2001).

Rutter (1990) afirma que, tanto la vulnerabilidad como la protección son procesos interactivos. Ambos, más que ser atributos permanentes o experiencias, son procesos que se relacionan con momentos claves en la vida de una persona. Resulta de mayor precisión utilizar el término de mecanismo protector cuando una trayectoria que era previamente de riesgo, gira en dirección positiva y con una mayor probabilidad de resultado adaptativo. De igual modo, un proceso será considerado de vulnerabilidad cuando una trayectoria previamente adaptativa se transforma en negativa; por lo tanto es importante observar como estas cualidades se desarrollaron y como cambiaron la trayectoria de la vida.

La posibilidad de establecer una auto estima y un auto concepto adecuado, se basa en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementa el locus de control interno (reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades y aspiraciones); son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de resiliencia (CONTRADROGAS, 1999).

Cornellái (1999), menciona que la resiliencia se entiende como aquella capacidad de resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades, ya que está en función de la interacción entre los factores de riesgo y los factores de protección. La construcción de la resiliencia es el instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo (diferentes a las conductas de riesgo) que limitan las posibilidades de éxito del individuo; es decir, construir la resiliencia significa dotar al individuo de habilidades para la vida, reconocer la

participación del entorno (escuela, familia y sociedad) y dotan a cada unidad con los recursos suficientes para adquirir nuevas aptitudes.

A nivel individual, se trata de desarrollar la auto-estima y la auto-eficacia (capacidad para reconocer las propias habilidades para realizar acciones positivas), mediante las relaciones interpersonales, las nuevas experiencias, y el aprendizaje de cómo hacer frente a los nuevos desafíos. A nivel social, se trata de crear redes amplias y definidas de recursos y medios que permitan al individuo obtener el apoyo necesario (Cornellái, 1999).

En la actualidad ninguno de los factores determinados como de riesgo es predominante, tampoco es causa necesaria o suficiente para que se desencadene una adicción; solo puede ser referido en términos de probabilidad. Entendiendo en este sentido que el conocimiento de los factores de riesgo ayudan para que una intervención preventiva sea más específica (Kumate, 2002).

En la percepción de riesgo suele existir la conciencia del peligro que se corre, pero priva un sentimiento de invulnerabilidad, y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma. Además, hay que considerar que todo adolescente busca emoción y riesgo ya que es un intento de expandir y consolidar su sí mismo, buscando desafíos (Espinosa, 2000).

La percepción de riesgo se establece desde las decisiones razonadas del individuo para involucrarse o no en el consumo, en las creencias, expectativas y valor afectivo atribuido a las mismas, la percepción de expectativas de personas significativas y la autoeficacia, es decir el control que se tiene sobre el alcohol y drogas, como son: juicios sobre la cantidad y las veces que puede consumirla, en donde comprarla, etc.; así mismo se puede ver relacionada con la alteración de los trastornos de la conducta alimentaria (Kumate, 2002).

Trejo (2001), comenta que en algunos casos los jóvenes descubren la bebida en su entorno familiar, pero regularmente su primera experiencia de

intoxicación o borrachera, se da con los amigos. Sin embargo, los motivos por los que deciden iniciarse en el hábito de beber, entre ellos es habitual identificar ocio con bebidas. En la actualidad, predominan entre los jóvenes y adultos las formas pasivas de entretenimiento: la admiración por algún líder que bebe y al que les gustaría parecerse, empezando por sus formas externas de conductas; además de la necesidad de ganar la admiración del grupo, con una actitud de valentía, de atrevimiento.

Por otro lado los preadolescentes y adolescentes manifiestan preferencias hacia determinadas estéticas impuesta por la sociedad contemporánea, haciendo que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas alimentarias de riesgo (CAR) entendidas como aquellas manifestaciones que no cumplen con los criterios de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, pero que son características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas y miedo a engordar (López, Molina & Rojas, 2008; Rodríguez, Oudhof, González, López, Unikel, & Becerril, 2008).

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Explorar la relación entre el consumo de alcohol y variables relacionadas con imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, estrés alimentario y expectativas del consumo de alcohol en mujeres estudiantes universitarias de escuelas privadas y públicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Detectar y comparar el consumo de alcohol que presentan las mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas.

-Explorar la relación entre el consumo de alcohol y la Imagen Corporal (satisfacción/insatisfacción) en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas.

-Indagar la relación entre el consumo de alcohol y conductas alimentarias de riesgo: Preocupación por el peso y la Comida (PPyC); Dieta crónica y Restringida (DCyR); Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) y Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica (CACP) en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas.

-Investigar la relación entre el consumo de alcohol y estrés alimentario en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas.

-Estudiar la relación entre el consumo de alcohol y las expectativas hacia el consumo de alcohol en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas.

VARIABLES DE CLASIFICACIÓN

Definición Conceptual

Consumo de Alcohol: Autoadministración de una sustancia psicoactiva (OMS, 1994), el consumo de alcohol implica beber cerveza, vino o licor fuerte.

Preocupación por el Peso y la Comida: La preocupación por el peso y la comida, pueden definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y la forma del cuerpo, miedo a subir de peso, interés por el control de peso a través de la ingesta alimentaria restringida y ejercicio (Gómez-Peresmitré, 1998).

Dieta Crónica y Restringida: Programa alimentario de ingestión intencional específico a fin de controlar el peso corporal (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998).

Conducta Alimentaria Compulsiva: Conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido (APA, 2002).

Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica: Ingesta no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esa sensación displacentera (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998).

Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal: Es una de las variables moderadoras más importante de la imagen corporal, en tanto que modula las relaciones entre realidades externas objetivas y realidades internas principalmente subjetivas como lo son la percepción del si mismo, autoevaluación y autoatribución (Gómez-Peresmitré, 1998).

Estrés Alimentario: El estrés emocional puede inducir cambios en el patrón de comportamiento alimentario que, en algunas situaciones, incrementan el riesgo de TCA en poblaciones vulnerables (Roemmich, Wright & Epstein, 2002).

Expectativas Hacia el Consumo de Alcohol: Las expectativas se refieren a las creencias individuales sobre los efectos esperados del consumo de alcohol y son un constructo teórico importante ya que permite vincular las experiencias tempranas con el alcohol y las decisiones que se tienen a futuro sobre el consumo de esta sustancia y, mediante su estudio, es posible identificar los factores sociales y cognitivos que se relacionan con un consumo problemático (Goldman et al., 1987).

Definición Operacional

Consumo de Alcohol: Se obtendrá a partir de la puntuación arrojada en el Cuestionario de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en Inglés) (Medina-Mora, Carreño & De la Fuente, 1998) en donde los puntajes se obtienen por la suma de las respuestas de los participantes de acuerdo a la recomendación de la OMS y se identifican en los distintos niveles de riesgo:

Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo.

Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial.

20 puntos o más: dependencia.

Conducta Alimentaria Compulsiva: Es la puntuación obtenida en el Factor 1 de la EFRATA; a mas alto puntaje, mayor riesgo en el factor que mide comer compulsivo.

Preocupación por el Peso y la Comida: Es la puntuación obtenida en el Factor 2 de la EFRATA; a más alto puntaje, mayor riesgo en el factor que mide preocupación por el peso y la comida.

Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica: Es la puntuación obtenida en el Factor 5 de la EFRATA; a más alto puntaje, mayor riesgo en el factor que mide conducta alimentaria por compensación psicológica.

Dieta Crónica y Restringida: Es la puntuación obtenida en el Factor 6 de la EFRATA; a más alto puntaje mayor riesgo en el factor que mide dieta crónica y restringida.

Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal: Se evalúa a través de nueve siluetas presentadas en dos ocasiones de forma aleatoria que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada (puntuación igual a uno), hasta una muy gruesa u obesa (puntuación igual a nueve) pasando por una de peso normal. La diferencia existente entre ambas (figura actual-figura ideal) se interpreta como el grado de satisfacción-insatisfacción de los jóvenes, cuanto mayor sea la diferencia resultante mayor será la insatisfacción. Una diferencia positiva indica insatisfacción porque se desea estar más delgado, mientras que una negativa es la insatisfacción que se siente porque se desea estar más grueso, y una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez-Peresmitré et al., 2001).

Estrés Alimentario: Se mide con la escala de estrés alimentario de Gómez-Peresmitré (2001). A mayor puntaje, mayor estrés alimentario.

Expectativas del Consumo de Alcohol: Se evalúa a través del Cuestionario de Expectativas del Consumo de Alcohol (AEQ) elaborado por Brown, Christiansen y Goldman en 1987, validado en México por López (2003), es un cuestionario que mide las expectativas que se tienen acerca del consumo de

alcohol. El puntaje mínimo es de 21 puntos y máximo de 84 puntos lo que significa que a mayor puntaje mayores expectativas para el consumo de alcohol.

MUESTRA

Se trabajó con una muestra no probabilística de N=92 estudiantes de licenciatura que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: mujeres con una edad entre 18 y 25 años, que reportaron consumo de alcohol; que estudiaban licenciatura en el momento de aplicar el presente estudio.

Criterios de exclusión: no se tomó como parte de la muestra a las mujeres que tuvieran un trastorno alimentario establecido, defectos físicos notables, o bien que siguieran un patrón de respuestas en el instrumento aplicado.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue exploratoria con un diseño no experimental y transversal.

INSTRUMENTOS

- El Cuestionario de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por la OMS como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y como un instrumento de apoyo en la intervención breve, es un cuestionario que consta de 10 reactivos, sus preguntas son concretas, se refieren a un consumo reciente (durante el último año, y sus cuatro alternativas de respuesta permiten matizar

las situaciones, para su calificación se suman los resultados de cada respuesta (Medina-Mora, Carreño & De la Fuente, 1998). La calificación mayor o igual a 8 revela la existencia de problemas asociados al consumo de alcohol, y a medida que se eleva el puntaje se incrementa la posibilidad de ser abusador o dependiente. El AUDIT mostró una alta consistencia interna con un Alpha de 0,83. este instrumento cuenta con adecuados niveles de confiabilidad tanto en México como en otros países

- Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Peresmitré, 2001), en su versión para mujeres adolescentes, cuenta con un alpha general de .90; se aplica grupalmente, el criterio de calificación es el siguiente: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema. Del cuestionario se consideran las siguientes secciones:

Secciones C y G (Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal). La Escala Visual de Siluetas para medir satisfacción /insatisfacción corporal está formada por nueve siluetas que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada (puntuación=1), hasta una muy gruesa u obesa (puntuación=9) pasando por una de peso normal (puntuación=3) en la versión para mujeres el valor de alpha es de .90. Para evaluar satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal se presenta la escala en dos ocasiones diferentes con las siluetas ordenadas de manera aleatoria para cada ocasión; en la primera eligen la figura actual, es decir, aquella que más se les parezca o más se aproxime a la figura corporal que tienen en se momento; y en la segunda eligen la figura ideal o aquella figura que más les gustaría tener.

Sección E: Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez-Peresmitré & Avila, 1998) está integrado por 7 factores, de los cuales se utilizaron para efecto de esta investigación

el Factor 1,2,5 y 6. Las opciones de respuesta van desde nunca hasta siempre.

Factor 1: “Conducta Alimentaria Compulsiva” consta de 14 reactivos, con una varianza explicada= 16.5% y un α = .90.

Factor 2: “Preocupación por el Peso y la Comida” consta de 9 reactivos, con una varianza explicada= 7.4% y un α = .82.

Factor 5: “Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica” consta de 5 reactivos, con una varianza explicada= 3.4% y un α = .74.

Factor 6: “Dieta crónica y restringida” consta de 8 reactivos, con una varianza explicada= 2.6% y un α = .81.

- Escala de Estrés Alimentario de Gómez-Peresmitré (2001). Compuesta por 19 reactivos en 4 Factores. Tiene 5 opciones de respuesta que van desde nunca hasta siempre, cuenta con una varianza explicada de 42.13% y Alpha General= 0.83.

Factor 1: “Estrés asociado al peso corporal y restricción alimentaria”: se evalúa a través del Factor 1 de la Escala de Estrés Factorial. Esta escala contiene 6 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde A= nunca, hasta E= siempre), con un α de .72.

Factor 2: “Salud Integral”: Se evalúa a través del Factor 2 de la Escala de Estrés Factorial. Esta escala contiene 6 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde A= nunca, hasta E= siempre), con un α de .76.

Factor 3: “Estrés y Sueño”: Se evalúa a través del Factor 3 de la Escala de Estrés Factorial. Esta escala contiene 3 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde A= nunca, hasta E= siempre), con α de .67.

Factor 4: “Respuestas fisiológicas al estrés”: Se evalúa a través del Factor 4 de la Escala de Estrés Factorial. Esta escala contiene 3 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde A= nunca, hasta E= siempre), con alpha de .57.

- Cuestionario de Expectativas del consumo de alcohol (AEQ) elaborado por Brown et al. en 1987 que mide las expectativas que el adolescente tienen acerca del consumo de alcohol. El cuestionario está compuesto por 21 reactivos en 7 Factores, tiene cuatro opciones de respuesta que son 1= muy en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo y 4= muy de acuerdo. Esta escala fue aplicada por los autores en una población de Detroit, donde obtuvo un Alpha de Cronbach de .72. En población mexicana, la escala fue utilizada, con una muestra de estudiantes de secundaria y preparatoria de la ciudad de Monterrey (2003), se reportó un Alpha de Cronbach de .74. El cuestionario se divide en 7 Factores: “El alcohol provoca cambios globales positivos”, “Cambios en la conducta social”, “Incremento en la capacidad cognoscitiva y motora”, “Incremento de la sexualidad”, “Deterioro cognoscitivo y motor”, “Incremento de la agresividad y sentimientos de poder” y “El alcohol como reductor de la tensión y relajación”.

PROCEDIMIENTO

Se acudió a Universidades públicas y privadas del D. F. solicitando la autorización correspondiente a las autoridades de los planteles para la aplicación de los instrumentos a las estudiantes. Se les informó acerca de los objetivos de la investigación así como la importancia de brindar su apoyo en la realización de la misma. Una vez obtenido el permiso por los responsables de las Escuelas, se obtuvo el Consentimiento Informado por parte de los participantes a quienes se

les señaló que la aplicación se haría en los grupos y que el manejo de los datos sería confidencial y con fines de investigación.

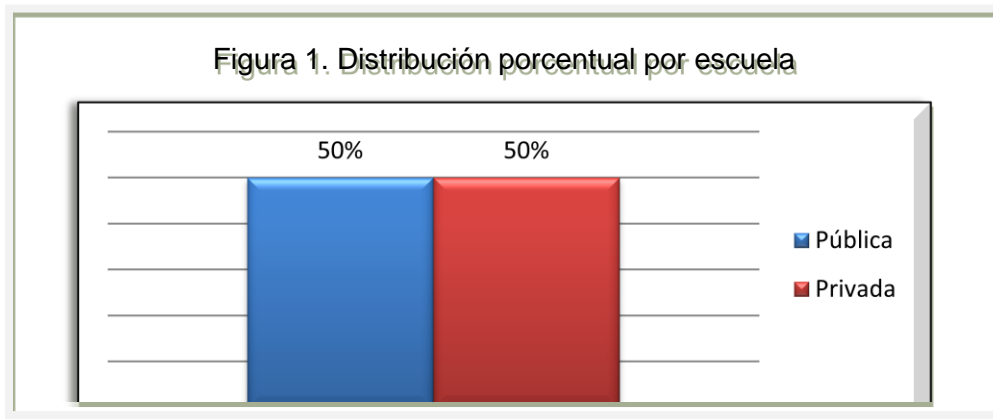
El instrumento se contestó de forma individual en los salones y durante las horas de clase; fueron aplicados por encuestadoras entrenadas para tal propósito. La aplicación de la encuesta se llevó aproximadamente 40 minutos. Las instrucciones para responder a los instrumentos se presentaron al inicio y se señaló que cualquier duda sería resuelta por las encuestadoras.

CAPÍTULO VI

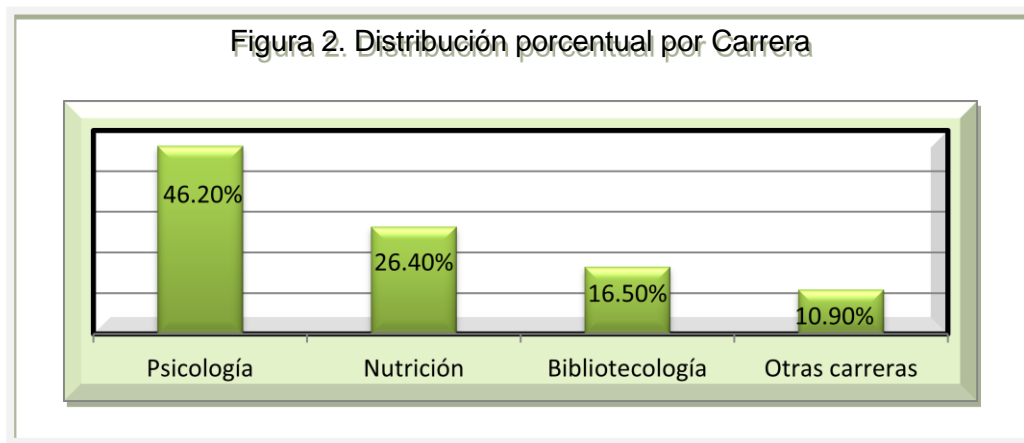
RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

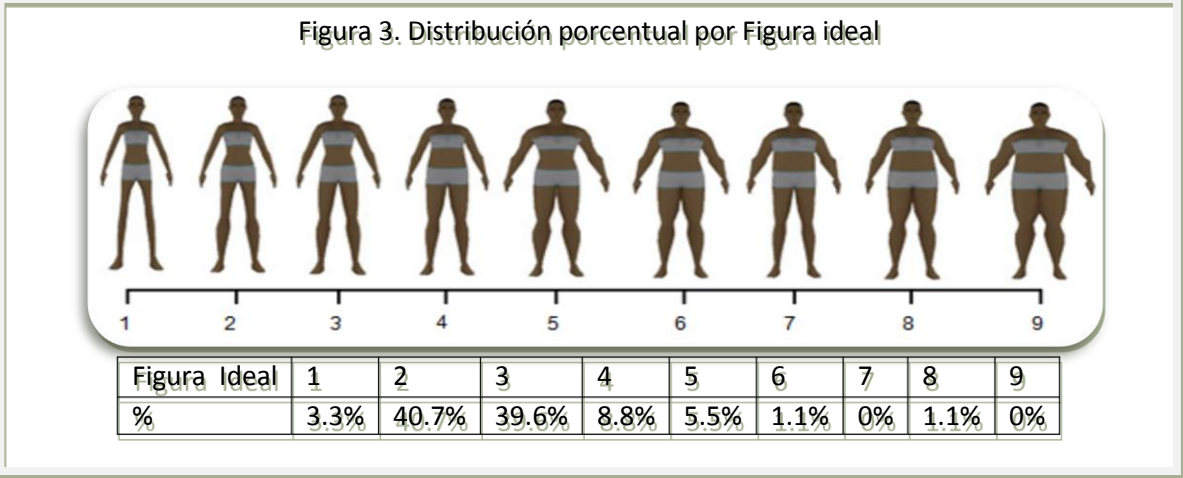
La muestra se formó por N=92 mujeres universitarias con un rango de edad de 18 a 25 años, con una $\bar{X}=21.08$ y $DE=1.86$. Como se observa en la figura 1 el 50% de la muestra corresponde a un sistema educativo Privado (n1=46) y el otro 50% de la muestra a un sistema educativo Público (n2=46).



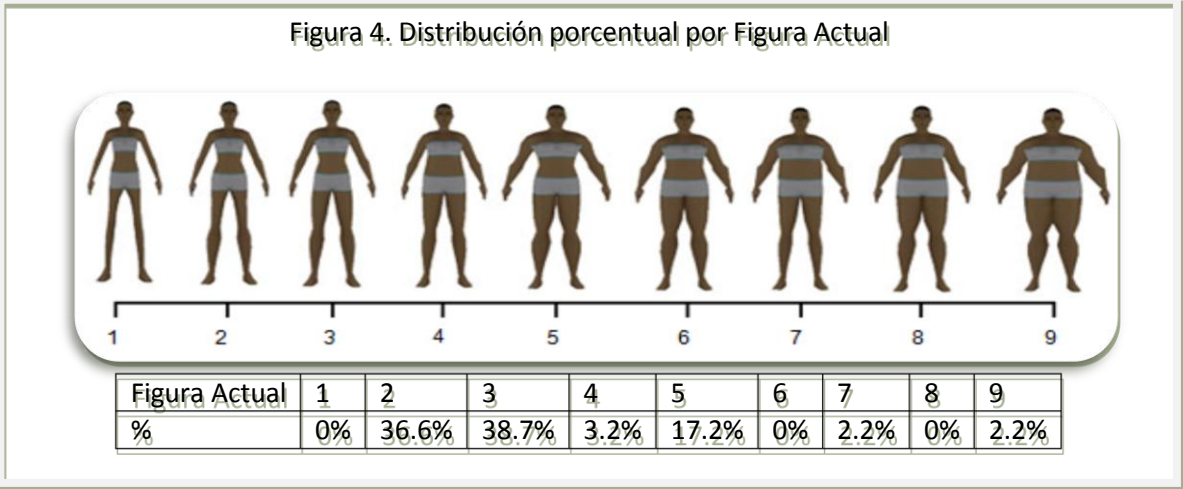
Como se observa en la figura 2 la mayoría de los participantes cursaban las carreras de Psicología (46%), Nutrición (26%) y Bibliotecología (17%).



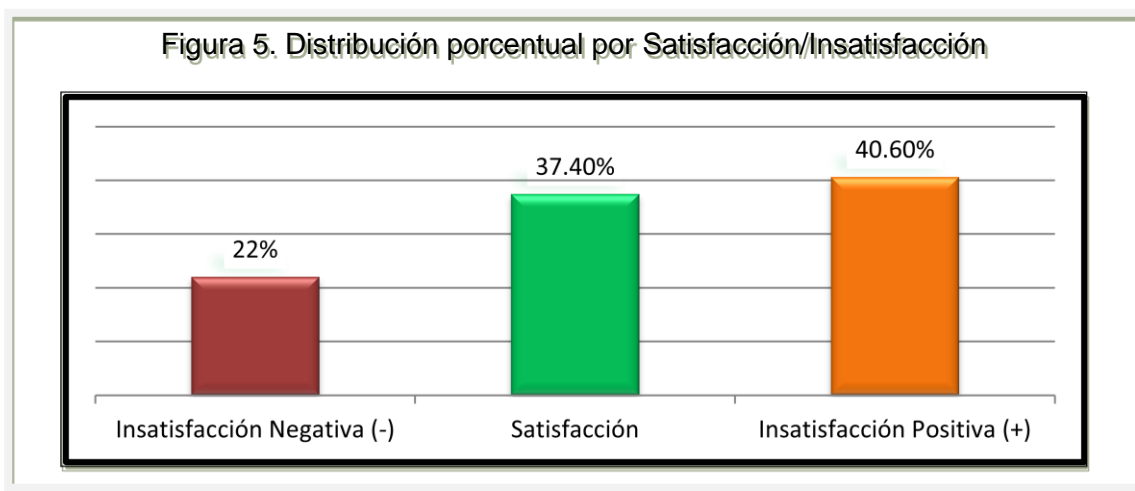
En la figura 3 se observa que la mayoría de las participantes eligieron las figuras 2 (41%) y 3 (40%) como ideal. Cabe mencionar que dichas figuras se ubican entre las más delgadas.



Como se observa en la figura, 4 en la que se expone cómo se autoperciben las participantes, los porcentajes más altos se encuentran en la figura 2 (37%) y 3 (39%), es importante destacar que las figuras 1, 6 y 8 no tuvieron selección de respuesta (0%).

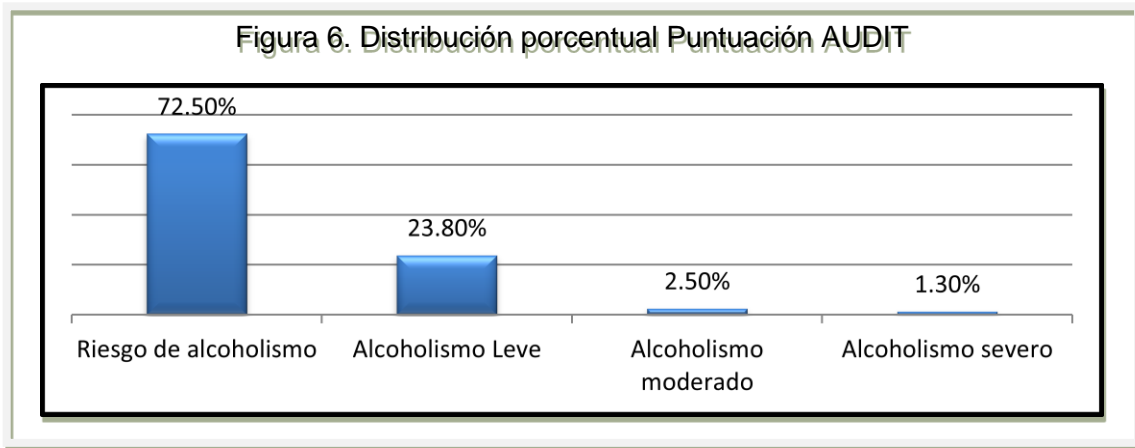


La figura 5 muestra que el 37% de las participantes estuvieron satisfechas con su imagen corporal. Con respecto a la insatisfacción se observa que el porcentaje más alto es el de insatisfacción positiva 41% (se perciben más delgadas) con respecto al porcentaje de insatisfacción negativa 22% (se perciben más gruesas). Este resultado indica que más mujeres están insatisfechas con su imagen corporal porque desean siluetas más delgadas en comparación con las mujeres que desean siluetas más gruesas.

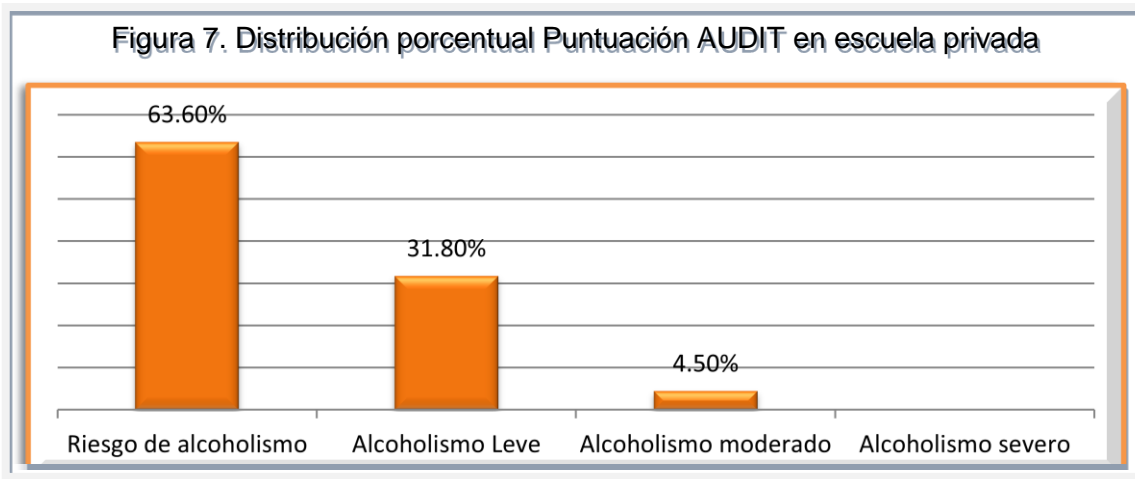


Para cumplir parcialmente el objetivo uno “detectar el consumo de alcohol que presentan las mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas” se realizaron figuras de distribución porcentual en la muestra total y por tipo de escuela. El consumo de alcohol fue medido por el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés).

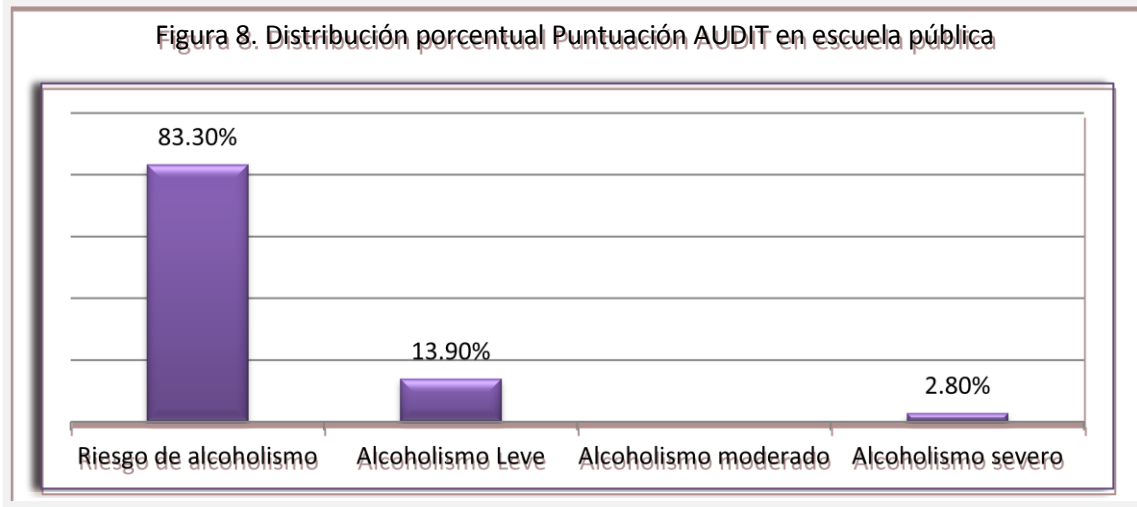
Como se observa en la figura 6 el porcentaje más alto sobre el consumo de alcohol entre las participantes se encuentra en la categoría riesgo de alcoholismo (72%), y el porcentaje más bajo en un grado severo de alcoholismo (1%).



Como se observa en la figura 7 el porcentaje más altos sobre el consumo de alcohol entre las estudiantes de escuelas privadas se encuentra en la categoría riesgo de alcoholismo (64%), es importante señalar que no se encontró alcoholismo severo (0%).



Como se observa en la figura 8 el porcentaje más alto sobre el consumo de alcohol en escuelas públicas se encuentra en riesgo de alcoholismo (83%); no se encontró alcoholismo moderado (0%) y sí un 3% de alcoholismo severo.



ESTADÍSTICAS INFERENCIALES

Para complementar el objetivo uno “comparar el consumo de alcohol que presentan las mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas”, se aplicó una prueba de comparación (t de student para muestras independientes) entre tipo de escuela: pública vs privada. En los resultados se observó una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de consumo de alcohol (AUDIT) ($t(76.65)=2.13$ $p=.037$). De acuerdo con el valor de las medias se puede observar que las mujeres de la escuela privada tienen mayor consumo de alcohol respecto a las de la escuela pública (Ver tabla 1).

Tabla 1. Consumo de alcohol en tipo de escuelas (Pública vs Privada)

	Privada	Pública	t	gl	Sig.
AUDIT	$\bar{X}=6.56$ $DE=4.8$	$\bar{X}=4.36$ $DE=4.4$	2.13	76.65	0.037

En la siguiente tabla se puede observar que los porcentajes mayores se ubican en riesgo de alcoholismo para ambos tipos de escuela. Sin embargo es importante destacar que en la escuela privada más de un tercio (36%) de la población reportó tener un problema de alcoholismo (Ver tabla 2).

Tabla 2. Tipo de escuela por categorías de consumo de alcohol (Riesgo de alcoholismo vs Alcoholismo)

	Riesgo de Alcoholismo	Alcoholismo
Escuela privada	63.6%	36.4%
Escuela pública	85.7%	14.3%

A continuación se describen las correlaciones (r de Pearson) del consumo de alcohol con los factores: Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal, factores EFRATA, Estrés alimentario y Expectativas del consumo de alcohol en la muestra total y por tipo de escuela (privada y pública).

Para alcanzar el objetivo dos “explorar la relación entre el consumo de alcohol y la Imagen Corporal (satisfacción/insatisfacción) en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas”, se indagó la relación entre el consumo de alcohol, medido por el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés) y la Insatisfacción con la Imagen Corporal. Los resultados no mostraron datos estadísticamente significativos con insatisfacción, sin embargo se detectó una relación entre el consumo de alcohol y figura ideal (correlación baja y estadísticamente significativa $r = -.224$ $p = .049$), dicha relación es negativa y se interpreta; a mayor consumo de alcohol, las mujeres prefieren siluetas más delgadas (Ver tabla 3).

Tabla 3. Correlación entre consumo de alcohol y Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal

		Insatisfacción	Figura Actual	Figura Ideal
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.059	-.085	-.224
	Sig.	.605	.456	.049

La relación entre el consumo de alcohol (AUDIT) y Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal en mujeres de escuelas privadas, no mostró datos estadísticamente significativos (Ver tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre consumo de alcohol y Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal en escuela Privada

		Insatisfacción	Figura Actual	Figura Ideal
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	-.124	-.164	-.047
	Sig.	.286	.764	.422

Respecto al análisis en la escuela pública, la relación entre el consumo de alcohol y la figura ideal ($r = -.383$ $p = .025$), tiene una correlación baja y estadísticamente significativa; dicha relación es negativa, es decir, a mayor consumo de alcohol, las mujeres prefieren siluetas más delgadas (Ver tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre consumo de alcohol y Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal en escuela Pública

		Insatisfacción	Figura Actual	Figura Ideal
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.160	-.127	-.383
	Sig.	.365	.462	.025

En lo que respecta al objetivo tres “indagar la relación entre el consumo de alcohol (AUDIT) y conductas alimentarias de riesgo (Preocupación por el peso y la comida PPyC, Dieta crónica y restringida DCyR, Conducta alimentaria compulsiva CAC y Conducta alimentaria por compensación psicológica CACP) en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas, los resultados fueron:

Se encontró una correlación baja y estadísticamente significativa ($r=.270$ $p=.016$) entre el consumo de alcohol y Preocupación por el peso y la comida, es decir, a mayor consumo de alcohol, mayor preocupación por el peso y la comida.

También se detectó una correlación baja y estadísticamente significativa ($r=.339$ $p=.003$) entre el consumo de alcohol y Conducta alimentaria compulsiva, es decir, entre mayor consumo de alcohol, mayor conducta compulsiva al comer.

Así también, se encontró una correlación baja y estadísticamente significativa ($r=.392$ $p=.000$) entre el consumo de alcohol y Conducta alimentaria por compensación psicológica, es decir, a mayor consumo de alcohol mayor compensación psicológica con respecto a su conducta alimentaria (Ver tabla 6).

Tabla 6. Correlación entre consumo de alcohol y factores de la EFRATA

		PPyC	DCyR	CAC	CACP
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.270	.127	.339	.392
	Sig.	.016	.263	.003	.000

PPyC= Preocupación por el peso y la comida, DCyR=Dieta Crónica y Restringida, CAC= Conducta Alimentaria Compulsiva, CACP= Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica.

La relación entre el consumo de alcohol (AUDIT) y los factores de EFRATA en escuelas privadas, no mostró datos estadísticamente significativos (Ver tabla 7).

Tabla 7. Correlación entre consumo de alcohol y factores de la EFRATA en escuela Privada

		PPyC	DCyR	CAC	CACP
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.196	.064	.200	.254
	Sig.	.208	.682	.210	.100

PPyC= Preocupación por el peso y la comida, DCyR=Dieta Crónica y Restringida, CAC= Conducta Alimentaria Compulsiva, CACP= Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica.

La relación entre el consumo de alcohol (AUDIT) y los factores de EFRATA en mujeres de escuelas públicas, tampoco mostró datos estadísticamente significativos (Ver tabla 8).

Tabla 8. Correlación entre consumo de alcohol y factores de la EFRATA en escuela Pública

		PPyC	DCyR	CAC	CACP
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.005	.151	.221	.194
	Sig.	.978	.379	.196	.256

PPyC= Preocupación por el peso y la comida, DCyR=Dieta Crónica y Restringida, CAC= Conducta Alimentaria Compulsiva, CACP= Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica.

Para alcanzar el objetivo cuatro “investigar la relación entre el consumo de alcohol y Estrés alimentario en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas”, se aplicó una vez más el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Con respecto a la relación entre los factores de la escala de Estrés alimentario y el consumo de alcohol (AUDIT), se encontraron significancias marginales entre los factores Salud integral ($r=.197$ $p=.084$) y Respuestas fisiológicas al estrés ($r=.208$ $p=.065$) asociados al consumo de alcohol (Ver tabla 9).

Tabla 9. Correlación entre consumo de alcohol y Estrés alimentario

		EAPCyRA	SI	ES	RFE
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.180	.197	.168	.208
	Sig.	.113	.084	.136	.065

EAPCyRA= Estrés Asociado al Peso Corporal y Restricción alimentaria, SI= Salud Integral, ES= Estrés y Sueño, RFE= Respuesta Fisiológica al Estrés.

En cuanto a la relación entre el consumo de alcohol y Estrés alimentario en mujeres de escuelas privadas, no se detectaron datos estadísticamente significativos (Ver tabla 10).

Tabla 10. Correlación entre consumo de alcohol y Estrés Alimentario en escuela Privada

		EAPCyRA	SI	ES	RFE
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.163	.111	.029	-.057
	Sig.	.298	.480	.854	.714

EAPCyRA= Estrés Asociado al Peso Corporal y Restricción alimentaria, SI= Salud Integral, ES= Estrés y Sueño, RFE= Respuesta Fisiológica al Estrés

Respecto a la relación entre nivel de consumo de alcohol y Estrés alimentario en escuela pública se encontró una correlación baja y estadísticamente significativa

entre Estrés y sueño y el nivel de consumo de alcohol ($r=.372$ $p=.025$). Es decir a mayor consumo de alcohol, mayor sensación de estrés y sueño.

Así también, se encontró una correlación media y estadísticamente significativa entre el consumo de alcohol y Respuestas fisiológicas al estrés ($r=.593$ $p=.000$), es decir, a mayor consumo de alcohol, mayor Respuestas fisiológicas al estrés (Ver tabla 11).

Tabla 11. Correlación entre consumo de alcohol y Estrés Alimentario en escuela Pública

		EAPCyRA	SI	ES	RFE
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.080	.271	.372	.593
	Sig.	.643	.115	.025	.000

EAPCyRA= Estrés Asociado al Peso Corporal y Restricción alimentaria, SI= Salud Integral, ES= Estrés y Sueño, RFE= Respuesta Fisiológica al Estrés

Con referencia al objetivo cinco “estudiar la relación entre el consumo de alcohol y las expectativas del consumo de alcohol en mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas”, se detectaron correlaciones bajas entre la puntuación del AUDIT (consumo de alcohol) con el Alcohol provoca cambios positivos globales ($r=.381$ $p=.001$), Incremento de la capacidad cognitiva y motora ($r=.223$ $p=.051$), Incremento en la sexualidad ($r=.255$ $p=.025$) y el Alcohol como reductor de la tensión y relajación ($r=.349$ $p=.002$). Así también, se encontró una correlación media y estadísticamente significativa ($r=.555$ $p=.001$) entre nivel de consumo de alcohol y Cambios en la conducta social, es decir a mayor consumo de alcohol, mayor cambio en la conducta social (Ver tabla 12).

Tabla 12. Correlación entre consumo de alcohol y Expectativas del consumo de alcohol

		APCPG	CCS	ICCyM	IS	DCyM	IAySP	ARTyR
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.381	.555	.223	.255	-.010	.027	.349
	Sig.	.001	.001	.051	.025	.933	.813	.002

APCPG= Alcohol Provoca Cambios Positivos Globales, CCS= Cambios en la Conducta Social, ICCyM= Incremento en la Capacidad Cognitiva y Motora, IS= Incremento de la Sexualidad, DCyM= Deterioro Cognitivo y Motor, IAySP= Incremento de la Agresividad y Sentimientos de Poder, ARTyR= Alcohol como Reductor de la Tensión y Relajación.

Al explorar la relación entre el consumo de alcohol y el Cuestionario de Expectativas del consumo de alcohol en escuelas privadas se detectaron correlaciones bajas entre la puntuación del AUDIT con el Alcohol provoca cambios positivos globales ($r=.328$ $p=.032$) y el Alcohol como reductor de la tensión y relajación ($r=.307$ $p=.045$). Así también, se encontró una correlación media y estadísticamente significativa ($r=.555$ $p=.000$) entre nivel de consumo de alcohol y Cambios en la Conducta Social (Ver tabla 13).

Tabla 13. Correlación entre consumo de alcohol y Expectativas del consumo de Alcohol en escuela Privada

		APCPG	CCS	ICCyM	IS	DCyM	IAySP	ARTyR
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.328	.555	.219	.194	-.072	-.091	.307
	Sig.	.032	.000	.163	.219	.652	.563	.045

APCPG= Alcohol Provoca Cambios Positivos Globales, CCS= Cambios en la Conducta Social, ICCyM= Incremento en la Capacidad Cognitiva y Motora, IS= Incremento de la Sexualidad, DCyM= Deterioro Cognitivo y Motor, IAySP= Incremento de la Agresividad y Sentimientos de Poder, ARTyR= Alcohol como Reductor de la Tensión y Relajación.

La relación entre nivel de consumo de alcohol y el Cuestionario de Expectativas del consumo de alcohol en escuela pública, presenta correlaciones bajas y estadísticamente significativas entre la puntuación del AUDIT con el Alcohol provoca cambios positivos globales ($r=.361$ $p=.030$) y Cambios en la conducta social ($r=.470$ $p=.004$). También se encontró una significancia marginal en la

correlación consumo de alcohol y el Alcohol como reductor de la tensión y relajación ($r=.313$ $p=.071$) (Ver tabla 14).

Tabla 14. Correlación entre consumo de alcohol y Expectativas del consumo de Alcohol en escuela Pública

		APCPG	CCS	ICCyM	IS	DCyM	IAySP	ARTyR
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	.361	.470	.135	.280	-.070	.098	.313
	Sig.	.030	.004	.439	.098	.696	.568	.071

APCPG= Alcohol Provoca Cambios Positivos Globales, CCS= Cambios en la Conducta Social, ICCyM= Incremento en la Capacidad Cognitiva y Motora, IS= Incremento de la Sexualidad, DCyM= Deterioro Cognitivo y Motor, IAySP= Incremento de la Agresividad y Sentimientos de Poder, ARTyR= Alcohol como Reductor de la Tensión y Relajación.

Se anexaron 4 reactivos con connotaciones negativas hacia las expectativas del consumo de alcohol con la finalidad de explorar dichas expectativas. El coeficiente de correlación de Pearson no muestra resultados significativos (Ver tabla 15).

Tabla 15. Correlación entre consumo de alcohol y reactivos anexos

		Reactivos anexos
AUDIT	<i>r</i> de Pearson	-.088
	Sig.	.451

Con el propósito de explorar diferencias entre estudiantes de escuelas públicas y escuelas privadas se aplicó un análisis complementario (t de student para muestras independientes) para detectar las diferencias en las variables Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal, EFRATA, Estrés alimentario y Expectativas del consumo de alcohol.

La comparación entre tipo de escuelas (pública y privada) con respecto a Imagen corporal mostró una diferencia estadísticamente significativa ($t(87.7)=-1.99$ $p=.050$). Con base en el valor de las medias se observa que las estudiantes de

escuela privada elijen siluetas más delgadas como figura ideal que las de escuela pública (Ver tabla16).

Tabla 16. Imagen corporal en tipo de escuelas (Pública vs Privadas)

	Privada	Pública	t	gl	Sig.
Insatisfacción	$\bar{X}=.56$ $DE=1.61$	$\bar{X}=.22$ $DE=1.52$	1.02	87.3	.310
Figura Actual	$\bar{X}=3.15$ $DE=1.46$	$\bar{X}=3.26$ $DE=1.49$	-.353	83.7	.725
Figura Ideal	$\bar{X}=2.58$ $DE=.88$	$\bar{X}=3.04$ $DE=1.25$	-1.99	87.7	.050

De igual forma se compararon los factores de la EFRATA por tipo de escuela. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable Preocupación por el peso y la comida ($t(77.29)=3.62$ $p=.001$). El valor de las medias indica que las mujeres de las escuelas privadas se preocupan más por el peso y la comida que las de la escuela pública.

Así también, se encontraron resultados estadísticamente significativos en el factor Conducta alimentaria por compensación psicológica ($t(63.45)=3.48$ $p=.001$). Con base en el valor de las medias se puede determinar que las mujeres de escuelas privadas tienden a manifestar más conducta alimentaria por compensación psicológica que las de la escuela pública (Ver tabla 17).

Tabla 17. EFRATA por tipos de escuelas (Pública vs Privada)

	Privada	Pública	t	gl	Sig.
PPyC	$\bar{X}=1.76$ $DE=.53$	$\bar{X}=1.41$ $DE=.36$	3.62	77.29	.001
DCyR	$\bar{X}=1.29$ $DE=.42$	$\bar{X}=1.19$ $DE=.23$	1.31	68.11	.194
CAC	$\bar{X}=1.52$ $DE=.52$	$\bar{X}=1.37$ $DE=.34$	1.65	72.28	.101
CACP	$\bar{X}=1.85$ $DE=.77$	$\bar{X}=1.40$ $DE=1.4$	3.48	63.45	.001

PPyC= Preocupación por el peso y la comida, DCyR=Dieta Crónica y Restringida, CAC= Conducta Alimentaria Compulsiva, CACP= Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica.

La comparación entre tipo de escuela con referencia a la escala de Estrés alimentario no arrojó datos estadísticamente significativos (Ver tabla18).

Tabla 18. Estrés alimentario por tipos de escuela (Pública vs Privada)

	Privada	Pública	t	gl	Sig.
EAPCyRA	$\bar{X}=1.25$ $DE=.36$	$\bar{X}=1.13$ $DE=.34$	1.70	87.28	.092
SI	$\bar{X}=1.96$ $DE=.69$	$\bar{X}=1.77$ $DE=.56$	1.36	83.71	.176
ES	$\bar{X}=1.98$ $DE=.69$	$\bar{X}=1.98$ $DE=.56$	.002	87.69	.999
RFE	$\bar{X}=1.27$ $DE=.52$	$\bar{X}=1.30$ $DE=.50$	-.264	88.96	.792

EAPCyRA= Estrés Asociado al Peso Corporal y Restricción alimentaria, SI= Salud Integral, ES= Estrés y Sueño, RFE= Respuesta Fisiológica al Estrés

Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las expectativas que tienen las mujeres de las escuelas públicas y privadas en cuanto al consumo de alcohol. Las diferencias fueron: el Alcohol provoca cambios

positivos globales ($t(86.62)=2.82$ $p=.006$), Cambios en la conducta social ($t(85.94)=4.16$ $p=.000$), Incremento de la capacidad cognitiva y motora ($t(84.53)=2.53$ $p=.013$) y el Alcohol como reductor de la tensión y relajación ($t(83.15)=2.91$ $p=.005$). De acuerdo con el valor de las medias se puede observar que las mujeres de escuelas privadas perciben más positivas estas expectativas que las de las escuelas públicas (Ver tabla19).

Tabla 19. Expectativas del consumo de alcohol por tipos de escuelas (Públicas vs Privadas)

	Privada	Pública	t	gl	Sig.
APCPG	$\bar{X}=1.93$ $DE=.61$	$\bar{X}=1.58$ $DE=.56$	2.82	86.62	.006
CCS	$\bar{X}=2.54$ $DE=.72$	$\bar{X}=1.89$ $DE=.73$	4.16	85.94	.000
ICCyM	$\bar{X}=1.63$ $DE=.41$	$\bar{X}=1.40$ $DE=.43$	2.53	84.53	.013
IS	$\bar{X}=2.00$ $DE=.65$	$\bar{X}=1.74$ $DE=.68$	1.75	85.99	.082
DCyM	$\bar{X}=3.39$ $DE=.50$	$\bar{X}=1.74$ $DE=.68$	2.19	73.55	.031
IAYSP	$\bar{X}=2.38$ $DE=.60$	$\bar{X}=2.21$ $DE=.46$	1.53	82.70	.128
ARTyR	$\bar{X}=2.50$ $DE=.61$	$\bar{X}=2.07$ $DE=.74$	2.91	83.15	.005
RA	$\bar{X}=2.66$ $DE=.52$	$\bar{X}=2.72$ $DE=.71$	-.436	78.85	.664

APCPG= Alcohol Provoca Cambios Positivos Globales, CCS= Cambios en la Conducta Social, ICCyM= Incremento en la Capacidad Cognitiva y Motora, IS= Incremento de la Sexualidad, DCyM= Deterioro Cognitivo y Motor, IAYSP= Incremento de la Agresividad y Sentimientos de Poder, ARTyR= Alcohol como Reductor de la Tensión y Relajación.

Así también, se aplicó un análisis de comparación (t de Student para muestras independientes) entre dos grupos formados con base en las categorías de

consumo de alcohol (Riesgo de ser bebedor vs Bebedores) explorando las variables: Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal, EFRATA, Estrés alimentario y Expectativas del consumo de alcohol.

Para formar la categoría de Bebedores se agruparon las participantes que puntuaron en las categorías consumo leve y moderado. La categoría de Riesgo de ser bebedor se mantuvo intacta. En la primera comparación entre las categorías de consumo de alcohol con referencia a la Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal no se detectaron datos estadísticamente significativos (Ver tabla 20).

Tabla 20. Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal en categorías de consumo de alcohol (Riesgo de ser bebedor vs Bebedores)

	Riesgo de ser bebedor	Bebedores	t	gl	Sig.
Insatisfacción	$\bar{X}=.33$ $DE=1.59$	$\bar{X}=.14$ $DE=1.35$	.50	75	.619
Figura Actual	$\bar{X}=3.18$ $DE=1.44$	$\bar{X}=2.71$ $DE=.90$	1.40	77	.163
Figura Ideal	$\bar{X}=2.85$ $DE=.90$	$\bar{X}=2.57$ $DE=.97$	1.20	75	.231

En la comparación entre las categorías Riesgo de ser bebedor vs Bebedores con referencia a los factores de la EFRATA, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la variable Conducta alimentaria compulsiva ($t(28.16)=-2.30$ $p=.030$). De acuerdo con el valor de las medias se puede observar que las mujeres consideradas dentro de la categoría de Bebedores muestran mayor conducta compulsiva al comer que las mujeres que se encuentran en Riesgo de ser bebedor.

Así también se encontraron resultados estadísticamente significativos en el factor Conducta alimentaria por compensación psicológica ($t(36.03)=-3.01$ $p=.005$). Con base en el valor de las medias se puede determinar que las mujeres dentro de la categoría de Bebedores presentan más conducta alimentaria por compensación psicológica que las que se encuentran en Riesgo de ser bebedor (Ver tabla 21).

Tabla 21. EFRATA en categorías de consumo de alcohol (Riesgo de ser bebedor vs Bebedores)

	Riesgo de ser bebedor	Bebedores	t	gl	Sig.
PPyC	$\bar{X}=1.56$ DE=.44	$\bar{X}=1.83$ DE=.60	-1.89	28.16	.068
DCyR	$\bar{X}=1.24$ DE=.37	$\bar{X}=1.30$ DE=.33	-.655	76	.515
CAC	$\bar{X}=1.38$ DE=.40	$\bar{X}=1.69$ DE=.52	-2.30	25.47	.030
CACP	$\bar{X}=1.53$ DE=.64	$\bar{X}=2.02$ DE=.63	-3.01	36.03	.005

PPyC= Preocupación por el peso y la comida, DCyR=Dieta Crónica y Restringida, CAC= Conducta Alimentaria Compulsiva, CACP= Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica.

La comparación entre las categorías de los diferentes consumos de alcohol con referencia a la escala de Estrés alimentario no arrojó datos estadísticamente significativos (ver tabla 22).

Tabla 22. Estrés alimentario en categorías de consumo de alcohol (Riesgo de ser bebedor vs Bebedores)

	Riesgo de ser bebedor	Bebedores	t	gl	Sig.
EAPCyRA	$\bar{X}=1.17$ $DE=.31$	$\bar{X}=1.22$ $DE=.35$	-.566	76	.573
SI	$\bar{X}=1.88$ $DE=.68$	$\bar{X}=1.94$ $DE=.58$	-.381	75	.705
ES	$\bar{X}=2.04$ $DE=.77$	$\bar{X}=1.92$ $DE=.84$	.592	77	.556
RFE	$\bar{X}=1.28$ $DE=.47$	$\bar{X}=1.18$ $DE=.35$	.842	76	.402

EAPCyRA= Estrés Asociado al Peso Corporal y Restricción alimentaria, SI= Salud Integral, ES= Estrés y Sueño, RFE= Respuesta Fisiológica al Estrés.

En la comparación entre las categorías Riesgo de ser bebedor vs Bebedores con referencia a las Expectativas del consumo de alcohol se encontraron cambios significativos en: Cambios en la conducta social ($t(50.65)=-5.76$ $p=.000$), Incremento de la sexualidad ($t(40.99)=-2.15$ $p=.037$) y el Alcohol como reductor de la tensión y relajación ($t(38.54)=-3.09$ $p=.004$). De acuerdo con el valor de las medias se puede observar que las mujeres consideradas dentro de la categoría de Bebedores perciben más positivas estas expectativas que las mujeres con Riesgo de ser Bebedor (Ver tabla 23).

Tabla 23. Expectativas del consumo de alcohol en categorías de consumo de alcohol (Riesgo de ser bebedor vs Bebedores)

	Riesgo de ser bebedor	Bebedores	t	gl	Sig.
APCPG	$\bar{X}=1.75$ $DE=.59$	$\bar{X}=1.98$ $DE=.64$	-1.48	76	.142

CCS	$\bar{X}=2.06$ DE=.73	$\bar{X}=2.93$ DE=.52	-5.76	50.65	.000
ICCyM	$\bar{X}=1.52$ DE=.44	$\bar{X}=1.62$ DE=.45	-.856	74	.395
IS	$\bar{X}=1.84$ DE=.69	$\bar{X}=2.19$ DE=.60	-2.15	40.99	.037
DCyM	$\bar{X}=3.27$ DE= .68	$\bar{X}=3.41$ DE=.56	-.843	73	.402
IAySP	$\bar{X}=2.29$ DE=.57	$\bar{X}=2.31$ DE=.46	-.177	76	.860
ARTyR	$\bar{X}=2.20$ DE=.70	$\bar{X}=2.71$ DE=.60	-3.09	38.54	.004
RA	$\bar{X}=2.74$ DE=.65	$\bar{X}=2.65$ DE=.62	.548	73	.585

APCPG= Alcohol Provoca Cambios Positivos Globales, CCS= Cambios en la Conducta Social, ICCyM= Incremento en la Capacidad Cognitiva y Motora, IS= Incremento de la Sexualidad, DCyM= Deterioro Cognitivo y Motor, IAySP= Incremento de la Agresividad y Sentimientos de Poder, ARTyR= Alcohol como Reductor de la Tensión y Relajación.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general del presente estudio fue explorar la relación entre el consumo de alcohol y variables relacionadas con imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo, estrés alimentario y expectativas del consumo de alcohol en mujeres estudiantes universitarias de escuelas privadas y públicas.

El objetivo específico uno fue detectar y comparar el consumo de alcohol que presentan las mujeres estudiantes de licenciatura de escuelas públicas y privadas; para poder explicarlo se aplicó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés). Se encontró que el 73% de las participantes reportan el nivel de riesgo más bajo de alcoholismo, indicador de que se mantiene un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor y para los demás de acuerdo con los criterios de la OMS (2011).

En la comparación por tipo de escuela se encontró que las mujeres de escuelas privadas tienen una ingesta mayor respecto a las mujeres de escuelas públicas, estos resultados pueden encontrar sustento con los estudios relacionados entre el consumo de alcohol y la disponibilidad de recursos económicos, que sugieren que a mayor estrato socioeconómico, mayor consumo (Cicua et al., 2007; Malagón, Restrepo & Sarmiento, 1997). A nivel mundial la incorporación de la mujer en la cultura de consumo de alcohol incrementó principalmente en poblaciones urbanas y se asocia con el cambio de roles que permite a la mujer contar con una mayor disponibilidad de recursos económicos (Medina-Mora, Rojas, Juárez, Berenzon, Carreño & Galván, 1993; OMS, 1993). Medina-Mora (2002) afirma en un estudio realizado con mujeres que trabaja que a mayor nivel de escolaridad mayor consumo de alcohol, tendencia que es evidente, sobre todo en la población adolescente (Medina-Mora, 2002).

La insatisfacción con la imagen corporal (IC) es una de las variables más importantes en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria y constituye el común denominador de estos. La insatisfacción corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte de una cultura; la IC es consecuencia de la discrepancia existente entre cuerpo percibido y el cuerpo ideal (Gómez Pérez-Mitre, 1993; Toro, 2004).

Al explorar el objetivo dos se encontró que en la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal, la mayoría de las participantes del presente estudio (63%) se encuentran Insatisfechas con su propia imagen; el 41% de las mujeres insatisfechas desean siluetas más delgadas; por otro lado el 22% de las mujeres insatisfechas desean siluetas más gruesas. Cabe señalar que solo el 37% de mujeres están satisfechas con su imagen corporal. Estos resultados coinciden con estudios anteriores realizados por Cortés, Saucedo y Cortés (2008) quienes encontraron que en el 82% de la mujeres están insatisfechas; el 57% quiere estar más delgada y el 25% más robusta.

Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) obtuvieron resultados similares en los que el 79% de las mujeres están insatisfechas con su propia imagen; el 70% desea estar más delgada y el 9% más robusta; y solo el 21% de las mujeres se encuentra satisfechas con su propia imagen. Este fenómeno también se encontró en mujeres de 15 a 18 años, donde el 70% están insatisfechas con su propia imagen; el 49% quiere estar más delgada y el 21% desean siluetas más gruesas, solo el 30% de las mujeres se encuentran satisfechas con su imagen corporal (Acosta & Gómez Peresmitré, 2003).

El resultado anterior puede encontrar una explicación si se toma en cuenta el vínculo entre las presiones socioculturales que fomentan la interiorización del ideal de delgadez y la insatisfacción corporal o la distorsión de la imagen corporal (Groesz et al., 2002; Polivy & Herman, 2002). Los estudios experimentales

muestran cómo la exposición a las imágenes de delgadez transmitidas por los medios y la presión interpersonal para ser delgada, incrementan la insatisfacción con el propio cuerpo (Hawkins et al., 2004; Turner et al., 1997).

Por otra parte, no se encontró relación entre insatisfacción de la imagen corporal y nivel de consumo de alcohol; sin embargo se encontró una relación estadísticamente significativa entre mayor nivel de consumo de alcohol y la elección de siluetas muy delgadas como ideal, únicamente en las estudiantes pertenecientes a las escuelas públicas. Este resultado puede ser explicado por lo que sugieren Moreno y Thelen, (1995) y Wiseman et al., (1998), y se refiere a que las adolescentes frecuentemente utilizan estrategias extremas para perder peso como la práctica de dietas estrictas o el vómito auto inducido para bajar o controlar el peso, que pueden conducir a la gestación y desarrollo de anomalías en la conducta alimentaria, e incluso en algunas ocasiones ser un incentivo para iniciar o incrementar el consumo de drogas como el alcohol y el tabaco.

También se encontró que las mujeres de las escuelas privadas prefieren siluetas más delgadas como ideal que las mujeres de escuelas públicas. El resultado anterior puede encontrar explicación en los estudios sobre los diversos factores socioculturales que influyen en la percepción de la imagen corporal (IC) y explican que a mayor nivel socioeconómico y de conocimientos, se presenta una mayor incidencia de la imagen corporal personal distorsionada (ICPD) (Guinn et al., 1997; Puhl & Brownell, 2003).

Estar insatisfecho con la propia IC actúa como un factor de desadaptación social ya que influye en la autoestima y puede llevar al aislamiento social, y desde luego, conducir a conductas que de otra manera no se llevarían a cabo, por ejemplo, hacer dietas restrictivas, ejercicio excesivo o recurrir a cualquiera de las conductas compensatorias, dando como resultado la alteración de la IC aunada a la satisfacción/insatisfacción del cuerpo (Gómez-Peresmitré, 2001).

Para sustentar el objetivo tres, los resultados encontrados al explorar las relaciones entre el consumo de alcohol (AUDIT) y los factores de la EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios): preocupación por el peso y la comida (PPyC), dieta crónica y restringida (DCyR), conducta alimentaria compulsiva (CAC) y conducta alimentaria por compensación psicológica (CACP), determinan que existe una relación estadísticamente significativa entre mayor consumo de alcohol con PPyC, CAC y CACP, que se puede traducir en una relación entre un nivel consumo elevado de alcohol y mayor atención hacia formas, hábitos y costumbres respecto a su alimentación, de manera desordenada, excesiva y descontrolada; así como factores psicosociales que engloban variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, por el miedo a subir de peso y a comer “de más” e interés por el control de peso, aunado a la ingesta no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar sensaciones displacenteras (Gómez-Peresmitré & Avila, 1998).

Behar, Cordero y Leiva (1998) encontraron que los comportamientos bulímicos y la preocupación constante por los alimentos (Factor III del EAT-40), se presentaron tanto en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria como en aquellos con abuso y dependencia al alcohol. Así mismo Dohm, Striegel-Moore, Wilfley, Pike, Hook, y Fairburn (2002) han señalado que elevadas cifras de auto-daño y uso de sustancias, incluido abuso de alcohol, pueden estar relacionados no solamente al diagnóstico de bulimia nerviosa sino también al trastorno por atracón.

Los datos del presente estudio, así como los de Behar et al (1998), y Dohm et al. (2002) permiten observar una estrecha relación entre sintomatología de bulimia y el consumo de alcohol, como evidencia que vincula el consumo de alcohol y los atracones al pobre autocontrol general, la lucha con el autocontrol y alto énfasis en la preocupación emocional y cognitiva (Ricciardelli, Williams & Finemore, 2001).

Higuchi, Suzuki, Yamada, Parrish y Kono (1993) indican la existencia de una "personalidad adictiva" común en pacientes con patologías alimentarias y alcoholismo, ya que la conducta es similar en el atracón y en el beber en términos de una pérdida de control y sensación de compulsión.

En la comparación por escuelas, los factores de la EFRATA mostraron que las mujeres de escuelas privadas ponen más énfasis en la conducta alimentaria por compensación psicológica y la preocupación por el peso y la comida, en comparación con las de escuelas públicas; lo anterior indica que las mujeres de estratos socioeconómicos mayores muestran mayor problemática con estos factores. Tienen un interés mayor a los factores psicosociales que engloban variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, el miedo a subir de peso y a comer "de más", interés por el control de peso a través de ingesta alimentaria restrictiva, así como la ingesta no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, con la finalidad de atenuar sensaciones displacenteras (Gómez-Peresmitré & Ávila, 1998).

También se realizó un análisis complementario en el que se encontró que las mujeres consideradas dentro de la alta ingesta de alcohol muestran mayor conducta compulsiva al comer y tienden a manifestar más conducta alimentaria por compensación psicológica que las que se encuentran en riesgo de alcoholismo. Este resultado confirma la existencia de una "personalidad adictiva" común en pacientes con patologías alimentarias y alcoholismo, ya que la conducta es similar en el atracón y en el beber, en términos de una pérdida de control y sensación de compulsión (Higuchi et al., 1993).

En cuanto el objetivo cuatro, no se encontró una relación entre el nivel de alcohol y el estrés alimentario. Cabe mencionar que se detectaron correlaciones estadísticamente marginales entre nivel de consumo con Salud Integral ($p=.084$) y Respuesta Fisiológicas al Estrés ($p=.065$). Al realizar el análisis por tipo de

escuela se encontró que las mujeres de escuelas públicas si mostraron una relación entre estrés alimentario con; 1) estrés y sueño y 2) respuestas fisiológicas al estrés, lo cual demuestra que con mayor ingesta de alcohol mayor sensación de respuesta fisiológicas al estrés. Con respecto a las mujeres de escuelas privadas no se detectaron correlaciones significativas.

Dentro de la interacción social y el poder ser aceptado por uno o diferentes grupos sociales, se encuentran facilitadores sociales para poder encajar; por una parte están los estereotipos y por otra parte el consumo de alcohol y otras drogas, y el estar en constante interacción con estos facilitadores sociales conduce a que las personas quieran hacer uso de ellos para encajar más fácil en un grupo de pertenencia. Socialmente, la conducta dietante asociada al uso de sustancias como el alcohol y las drogas está bien vista en el grupo de jóvenes, lo que hace más difícil la motivación al cambio (Poulisis, 2011; Villarino, 2012).

Al explorar el quinto objetivo, la relación entre expectativas hacia el alcohol y su nivel de consumo, se detectaron relaciones entre el consumo de alcohol y los factores: el Alcohol provoca cambios positivos globales, Cambios en la conducta social, Incremento en la capacidad cognoscitiva y motora, Incremento en la sexualidad y el Alcohol como reductor de la tensión y la relajación. Todos estos son reforzadores en las mujeres de escuelas públicas y privadas para ejercer el consumo de alcohol y exceder algunas veces la cantidad de ingesta. Ello concuerda con estudios relacionados que determinan que la juventud como regla general no asocia el consumo de alcohol con problemas que de él puedan derivarse; esperan del alcohol cambios positivos. Poulisis (2011) señala que las personas suelen comentar que el alcohol les otorga una sensación de comodidad frente a los demás, que les permite expresarse y desinhibirse, y a su vez no creen que tenga consecuencias negativas. Esto influye considerablemente en un mayor consumo durante los fines de semana, cuando tienen lugar las salidas nocturnas.

Se considera que el desarrollo de las expectativas comienza con una serie de creencias globales, difusas e indiferenciadas sobre los efectos del alcohol, que tienden a incrementarse con la edad, la experiencia con el alcohol y la exposición familiar, social y cultural de las creencias acerca del alcohol, las cuales constituyen las fuentes primarias de aprendizaje de esta sustancia (Miller et al., 1992; Reese et al., 1994; Reidl et al., 2012). Respecto a las expectativas hacia el consumo de alcohol, las mujeres que pertenecen a escuelas privadas presentan mayor porcentaje en las creencias de que el alcohol provoca cambios positivos globales, cambios en la conducta social y efectos reductores de la tensión y relajación. Por su parte, las mujeres de las escuelas públicas sólo presentan dos expectativas con mayor interés: el alcohol provoca cambios positivos globales y cambios en la conducta social, estas expectativas se distinguen por favorecer el consumo de alcohol y el nivel de este consumo.

Por último, al realizar un análisis de comparación entre los grupos de distintos niveles de alcoholismo, se encontró que las mujeres consideradas bebedoras presentan mayor problemática, en comparación de las mujeres que aun se ubican en riesgo de ser bebedoras, las diferencias se detectaron en las siguientes expectativas hacia el consumo de alcohol: cambios en la conducta social, Incremento en la sexualidad y el alcohol como reductor de la tensión y relajación.

Con base en los resultados se puede concluir que:

-El consumo de alcohol en estudiantes de 18 a 25 años es frecuente, sin embargo se mantiene en un nivel de riesgo de alcoholismo: es decir, aunque consumen a menudo, la ingesta de alcohol es en cantidades moderadas.

-Las estudiantes de escuelas privadas consumen más alcohol respecto a las estudiantes de escuelas públicas.

-La insatisfacción con la imagen corporal entre las estudiantes es alta (63%). La mayoría están insatisfechas porque desean siluetas más delgadas (41%).

-En las estudiantes de escuelas públicas se detectó una relación entre el consumo de alcohol y el ideal de figuras delgadas, esta relación se puede interpretar de la siguiente manera: a mayor consumo de alcohol mayor preferencia de figuras delgadas como ideal. Cabe mencionar que no se puede determinar una relación de causalidad debido a la metodología (no experimental y no prospectiva) utilizada.

-La sintomatología asociada a bulimia (conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria por compensación psicológica) y consumo de alcohol están estrechamente relacionadas con la pérdida de control y sensación de compulsión.

-Las estudiantes de escuelas privadas realizan más conducta alimentaria por compensación psicológica y están más preocupadas por el peso y la comida que las estudiantes de escuelas públicas.

-Las mujeres con alta ingesta de alcohol tienden a manifestar mayor conducta alimentaria por compensación psicológica y muestran conducta compulsiva al comer que las mujeres en riesgo de alcoholismo.

-Existen algunas diferencias en expectativas positivas hacia el consumo de alcohol entre las estudiantes de escuelas públicas y privadas. Así también se detectó una relación entre las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol y su ingesta.

-Las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol y su ingesta, se presentan con mayor medida en las mujeres con un nivel elevado de alcoholismo respecto a las mujeres con riesgo de alcoholismo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones de esta investigación es el hecho de no poder generalizar los resultados obtenidos a la población de mujeres estudiantes de licenciatura ya que la muestra es pequeña, no probabilística y es un estudio exploratorio. Por lo tanto se sugiere replicar el estudio en muestras probabilísticas mayores con el fin de generalizar los resultados en la población de estudio.

Por otra parte se sugiere aplicar el estudio en población masculina para explorar el comportamiento de las variables de estudio en dicha población.

Así también se sugiere aplicar el estudio a mujeres y hombres de diferentes grupos de edad, diferentes grados de estudio, profesión, ocupación y nivel socioeconómico.

REFERENCIAS

- Acosta, M.V. & Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- Aguado, J.C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. México: UNAM.
- Alonso-Fernández, F. (1996). *Las otras drogas. Alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo*. Madrid: Temas de hoy.
- Amaro González, G., & Grullón Espinal, M.A. (2000). El alcoholismo en las Antillas Holandesas. Resultados de un modelo de intervención. *Adicciones*, 12(3).
- American Psychological Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2004). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* Washington, DC: American Psychological Association.

- Anicama, J. (1993). *Drogas: producción, comercialización, prevención, control y rehabilitación: Memorias V Seminario Internacional*. Lima: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
- Anicama, J. (1998). Metas Educativas y Problemas Psicosociales Críticos en el Perú: drogas y violencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 1, 105-116.
- Anicama, J. (2002). Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva. En A.Z. Martínez-Vargas (Ed). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud* (pp.94-129). Lima: CEDRO.
- Anicama, J., & Martínez-Vargas, A. (2001). *Impacto de los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de la conducta adictiva*. Lima: CEDRO.
- Arrivillaga, M., Salazar, I., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Ayensa, B. & Ignacio, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal?. *Cuadernos del Marqués de San Adrián. Revista de Humanidades*, (2), 53-70.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol, pautas para su utilización en atención primaria*. España: OMS-Generalitat Valenciana.
- Baile, A. (2002). ¿Qué es la imagen corporal?. Recuperado de: http://uned.es/catudela/revista/n002/baile_ayensa.htm

- Balaguer, I., & Pastor, Y. (2001). Un estudio acerca de la relación entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media. *Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada*, 11-18.
- Baños, R., Botella, C. & Perpiña, C. (2000). *Imagen corporal en los Trastornos Alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de la realidad virtual*. España: Promolibro.
- Becoña, E., Vázquez, F.L., & Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la salud: Antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: L.A. Oblitas & E. Becoña (Eds.). *Psicología de la Salud* (pp.11-52). México: Plaza y Valdés.
- Behar, R., Cordero, A., & Leiva, X. (1998). Trastornos del hábito del comer y alcoholismo: Un estudio comparativo. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 36, 21-27.
- Bell, L., & Rushforth, J. (2008). *Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimentarios*. España: Alianza.
- Bermis, K., & Hollon, S. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 192-214.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de las enfermedades*. Barcelona: Destino.
- Bolet, M. (2000). La prevención del alcoholismo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(4), 406-9.

- Breilh, J. (1991). *La salud-enfermedad como hecho social. Reproducción Social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras* (pp. 201-216). Guadalajara (México): UAG.
- Brook, J.S., Cohen, P., Whiteman, M. & Gordon, A. (1992). Psychological risk factors in the transmission from moderate to heavy use or abuse of drugs. Vulnerability to drugs. En: M. Glantz & R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 359-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, S.A., Christiansen, B.A., & Goldman, M.S. (1987). The Alcohol Expectancy Questionnaire: An instrument for the assessment of adolescent and adult alcohol expectancies. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 48(5), 483.
- Casas, M., Gutiérrez, M. & San, L. (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Cicua, D.C., Méndez, M. & Muñoz, L. (2007). *Factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes de Bogotá entre 12 y 17 años pertenecientes a estratos 4 y 5*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Cloninger, C.R., Christiansen, K.O., Reich, T. & Gottesman, I.I. (1978). Implications of sex differences in the prevalences of antisocial personality, alcoholism, and criminality for familial transmission. *Archives of General Psychiatry*, 35(8), 941.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2011). *Programa de acción específico. Prevención y tratamiento de las adicciones. Actualización 2011-2012*. México: CONADIC / SSA.

CONTRADROGAS (1999). *Encuesta nacional sobre prevención y uso de drogas. Informe general. Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas*. Lima: Contradrogas.

Cornellái, J. (1999). Aspectos generales de la salud en la adolescencia y la juventud: Factores de riesgo y de protección. *Revista de Estudios de Juventud*, 47, 39-44.

Cortes, J.Z., Saucedo-Molina, T., & Cortés, T.L.F. (2008). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(1), 20-27.

Cristiansen, B.A., Smith, G.T., Roehling, P. & Goldman, M. (1989). Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 93-99.

Daley, D. (1991). *Kicking addictive habits*. Lexington: Mass.

De las Heras, J. (2005). *La sociedad neurótica de nuestro tiempo*. Madrid: Espasa.

Díaz, H., Olmos, R. y Martínez, C. (2007). Alcoholismo. *Medicine*, 9(86), 5521-5528.

Dohm, F.A., Striegel-Moore, R.H., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Hook, J. & Fairburn, C.G. (2002). Self-harm and substance use in a community sample of black and white women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 389-400.

- Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 513-525.
- Ehrenberg, A. (1995). *El individuo incierto*. Paris. Calmann-Lévy.
- Espinosa, E. (2000). *La autoestima: un factor protector para el consumo de drogas en adolescentes estudiantes del Distrito Federal*. Tesis de licenciatura en Psicología inédita. UNAM: México.
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2001). El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral. *Salud y Drogas*, 1(1), 17-39.
- Fisher, E. (1986). *Development & structure of the body image*. Hillsade, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Freixa, F. (1983). La enfermedad alcohólica. Modelo sociobiológico de trastorno comportamental. En: C. Ballus (Ed.). *Psicobiología* (pp.693-745). Barcelona: Herder.
- Freixa, F. (2005). Salud pública y bebidas alcohólicas. *Revista Española de Drogodependencias*, 30(3,4), 243-262.
- García-Andrade, C., Wall, T.L. & Ehlers, L. (1996). Alcohol expectancies in a native American population. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 20(8), 1438-1442.

- Gilbert, J.M., Mora, J. & Ferguson, L.R. (1994). Alcohol related expectations among Mexican-American women. *International Journal of the Addictions*, 29(9), 1127-1147.
- Gilbert, S. & Thompson, J.K. (1996). Feminist explanations of the development of eating disorders: common themes, research findings, and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 183-202.
- Goldman, M.S., Brown, S.A. & Christiansen, B.A. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. En: H.T. Blane & K.E. Leonard (Eds.). *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp.181-226). Nueva York: Guilford Press.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 3(1), 95-112.
- Gómez-Peresmitré, G. (1993a). Detección de anomalías de las conductas alimentarias en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 2, 185-197.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares preadolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.

- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: Que es más importante: "sentirse atractivo" o " ser atractivo". *Psicología y Ciencias Sociales*, 2(1), 27-33.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalecía en muestras mexicanas. Conferencia de los 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México*. México:UNAM
- Gómez-Peresmitré, G. (2005). *Publicidad e imagen corporal*. México: Anuario Educativo Mexicano.
- Gómez-Peresmitré, G. & Acosta, G. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación tras cultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11(1), 35-58.
- Gómez-Peresmitré, G & Ávila, A. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamerica*, 6(2), 10-21.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo Molina, T., & Unikel Santoncini, C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En: G. Gómez Peresmitré & N. Calleja (Comps.). *La Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp.267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- González , L., Lizano, M. & Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 117-126.

- González Silva, F. (2007). Salud mental a nivel familiar desde la perspectiva de alteridad. *Psicología desde el Caribe*, 20, 1-27.
- González, R. (1995). Como librarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos del café, tabaco y alcohol. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(3), 269-70.
- Gossop, M. & Grant M. (1990). *Prevención y Control del Abuso de drogas*. Ginebra: OMS.
- Groesz, L.M., Levine, M.P. & Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body dissatisfaction: A meta analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Guiney , K.M & Furlong, N.E. (1999). Correlates of body satisfaction and self-concept in third and sixth graders. *Current Psychology*, 18(4), 353-368.
- Guinn, B., Semper, T., Jorgensen, L. & Skaggs, S. (1997). Body image perception in female Mexican-American Adolescents. *Journal of School Health*, 67, 112-5.
- Harris, D.L. & Carr, A.T. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*, 54(3), 223-226.
- Hawkins, N., Richards, P., Granley, H. & Stein, D. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating Disorders*, 12(1), 35-50.

- Higuchi, S., Suzuki, K., Yamada, K., Parrish, K. & Kono, H. (1993) Alcoholics with eating disorders: Prevalence and clinical course. A study from Japan. *British Journal of Psychiatry*, 162, 403-406.
- Jáuregui, I. (2007). Droga y sociedad: la personalidad adictiva de nuestro tiempo. Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 16(2), 121-130.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescent: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, (12), 597-605.
- Kalat, J. W. (1992). *Synapses, drugs and behavior. Biological psychology*. North Caroline: Wadsworth.
- Kazdin, A.E., Kraemer, H.C., Kessler, R.C., Kupfer, D.J. & Oxford, D.R. (1997). Contributions of risk factor research to development psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Kershaw, S. (2008). Starving themselves, cocktail in hand. Recuperado de: <http://nytimes.com>
- Kirszman, D, & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo: de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.
- Kline, R.B. (1990). The relation of alcohol expectancies to drinking patterns among alcoholics: Generalization across gender and race. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 51(2), 175-182.

- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Kumate, J. (2002). *Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes mexicanos*. México: CONADIC informa.
- Lewkowicz, I. (1998). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En J. Dobón & G. Hurtado (Comps.) *Las drogas en el siglo...¿Qué viene?* (pp.1-11).Buenos Aires: Fundación Acción para la Comunidad.
- Lieder, C.S. (1995). Medical disorders of alcoholism. *New England Journal of Medicine*, 333, 1058-65.
- López, P., Molina, Z. & Rojas, L. (2008). Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 21, 85-90.
- Lora-Cortez, I., & Saucedo-Molina, T. D. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- Malagón, N., Restrepo, C. & Sarmiento, C. (1997). Factores Asociados al Consumo de Alcohol en la Población Colombiana. *Universitas Médica*, 38, 3.

- Mancilla, J.M., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, R., Paredes, K., Vázquez, A., López, A. X., & Acosta, G.V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En: J. M. Mancilla & G. Gómez (Eds.). *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-172). México: Manual Moderno.
- Mariano, H., Ramos, M. & Fernández, A. (2001). *Salud y juventud*. España: Consejo de la Juventud de España.
- Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J. & Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 2, 51-65.
- Mazur, A. (1980). U.S. trends in feminine beauty and over adaptation. *The Journal of Sex Research*, 22, 281-303.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depresión and eating disorders in women. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 205-218.
- Medina-Mora, M. (1998). Beber en campo y ciudad. En: FISAC (Ed.). *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México* (pp. 207-226). México: FISAC.
- Medina-Mora, M. (2002). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: A. Lara & N. Salgado (Comps.). *Cálmese son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas* (pp. 71-84). México: Pax.
- Medina-Mora, M. E., Carreño, S., & De la Fuente, J. R. (1998). Experience with the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in Mexico. En: M. Galanter

(Ed.). *Recent developments in alcoholism* (pp. 383-396). New York: Plenum Press.

Medina-Mora, M., Cravioto, P., Villatoro, J., Fleiz, C., Galván, F. & Tapia, R. (2003). Consumo de drogas entre adolescentes. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. *Salud Pública de México*, 45, 16-25.

Medina-Mora, M.E. & Mariño, M.C. (1992). *Women and substance abuse in Mexico. Comprehensive review of literature on substance abuse issues in Mexico, with focus on women*. Technical Report Under Contract of the World Health Organization.

Medina Mora, M.E., Mariño, M.D., Berenzon-Görn, S., Juárez, F.L., & Carreño, S. (1992). Factores asociados con la experimentación y con el uso problemático de drogas. En: Secretaria de Salud (Ed.). *Las Adicciones en México: Hacia un Enfoque Multidisciplinario* (pp. 87-97). México: CONADIC-SSA.

Medina-Mora, M.E., Rojas, E., Juárez, F., Berenzon, S., Carreño, S. & Galván, J. (1993). Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16, 2-8.

Medina-Mora, M., Villatoro, J., Cravioto, P. & Fleiz, C. (2002). *¿Cómo influye el conocimiento del riesgo en el uso de drogas?*. México: CONADIC informa, boletín especial.

Meloni, J. N. & Laranjeira, R. (2004). Salud y el costo social del consumo de alcohol. *Revista Brasileña Psiquiátrica*, 26(1), 7-10.

- Menninger, J. A. (2002). Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(2), 83-166.
- Miller, P.M., Smith, G.T. & Goldman, M.S. (1992). Emergence of alcohol expectancies in childhood: A possible critical period. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 51, 343-349.
- Mora, F. & Sanguinetti, A. M. (1994). *Diccionario de neurociencias*. Madrid: Alianza.
- Moreno, A. B., & Thelen, M. H. (1995). Eating behavior in junior high school females. *Adolescence*, 30(117), 171-174.
- Moreno-Jiménez, B. (1998). *La evaluación cognitiva de la personalidad. Manual de evaluación psicológica*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Hernández, E.G., & Herrera, M.G. (2005). Personalidad positiva y salud. En: L. Florez-Alarcón, M. Botero & B. Moreno (Org.). *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. (pp. 59-76) Bogotá: ALAPSA.
- Muracén, I., Martínez, A., Aguilar, J.M. & González, M.R. (2001). Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), 62-7.

- Natera, G. & Nava, A. (1993). La prevención del consumo de alcohol en la familia. En: Memorias Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud, UNAM (Ed.). *Psicología de la salud* (pp. 211-215). México: UNAM.
- Nemeroff, C., Stein, R. I., Diehl, N. S., & Smilack, K. M. (1994). From the Cleavers o the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 167-176.
- Nizama, M. (2013). El fenómeno adictivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 62(1), 51-79.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Learning.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Madrid: Morata.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE): Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). Test de Identificación de los Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT). Ginebra: OMS.

- Paula, S. (1987). *El alcoholismo de hoy*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pérez, B. (2002). El alcohol como problema de salud pública. Las responsabilidades de los poderes públicos. *Adicciones*, 14(1), 291-301.
- Pita Fernández, S., Vila Alonso, M.T., & Carpenente Montero, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. *Cadernos Atención Primaria*, 4, 75-78.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Portella, E., Ridao, M., Carrillo, E., Ribas, E., Ribó, C. & Salvat, M. (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid: Médica Panamericana.
- Poulisis, J. (2011). *Los nuevos trastornos alimentarios: alcoholorexia, vigorexia, diabulimia, pregorexia, orthorexia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pruzinsky, T. & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En: T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body Images. Development, Deviance and Change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.
- Puhl, R. & Brownell, K. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerfull and pervasive bias. International Association for the Study of Obesity. *Obesity Reviews*, 4, 213-27.

- Raich, R. (2000). *Imagen Corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. España: Pirámide.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Reese, F. Chassin, L. & Molina, B. (1994). Alcohol expectancies in early adolescents: Predicting drinking behavior after one year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 93-99.
- Reidl, L., González-González, A., Betancourt, D., López, R. y Alcántara, A. (2012). Caracterización y análisis de los espacios de consumo y su cultura en un contexto universitario. En: L. Reidl (Coor.). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (pp. 29-53). México: Porrúa.
- Ricciardelli, L.A., Williams, R.J. & Finemore, J. (2001). Restraint as misregulation in drinking and eating. *Addictive Behaviors*, 26, 665-675.
- Ridruejo, P. (1994). Hacia un modelo integral de adicción. En M. Casas, M. Gutiérrez, & L. San (Coor.). *Psicopatología y alcoholismo* (pp.513-546). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, A., López, I., Unikel, C. & Becerril, M. (2008). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en mujeres de nivel superior del estado de México. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 159-70.

- Rodríguez, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Roemmich, J.N., Wright, S.M., & Epstein, L.H. (2002). Dietary Restraint and Stress - Induced Snacking in Youth. *Obesity Research*, 10(11), 1120-1126.
- Rojas, M. (2002). Factores de Riesgo y Protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. En: A.Z. Martínez-Vargas (Ed.). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud* (pp. 51-94). Lima: CEDRO.
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 143-166.
- Rothblum, E.D. (1994). I'll die for the revolution but don't ask me not to diet: Feminism and the continuing stigmatization of obesity. En: P. Fallon, M. Katzman & S. Wooley (Eds.). *Feminist perspectives on eating disorders*, (pp. 53-76). New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En: J. Rolf, A.S. Masten & D. Cicchetti (Eds.). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M., McDonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P., & Bailey, A. (1990). Genetic factors in child psychiatric disorders II. Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 31, 39-83.

- Saavedra, P. (2002). La calle de la amagura: la juventud entre la búsqueda y la exclusión. En: L. Reidl (Coor.). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (pp. 29-53). México: Miguel Ángel.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1988). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., & León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Simon, M. (1999). *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología, aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sirvent, C. (1989). *La mixtificación como elemento nuclear de la adicción*. Valladolid: Fundación Instituto Spiral-Departamento de Publicaciones.
- Sirvent, C. (2006). Autoengaño y adicción. *Norte de Salud Mental*, 26, 39-47.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H.E. & Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 836-840.
- Strauss, R. (2000). Childhood obesity and self esteem. *Pediatrics*, 105, 1-15.

- Suárez, E. N., & Krauskopf, D. (2001). *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial*. Washington: OPS.
- Suárez, R. (2001). Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En: R. Suárez (Comp.). *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología* (pp.11-21). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Tanleff, S. & Gokee, J. (2002) Interpersonal influences on body image development. En: T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body image a hand book of theory research and clinical practice* (pp.74-82). Nueva York: The Guilford Press.
- Tapia, C.R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Thompson, J.K. (1992). Body image: Extent of disturbance, associated features, theoretical models, assessment methodologies, intervention strategies, and a proposal for a new DSM diagnostic category – body image disorder. *Progress in Behaviour Modification*, 28, 3-54.
- Thomsen, S.R., McCoy, J.K. & Williams, M. (2001). Internalizing the impossible: Anorexic outpatients experience with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders*, 9(1), 49-64.
- Tiburcio, M., Carreño, S., Martínez, K., Echeverría, L. & Ruiz, E. (2009). *Como reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves*. México: INP y Pax México.

- Toro, J. (2004) *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Trejo, C. (2001). Adolescentes y jóvenes: diversión, sexualidad y consumo de alcohol. *Liberaddictus*, 50, 24-26.
- Turner, D., Williams, D. M., Sankaran, D., Lazarus, M., Sinnott, P. J., & Hutchinson, I. V. (1997). An investigation of polymorphism in the interleukin - 10 gene promoter. *European Journal of Immunogenetics*, 24(1), 1-8.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública Mexicana*, 46, 509-515.
- Valverde, J. (1996). *Vivir con la droga*. Madrid: Pirámide.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders*, 1(1), 7-16.
- Vélez, A., Ostrosky-Shejet, F. y Orozco, G. (2012). Evidencias neuropsicológicas y neurofuncionales del consumo de alcohol. En: L. Reidl (Coor.). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* (pp. 257-264). México: Miguel Ángel.
- Vega, F., & García, M. (2004). *Bases esenciales de la Salud Pública*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Villarino, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria. No todo es anorexia y bulimia. En: A. Grau, J. Martínez, A. Perote y M. Sánchez (eds.).

Controversias sobre los trastornos alimentarios (pp. 33-46). Madrid, España: International Marketing & Communication. S.A.

Von Knorring, A. (1991) Annotation: children of alcoholics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(3), 411-421.

Wardle, J., Waller, J. & Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*, 27, 561-73.

Wiseman, C., Turco, R. M., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1998). Smoking and body image concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24(4), 429-433.

Zaldívar D. (2001). *La intervención psicológica*. Michoacán, México: IMCDE

ANEXOS

Sección B

Marca con una X en cada una de las siguientes afirmaciones la opción que mejor se acerque a tu forma de pensar

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

Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	A	B	C	D	E
Comer de más me provoca sentimientos de culpa	A	B	C	D	E
Ingiero bebidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi cuerpo	A	B	C	D	E
Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	A	B	C	D	E
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	A	B	C	D	E
Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	A	B	C	D	E
Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores	A	B	C	D	E
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasas	A	B	C	D	E
Me deprimó cuando como de más	A	B	C	D	E
Tengo temporadas en las que materialmente “me mato de hambre”	A	B	C	D	E
Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas	A	B	C	D	E
Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	A	B	C	D	E
“Pertenezco al club” de las que para controlar su peso se saltan las comidas	A	B	C	D	E
Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	A	B	C	D	E
Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	A	B	C	D	E
Suelo comer masivamente (ej. No desayuno, no como, pero ceno mucho)	A	B	C	D	E
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	A	B	C	D	E
Paso por periodos en los que como en exceso	A	B	C	D	E
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	A	B	C	D	E
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	A	B	C	D	E
Siento que mi forma de comer se sale de mi control	A	B	C	D	E
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	A	B	C	D	E
No soy consciente de cuánto como	A	B	C	D	E
Siento que no puedo parar de comer	A	B	C	D	E
Como sin medida	A	B	C	D	E
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	A	B	C	D	E
Difícilmente pierdo el apetito	A	B	C	D	E
Soy de las que se hartan (se llenan) de comida	A	B	C	D	E
Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	A	B	C	D	E
Me avergüenzo de comer tanto	A	B	C	D	E

Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	A	B	C	D	E
Cuando estoy aburrido me da por comer	A	B	C	D	E
Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	A	B	C	D	E
Siento que la comida me tranquiliza	A	B	C	D	E
Creo que la comida es buen remedio para la tristeza o depresión	A	B	C	D	E
Me sorprendo pensando en comida	A	B	C	D	E

Sección C

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

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

En los últimos 15 días:

1. Tuviste problemas para dormir	A	B	C	D	E
2. Ayunaste para bajar de peso	A	B	C	D	E
3. Hiciste dieta para controlar tu peso	A	B	C	D	E
4. Te sentiste físicamente mal	A	B	C	D	E
5. Tuviste problemas de concentración	A	B	C	D	E
6. Te pusiste a dieta de líquidos	A	B	C	D	E
7. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	A	B	C	D	E
8. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso	A	B	C	D	E
9. Tuviste dificultad para iniciar el sueño	A	B	C	D	E
10. Sentiste temor de subir de peso	A	B	C	D	E
11. Tuviste problemas con tu respiración	A	B	C	D	E
12. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal	A	B	C	D	E
13. Te sentiste preocupada por tu salud	A	B	C	D	E
14. Te sentiste triste, deprimida	A	B	C	D	E
15. Te sentiste preocupada por tu peso	A	B	C	D	E
16. Te sentiste tensa con molestias del cuello y/o espalda	A	B	C	D	E
17. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso	A	B	C	D	E
18. Sentiste que sudabas en exceso	A	B	C	D	E

Sección D

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



a



b



c



d



e



f



g



h



i

Sección E

Elije la opción que mejor describa tu respuesta a cada pregunta, sobre tu consumo del alcohol.

1. ¿Con que frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?
 - a) Nunca
 - b) Una vez al mes
 - c) De 2 a 4 veces al mes
 - d) De 2 a 3 veces a la semana
 - e) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas sueles ingerir en un día de consumo normal?
 - a) 1 o 2
 - b) 3 o 4
 - c) 5 o 6
 - d) De 7 a 9
 - e) 10 o más

3. ¿Con que frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
 - a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Mensualmente
 - d) Semanalmente
 - e) A diario o casi diario

4. ¿Con que frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?
 - a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Una vez al mes
 - d) Una vez a la semana
 - e) A diario o casi diario

5. ¿Con que frecuencia en el último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?
 - a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Una vez al mes
 - d) Una vez a la semana
 - e) A diario o casi diario

6. ¿Con que frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?
- a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Una vez al mes
 - d) Una vez a la semana
 - e) A diario o casi diario
7. ¿Con que frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos de culpa después de haber bebido?
- a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Una vez al mes
 - d) Una vez a la semana
 - e) A diario o casi diario
8. ¿Con que frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?
- a) Nunca
 - b) Menos de una vez al mes
 - c) Una vez al mes
 - d) Una vez a la semana
 - e) A diario o casi diario
9. ¿Tú o alguna otra persona ha resultado herido porque habías bebido?
- a) No
 - b) Sí, pero no en el curso del último año
 - c) Sí, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?
- a) No
 - b) Sí, pero no en el curso del último año
 - c) Sí, en el último año

Sección F

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que represente **el cuerpo más deseado**:

1) Para ti:

2) Para el sexo opuesto:



a



b



c



d



e



f



g



h



i

Sección G

Lee con cuidado los siguientes enunciados y señala con una X la opción que mejor represente que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con el contenido de cada enunciado.

A Muy en desacuerdo	B En desacuerdo	C De acuerdo	D Muy de acuerdo
---------------------------	-----------------------	--------------------	------------------------

1.-El tomar hace que el futuro parezca más brillante	A	B	C	D
2.- El tomar alcohol hace más divertidas las fiestas	A	B	C	D
3.- La gente comprende mejor las cosas cuando está tomando alcohol	A	B	C	D
4.- La gente se interesa más en personas del sexo opuesto cuando está tomando alcohol	A	B	C	D
5.- El alcohol dificulta las relaciones sexuales	A	B	C	D
6.- Después de tomar alcohol, una persona puede perder el control y chocar contra las cosas.	A	B	C	D
7.- Tomar alcohol hace que la gente sea más agresiva	A	B	C	D
8.- El alcohol ayuda a la gente a tolerar a los demás	A	B	C	D
9.-Tomar alcohol relaja a la gente	A	B	C	D
10.- Tomar alcohol hace más fácil estar con otros y en general, hace que el mundo parezca como un lugar más agradable	A	B	C	D
11.- Tomar alcohol ayuda a que te juntes con otros que se están divirtiendo	A	B	C	D
12.- Es más fácil jugar deportes después de algunos tragos de alcohol	A	B	C	D
13.- El alcohol hace que la gente se sienta más romántica	A	B	C	D
14.- La gente es capaz de romper y destruir cosas cuando está tomando alcohol	A	B	C	D
15.- El alcohol hace que la gente tolere menos a los demás	A	B	C	D
16.- El alcohol hace que la gente se sienta más fuerte y poderosa y hace más fácil pelear	A	B	C	D
17.- El alcohol hace que la gente se relaje y se sienta menos tensa	A	B	C	D
18.- Tomar alcohol hace que una persona se sienta bien y feliz	A	B	C	D
19.- Tomar alcohol hace que la gente sea más amistosa	A	B	C	D
20.- Después de algunos tragos es más difícil jugar deportes.	A	B	C	D
21.- Tomar alcohol hace que la gente se sienta más despierta	A	B	C	D
22.- Después de tomar alcohol, la gente está menos consciente de lo que pasa alrededor	A	B	C	D
23.-La gente tiene sentimientos más negativos cuando toma alcohol	A	B	C	D
24.- Tomar alcohol puede ayudar a mantener la mente lejos de los problemas de casa	A	B	C	D
25.- El alcohol hace las experiencias sexuales más fáciles y agradables	A	B	C	D

Gracias por tu participación