



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

**PREOCUPACIÓN POR LA APARIENCIA FÍSICA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ACTITUDES
HACIA LA ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRESENTA:

JESSICA ZARAGOZA GUTIÉRREZ

DIRECTORA

DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ

MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. ALMA MIREIA LÓPEZ ARCE CORIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

Gracias a mi casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la maravillosa oportunidad de pertenecer a su comunidad y formarme como profesionista, quedo en deuda por lo aprendido dentro y fuera de sus aulas.

Dra. Ceci, agradezco su colaboración en este proyecto, pero también reconozco su enorme labor y el haberme inculcado el gusto por la investigación, actividad que usted me llevó a percibir como divertida, gracias por cada una de sus palabras y consejos.

Profe. Francisco, gracias por cada clase, lectura y qué decir de los exámenes, me siento afortunada de haber estado en sus lecciones académicas y de vida.

Gracias a los miembros del comité Dra. Mariana, Mtra. Susana y Mtra. Alma, sin lugar a duda este proyecto contó con la fortuna de sus opiniones. Dra. Blanca es un honor haber estado contigo durante el proceso de creación de esta tesis, gracias por toda la paciencia para explicarme y el entusiasmo que me transmitiste.

A todos los participantes que hicieron posible esta investigación, ¡gracias!

¡A mi familia!

A mis padres, éste logro es por y para ustedes, los amo. Mami gracias por cada palabra, pero también por cada regaño, ya que de ellos aprendí que la vida es una lucha constante, que bueno saberte a mi lado para enfrentar todas las batallas. Papi, gracias por consentirme y por compartir todas las mañanas a mi lado, te agradezco todo el apoyo que me has dado para crecer física y espiritualmente.

Juan, has sido un ejemplo de constante superación, te admiro y deseo ser tan grande como tú.

Luis, te agradezco las risas que compartimos, algún día todo será mejor.

Pau, gracias por tu optimismo contagioso, contigo he aprendido a vivir cada día al máximo y ver el lado positivo de todo lo que me suceda.

Bere, mi pequeña, tu eres ese regalo inesperado que me ha enseñado que la persistencia es la base del éxito.

A mis seres peludos les agradezco su fiel cariño y compañía.

Amigos, gracias, sin lugar a duda el camino ha sido muy grato a su lado.

¡Gracias Dios, por mandarme a esta aventura llamada “vida”!

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	III
ANTECEDENTES	5
1.1 Adolescencia y apariencia física.....	5
1.1.1 Adolescencia.....	5
1.1.2 Apariencia física en la adolescencia.....	8
1.2 Alimentación, apariencia física y TCA en adolescentes.....	13
1.3 Ansiedad y Depresión en la Adolescencia.....	31
MÉTODO	36
2.1 Planteamiento del Problema	36
2.2 Justificación	37
2.3 Pregunta de Investigación.....	38
2.4 Objetivos.....	38
2.5 Variables	39
2.6 Diseño	41
2.7 Participantes.....	41
2.8 Instrumentos.....	42
2.9 Procedimiento	44
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	64

CONCLUSIONES	70
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	73
REFERENCIAS	74

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Factores predisponentes, precipitantes y mantenimiento para la anorexia y bulimia nerviosa	21
Tabla 2. Distribución de la muestra por edad	45
Tabla 3. Distribución de la muestra por Índice de Masa Corporal	46
Tabla 4. Contraste entre hombres y mujeres en la preocupación por la apariencia física	47
Tabla 5. Contraste entre hombres y mujeres en ansiedad-rasgo	47
Tabla 6. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo...	48
Tabla 7. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en mujeres	49
Tabla 8. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en hombres	49
Tabla 9. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en participantes normopeso	50
Tabla 10. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en participantes con sobrepeso	51
Tabla 11. Contraste entre hombres y mujeres en depresión-rasgo	51
Tabla 12. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo	52
Tabla 13. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en mujeres	53
Tabla 14. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en hombres	53
Tabla 15. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en participantes normopeso	54
Tabla 16. Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en participantes con sobrepeso.....	55
Tabla 17. Distribución de la muestra con riesgo para TCA y sin riesgo para TCA	56

Tabla 18. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y EAT-40.....	57
Tabla 19. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y CECAP	58
Tabla 20. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y EAT-40 en mujeres	59
Tabla 21. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y EAT-40 en hombres	59
Tabla 22. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y CECAP en mujeres	60
Tabla 23. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y CECAP en hombres	61
Tabla 24. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y EAT-40 en participantes normopeso.....	61
Tabla 25. Correlación entre la preocupación por la apariencia física y EAT-40 en participantes con sobrepeso.....	62

FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de la muestra por sexo	45
--	----

Resumen

Los cambios corporales que ocurren durante la adolescencia producen que los jóvenes fijen la atención sobre su cuerpo, lo que genera mayor interés y preocupación por la apariencia física (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin 2001; Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003; Santrock, 2006; Toro, 1999), pero una elevada preocupación por la apariencia es un factor que puede contribuir en la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pues se asocia con conductas y actitudes que afectan la alimentación (Cash *et al.*, 2004; Costa y Jofre, 2013) y con niveles altos de ansiedad y depresión (Maganto, 2011; Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa, 2011; Pinto y Cano, 2012; Piñeros, *et al.*, 2010; Silva, 2001).

En los últimos años se han transformado las exigencias sociales y con ello, los ideales a los que aspiran los jóvenes, centrándose cada vez más en la importancia del aspecto físico y que puede afectar sus estados emocionales y las actitudes hacia el peso y la alimentación. Así, el objetivo de esta investigación fue dilucidar cómo se relacionan la preocupación por la apariencia física, la ansiedad-rasgo, la depresión-rasgo, así como las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de 413 jóvenes (270 mujeres y 143 hombres) con una edad entre 18 y 23 años (M=20.14 y D.E.=1.44).

Los resultados mostraron que la preocupación por la apariencia se relaciona positivamente con ansiedad-rasgo, depresión-rasgo, motivación para adelgazar, creencias erróneas acerca del control de peso e importancia otorgada al peso corporal. Los hallazgos muestran que la preocupación por la apariencia física no sólo se vincula con aspectos emocionales, sino también actitudinales, lo cual constituye un riesgo para presentar TCA.

Palabras clave: Adolescencia, apariencia física, ansiedad-rasgo, depresión-rasgo, actitudes hacia la alimentación

Abstract

The changes that occur in the body during the adolescence cause young people to pay attention over their figures, generating interest and concern about their physical appearance (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson and Rodin 2001; Nardone, Giannotti and Rocchi, 2003; Santrock, 2006; Toro, 1999). A high concern for appearance constitutes a factor that may contribute to the appearing of eating disorders (ED), as it is associated with behaviors and attitudes that directly affect the eating behaviour (Cash et al., 2004; Costa and Jofre, 2013) and high levels of anxiety and depression (Maganto, 2011; Pascual, Etxebarria, Cruz and Echeburúa, 2011; Pinto and Cano, 2012; Piñeros, et al, 2010; Silva, 2001).

In recent years the social demands have changed and the ideals of young people are focusing on the importance of the physical appearance, presenting negative emotional states and negative attitudes toward weight and eating behavior. Thus, the objective of this research was to find out whether there is a relationship between concern for physical appearance, trait-anxiety, trait-depression and attitudes toward weight and diet in a group of 413 young people (270 women and 143 men) aged between 18 and 23 years ($M = 20.14$ and $SD = 1.44$). The results showed that concern about appearance is positively related to trait-anxiety, trait-depression and motivation to lose weight, false beliefs about controlling weight and importance attached to body weight. The findings also show that concern for physical appearance is linked with emotional and attitudinal aspects and this situation increase the risk to present ED.

Keywords: Adolescence, physical appearance, trait-anxiety, trait-depression, attitudes towards eating.

Introducción

La adolescencia es una etapa muy importante del desarrollo humano, en la que se instalan muchos de los problemas de salud mental que se manifestaran en etapas posteriores y que influyen en el desarrollo educativo, laboral y relacional (Benjet *et al.*, 2009).

Una característica de los adolescentes es que muestran una excesiva preocupación por el aspecto físico, motivo por el cual son usuales los comportamientos de riesgo como hacer dietas y otras prácticas inapropiadas para controlar su peso y figura corporal, por lo que tales conductas pueden corresponder a manifestaciones tempranas, factores de inicio o mantenimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (Maganto, 2011; Piñeros, Molano y López, 2010), los cuales son definidos como aquellos procesos patológicos que tienen una base psicológica y que implican anomalías en las actitudes y conductas respecto a la ingestión de alimentos (Mancilla *et al.*, 2006).

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales han tomado un lugar central dentro de los problemas de salud pública, ya que son una causa importante de enfermedad, discapacidad y muerte (Leyva, 2006). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), el riesgo de sufrir un TCA ha aumentado durante los últimos años, siendo así que el 1.3% de los jóvenes mexicanos se encuentra en peligro de padecer alguno de ellos. Asimismo, cabe precisar que en estudios realizados con muestras comunitarias compuestas por población mexicana se ha encontrado que el riesgo para presentar TCA es mayor y va del 4% hasta el 5.6% (Jiménez y Silva, 2010; Vázquez, *et al.*, 2004). De acuerdo a Portela *et al.* (2012) entre los factores que contribuyen a la aparición de los TCA en la adolescencia se encuentran: la genética, los cambios corporales de la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgado, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima.

Los TCA frecuentemente se relacionan con otras alteraciones psicológicas y fisiológicas (Jiménez, 2007). Se conoce que dos de los trastornos emocionales que tienen alta comorbilidad con los TCA son ansiedad y depresión (Silva, 2001).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, los padecimientos con mayor proporción de gravedad en la adolescencia fueron los trastornos del estado de ánimo

(entre los que se encuentra la depresión) y en menor proporción los trastornos de ansiedad, sin embargo, se encontró que los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de ánimo (Benjet et al, 2009).

Dado el aumento en la prevalencia de trastornos afectivos y alimentarios en adolescentes, en el presente trabajo se estudia la preocupación por la apariencia, ansiedad-rasgo, depresión-rasgo y las actitudes hacia la alimentación en un grupo de jóvenes universitarios.

Antecedentes

Adolescencia y apariencia física

Adolescencia. De manera general, se considera que la adolescencia es una etapa en el ciclo vital del ser humano, la cual constituye un nexo entre la infancia y la edad adulta, que cronológicamente inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis y conflictos (Pineda y Aliño, 2002; Santrock, 2006).

La adolescencia es un concepto relativamente moderno que aparece a partir de la segunda mitad del siglo pasado y proviene del verbo latino *adoleceré*, que significa crecer y/o desarrollarse (Nahoul y González, 2013; Pineda y Aliño, 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) indica que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Sin embargo, como expresan Pineda y Aliño (2002) es difícil establecer los límites cronológicos ya que se encuentra dentro de un periodo denominado juventud que abarca de los 15 a los 24 años (OMS, 2010).

Por su parte, la UNICEF (2006) señala que es un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, entre los que se incluye la madurez sexual y reproductiva.

Específicamente, en lo que concierne a las modificaciones corporales el cambio más llamativo asociado a la pubertad tiene que ver con la maduración física y sexual, que afectará la forma en que los adolescentes se ven a sí mismos y cómo son vistos y tratados por los demás (Arranz y Oliva, 2004).

En el ámbito de los cambios psicológicos, el adolescente lleva a cabo la construcción de su propia identidad, de hecho una de las características más importantes de dicho periodo es el proceso de definición de su identidad, tanto personal como profesional (Arranz y Oliva, 2004).

En lo cognitivo, se va a encontrar un cambio fundamental ya que se desarrolla el pensamiento operatorio formal, lo cual se traduce en que los pensamientos de los adolescentes son más abstractos e idealistas (Inhelder y Piaget, 1972; Santrock, 2006)

En lo que respecta a los cambios sociales, se debe señalar que a partir de la pubertad las relaciones con los padres adoptan una forma distinta, ya que los jóvenes comienzan a pasar más tiempo con el grupo de iguales, los cuales se convertirán en confidentes emocionales, consejeros y modelos comportamentales a imitar (Arranz y Oliva, 2004).

Considerando anterior, se puede señalar que la adolescencia se caracteriza por comprender diferentes metas a cumplir, donde cada una de ellas constituye un prerrequisito para la madurez de la siguiente, por lo tanto ha sido dividida en fases para así facilitar y ubicar todos los cambios de forma cronológica (Nahoul y González, 2013).

Casas y Ceñal (2005) proponen que la adolescencia puede ser dividida en tres etapas:

- Adolescencia temprana (11-13 años): la característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, así como la aparición de los caracteres sexuales secundarios, tales cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, es decir, la imagen de un cuerpo infantil, siendo así que se genera preocupación y curiosidad por los cambios físicos. En el ámbito social el grupo de amigos, que en esta etapa se constituye por miembros del mismo sexo, sirve para compararse, por lo tanto, la aceptación de sus compañeros de la misma edad y sexo es una preocupación constante. Los contactos con

el sexo contrario se inician de forma exploratoria. También, se comienzan los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad. En lo cognitivo, aún se encuentra presente el pensamiento de tipo concreto, por lo cual los adolescentes no perciben las consecuencias futuras de sus actos y decisiones. Asimismo, se observa un pensamiento egocéntrico, por lo que creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando.

- Adolescencia media (14-17 años): el crecimiento y la maduración sexual casi han finalizado en esta etapa, prácticamente se ha alcanzado la talla y estatura adultas, siendo así que disminuye la velocidad de los cambios, situación que permite restablecer e integrar la imagen corporal. La capacidad cognitiva pasa de un pensamiento concreto a uno abstracto, aunque puede haber oscilaciones entre ambos durante períodos variables y ante la presencia de estrés. El pensamiento abstracto brinda la capacidad de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones, aunque también se observa un pensamiento mágico, que les brinda una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, situación que facilita las conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco o drogas, embarazo). En lo social, el grupo adquiere gran importancia, ya que sirve para afirmar la autoimagen, además las opiniones de los amigos se vuelven más importantes que las de los padres. Las relaciones con el sexo opuesto y las fantasías románticas son comunes.
- Adolescencia tardía (18-21 años): el crecimiento ha terminado y se ha alcanzado la madurez física. El pensamiento abstracto o formal está establecido, aunque es importante señalar que no necesariamente todas las personas lo desarrollan debido a factores educativos o socioculturales. En esta fase, los adolescentes están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Se espera

que las relaciones familiares sean de adulto a adulto y el grupo de pares pierde importancia, por lo tanto ahora se concentra en las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad, se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro.

Considerando los cambios que continuamente se presentan en la vida de los seres humanos, se puede considerar que todas las épocas de la vida son periodos de crisis, pues todas las fases del desarrollo implican un crecimiento y una vulnerabilidad específica, pero en la adolescencia coinciden crisis biológicas, psicológicas, sociales, emocionales y otras más (Nahoul y González, 2013).

Apariencia física en la adolescencia. Ante los cambios mencionados anteriormente, el adolescente se enfrenta a la necesidad de aceptar e integrar las modificaciones corporales a su autoimagen (Sobremonte, Pérez y Aurtenetxe, 2000; Toro, 1999).

Los cambios corporales de esta etapa, obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo, situación que genera mayor interés por el aspecto físico, de manera que el adolescente se preocupa por su peso y forma corporal y a su vez, se esfuerza en la revisión y evaluación de la imagen de sí mismo (Jones, Bennett, Olmsted, Lawson y Rodin 2001; Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003; Santrock, 2006; Toro, 1999).

Es así que, el cuerpo es un instrumento para llamar la atención y retener el interés de otras personas, de manera que controlar y actuar sobre la apariencia física se convierte en una tarea constante (Lasa, 2000). Los adolescentes muestran una excesiva preocupación por el aspecto físico y una sobrevaloración del cuerpo que afecta a ambos sexos (Maganto, 2011). En general, la gente joven se preocupa por su apariencia y por ciertos aspectos de su cuerpo y en concreto los

adolescentes están preocupados por cómo se ven en comparación con otras personas de su misma edad, pues se encuentran en la constante búsqueda de atención, aprobación y aceptación del otro, especialmente de sus pares (Coleman, Hendry y Kloep, 2008; Lasa, 2000).

Al señalar la importancia e impacto de los cambios físicos en la adolescencia, se vuelve indispensable hablar de la imagen corporal, la cual hace referencia a la percepción y las actitudes que las personas tienen acerca de su propio cuerpo, particularmente en lo que se refiere a la apariencia física (Cash y Pruzinsky, 1990). De acuerdo a Cash (2002, 2004, 2012), la imagen corporal tiene dos componentes:

- 1) Percepciones acerca de la apariencia: este componente de la imagen corporal depende de la capacidad que tiene una persona para juzgar su apariencia con precisión en alguna dimensión física, por lo tanto, se considera subjetivo e incluye las representaciones mentales que las personas tienen acerca de su talla y forma corporal, así como de sus características faciales.
- 2) Actitudes acerca de su apariencia: como cualquier actitud, las actitudes hacia la imagen corporal son formas de pensar (cogniciones), sentir (afecto y emociones) y comportarse en relación a la apariencia física. A su vez, las actitudes tienen dos dimensiones:
 - Dimensión evaluativa: que se refiere a las creencias que las personas tienen respecto a su apariencia física y está constituida por las discrepancias entre el yo real y el ideal, así como la satisfacción-insatisfacción corporal.
 - Dimensión de importancia: hace referencia a la importancia y/o preocupación que la persona otorga a su propia apariencia, dicha preocupación es cognitiva, conductual y emocional.

La preocupación por la apariencia física ha sido estudiada a través de la teoría de los autoesquemas de Markus (Cash, 2004), dicho autor expresa que las personas continuamente realizan diferentes intentos para organizar, resumir o explicar su propio comportamiento en lo que respecta a un campo o dominio específico, lo que da como resultado la formación de estructuras cognitivas acerca de sí mismas o autoesquemas, los cuales son generalizaciones cognitivas, que se crean a partir de la experiencia, para organizar y guiar el procesamiento de información acerca de la persona misma y que, una vez establecidos, funcionan como mecanismos para seleccionar la información que debe ser atendida, cómo debe ser estructurada, qué importancia se le otorgará y la respuesta que el individuo dará. Cuando los individuos acumulan repetidamente experiencias del mismo tipo y construyen un autoesquema para dicho dominio, se considera que la persona es esquemática para dicho campo y no todos los individuos desarrollan un esquema articulado para cada dominio.

A partir de la teoría de los autoesquemas de Markus, Cash (2012) define que los autoesquemas de la apariencia física son generalizaciones cognitivas que las personas desarrollan acerca de la importancia y el significado de la apariencia en su vida, de manera que la esquematicidad es expresada a partir de preocupación por el aspecto físico.

De acuerdo a Cash, Melnyk y Hrabosky (2004) la preocupación por la apariencia física tiene dos componentes:

- **Importancia Auto-evaluativa:** se refiere al grado en que un individuo se define asimismo y se mide a través de su apariencia. Incluye las creencias acerca de la influencia de la apariencia física en su valía personal y sentido social.

- **Importancia Motivacional:** este componente hace referencia a la motivación de las personas para ser atractivas y manejar su apariencia física, es decir, se refiere al grado en que la persona atiende y se compromete en conductas para controlar su aspecto.

Al comparar ambos componentes de la preocupación por la apariencia, la importancia auto-evaluativa ha resultado más disfuncional en comparación con la motivacional (Cash *et al*, 2004; Sherry *et al.*, 2009).

En estudio realizado por Ledoux, Winterowd, Richardson y Dortan (2010) con mujeres estudiantes encontraron que la importancia auto-evaluativa es más disfuncional y desadaptativa que la importancia motivacional, ya que está estrechamente relacionada con una amplia gama de creencias negativas acerca de uno mismo y con estilos disfuncionales de relación con los hombres en comparación con la importancia motivacional, lo cual sugiere que si bien brindar gran tiempo y esfuerzo a la apariencia física no es sano ni psicológica ni socialmente, es una situación que tiene menor impacto que basar el sentido y valor personal en la apariencia.

Además, se ha encontrado que tanto la importancia auto-evaluativa como la motivacional pueden ser variables mediadoras, como lo reporta la investigación realizada por Chang, Jarry y Kong (2014) en la que encontraron que la importancia auto-evaluativa es una variable que media completamente la relación entre el miedo de los individuos hacia la evaluación negativa que otras personas puedan hacer de ellos y la restricción alimentaria; lo cual indica que el procesamiento de aspectos interpersonales (evaluación de las personas) a través del autoesquema de importancia auto-evaluativa se traduce en ansiedad por ser evaluado negativamente, lo cual a su vez lleva a la restricción alimentaria. Asimismo, la elevada correlación entre el miedo a la evaluación negativa y la importancia auto-evaluativa, es explicada por el hecho de que la

importancia auto-evaluativa, que se refiere al uso de la apariencia para evaluarse a sí mismo, implica cierta tendencia a la auto-evaluación, la cual está relacionada con las evaluaciones de otros. Por otra parte, en la misma investigación se encontró que la importancia motivacional sólo media de forma parcial la relación entre el miedo a la evaluación negativa de otros y la restricción alimentaria, lo cual apoya el hallazgo de Cash *et al.* (2004) acerca de la mayor disfuncionalidad de la importancia auto-evaluativa en comparación con la importancia motivacional.

Por su parte, Sherry *et al.* (2009) encontraron que los autoesquemas de la apariencia física intervienen en la relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la imagen corporal, dichos resultados sugieren que la activación constante de los esquemas de la apariencia es una clave que contribuye a explicar la relación entre el perfeccionismo y los trastornos de la imagen corporal, ya que las personas que se muestran como perfectas, pueden ser especialmente receptivas a los mensajes por parte de la familia, los compañeros y los medios de comunicación acerca del valor y la importancia de la apariencia física, situación que genera la constante activación de dichos esquemas por lo que, la atención y sobrevaloración de la información referente a la apariencia genera los trastornos de la imagen corporal.

En lo referente a la preocupación por la apariencia entre hombres y mujeres, se conoce que las mujeres tienen niveles mayores de preocupación que los hombres, ya que otorgan significativamente más importancia auto-evaluativa y motivacional (Cash *et al.*, 2004; Harris y Carr, 2001). Sin embargo, tanto los hombres, como las mujeres con niveles altos de preocupación por la apariencia y elevada importancia auto-evaluativa reportan más insatisfacción corporal, así como mayor internalización de los ideales de belleza que transmiten los medios de

comunicación, además de mayor frecuencia de emociones negativas asociadas a la imagen corporal (Cash *et al.*, 2004).

Los hallazgos de Cash *et al.*, (2004) indican que la preocupación por la apariencia física se encuentra relacionada con actitudes negativas hacia la alimentación, de forma que enfatizan la importancia de estudiar la preocupación por la apariencia, más que la insatisfacción corporal, en la explicación y el entendimiento de las actitudes negativas hacia la alimentación y los TCA, ya que si bien es importante la insatisfacción, la preocupación se convierte en un aspecto fundamental.

Alimentación, apariencia física y TCA en adolescentes

La alimentación es el proceso voluntario de incorporar los alimentos al cuerpo, los cuales a través de la digestión, dotan al organismo de los nutrientes que necesita para crecer, renovarse y desarrollar sus funciones vitales y de relación, por lo tanto la conducta de comer es indispensable para todo ser vivo (Aranceta, 2000; Jiménez, 2007).

Los sentidos del cuerpo humano, las creencias culturales, el estado de ánimo, así como las características socioeconómicas, políticas y geográficas de cada país o región influyen en el comportamiento alimentario de las personas (Abraham y Llewelyn, 2005; Aranceta, 2000).

En general, se conoce que tanto la comida, como el acto de comer pueden asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultaran significativas emocionalmente, entonces puede decirse que, si comer suele vincularse con múltiples significados mas allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer (Toro, 1999).

En la actualidad aspectos como la alimentación saludable, las dietas y la imagen corporal ocupan los pensamientos de muchas adolescentes y de cada vez más varones adolescentes, dicha situación no es de sorprender dada la importancia que los medios de comunicación otorgan al peso y la forma corporal (Faulkner, 2008).

Los mensajes que transmiten los medios de comunicación, especialmente a través de las imágenes y textos que se observan en anuncios o programas televisivos, subrayan lo deseable de ser una persona delgada (Abraham y Llewelyn, 2005).

Hoy en día el cuerpo femenino ideal, es una figura delgada con pechos y glúteos de tamaño moderado, cabe precisar que las modelos que aparecen tienen un peso corporal por lo menos un 20% menor que una mujer adulta de edad y altura similares (Smolak, 2012). En el caso de los hombres, el cuerpo ideal es una figura musculosa, de hecho algunas imágenes masculinas idealizadas exceden el límite superior de musculosidad alcanzable sin un ejercicio intenso y/o esteroides anabolizantes (Bell y Rushforth, 2010).

En lo referente a la relación que existe entre los medios de comunicación que promueven la delgadez y la preocupación por la apariencia, se conoce que las personas para quienes la apariencia es un aspecto decisivo en el concepto que tienen de sí mismas, es decir otorgan una importancia auto-evaluativa, atienden de forma selectiva a los elementos relativos a la apariencia de cualquier material que se les presente, lo que a su vez lleva a que los sentimientos y las creencias que tienen respecto a su imagen corporal sean “activados”; mientras que aquellas personas que dan importancia motivacional son vulnerables a los efectos de las imágenes idealizadas que transmiten los medios de comunicación ya que la imagen corporal negativa es exacerbada por la reiterada exposición a dichas imágenes (Bell y Rushforth, 2010).

Actualmente, las revistas y los anuncios dirigidos a los adolescentes están llenos de sugerencias de dietas y de cómo lograr una forma particular de cuerpo, lo cual constituye un gran riesgo ya que para la mayoría de los adolescentes la única manera de alcanzar la imagen corporal deseada es a través de la adopción de conductas de inanición y/o un programa de ejercicios inadecuados (Faulkner, 2008). Se ha demostrado que una breve exposición a las imágenes de modelos delgadas que aparecen en las revistas produce, efectos negativos inmediatos, entre ellos una mayor preocupación por el peso, insatisfacción corporal y un estado de ánimo negativo (Bell y Rushforth, 2010). En una investigación realizada por Jiménez y Silva (2010) en la que se expuso a tres grupos de jóvenes universitarias a imágenes de mujeres delgadas (grupo 1), con sobrepeso (grupo 2) y mujeres ejercitándose o comiendo de manera saludable (grupo 3), se encontró que las participantes que observaron las figuras delgadas mostraron emociones negativas hacia sus cuerpos, además las participantes con riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria revelaron mayores niveles de ansiedad y depresión después de observar cualquiera de las imágenes.

Es importante destacar que las personas jóvenes, son vulnerables a la exposición continua de modelos o figuras corporales ideales, ya que en la búsqueda de información externa que les ayude a formar su propia identidad, se encuentran frecuentemente ante medios que presentan personas delgadas a las cuales se les considera atractivas, seguras, exitosas y que además cuentan con la aceptación y admiración de otras personas, dadas estas circunstancias la asociación de estos logros derivados de estar delgada, ha hecho que la delgadez se convierta en un fin, por lo tanto, no es de sorprenderse que la preocupación por el peso y figura corporal sea generalizada entre los jóvenes (Abraham y Llewelyn, 2005; Aguinaga, Fernández y Varo, 2000).

Los adolescentes comparan su cuerpo con el ideal estético con el deseo de aproximarse a él, lo cual aunado a la hipersensibilidad respecto a su apariencia corporal hará que las discrepancias que existan, se interpreten negativamente en contra de su propio cuerpo, si es así, considerarán necesario hacer lo posible por modificarlo, adoptando pautas de comportamiento de alto riesgo (Sobremonte *et al.*, 2000; Toro, 1999). Los ideales transmitidos a través de los medios de comunicación, promueven emociones desagradables que pueden poner en riesgo la conducta alimentaria de los jóvenes, ya que la preocupación por la línea y el peso corporal, así como por su apariencia física puede llevarlos a seguir un régimen o a tratar reducir su consumo alimentario (Jiménez y Silva, 2010; Abraham y Llewelyn, 2005).

En la medida en que los mensajes culturales sobre el atractivo físico se “interiorizan” y actúan como ideales personales, pueden afectar de forma adversa la evaluación que las personas realizan de su aspecto físico y la satisfacción asociada a él, cabe mencionar que las percepciones, creencias y los sentimientos de una persona respecto a su apariencia tienen más probabilidad de determinar su imagen corporal que sus características físicas reales. La insatisfacción con la imagen corporal, puede tener efectos negativos sobre la salud física y psicológica, pues una imagen corporal negativa, así como una preocupación por la figura y el peso son rasgos de los TCA (Bell y Rushforth, 2010). En un estudio realizado en México con 225 adolescentes se encontró que el 50% no se encontraba satisfecho con su imagen corporal, específicamente un mayor porcentaje de mujeres (53%) que de hombres (23%), estuvieron a disgusto de sí mismos (Barcelata, Durán y Lucio, 2004).

Al respecto de la insatisfacción corporal, Portela, Costa, Mora y Raich (2012) señalan que en el caso de las mujeres, la nueva estructura corporal que aparece después de la pubertad, se opone a lo establecido como ideal de belleza, situación que genera insatisfacción; por el

contrario, a medida que la maduración sexual se produce en los niños, estos se encuentran más satisfechos, lo cual podría explicar por qué se presenta mayor insatisfacción en las mujeres.

Las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con su cuerpo imaginario y éste se convierte en el valor más importante, lo que conduce a las características psicopatológicas de los TCA, como puede ser el deseo sobrevalorado y obsesivo de delgadez extrema y pánico a engordar, tales ideas negativas conducen a conductas de riesgo para la salud, como por ejemplo, dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos y/o laxantes, vómito autoinducido, entre otras (Mancilla et al., 2006).

Los adolescentes no son inmunes a la presión que ejercen los pares, los padres y los medios de comunicación para cumplir con las normas o estándares de apariencia (Thompson y Smolak, 2009). Cada vez es más evidente que los estándares sociales de apariencia física, son motivadores de la conducta humana en relación con la salud y, específicamente en lo referente a la alimentación, de forma que una excesiva preocupación por la apariencia física es considerado como un factor que contribuye a la proliferación de los TCA (Costa & Jofre, 2013).

Las normas culturales actuales, tienden a equipar la belleza de las mujeres con la delgadez, entonces la búsqueda de la delgadez a través de la restricción alimentaria, así como de dietas hipocalóricas o ayunos voluntarios puede ser una forma de expresar preocupación por la apariencia, que puede desembocar en TCA como son la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (Acosta, Llopis, Gómez y Pineda, 2005; Chang *et al.*, 2014).

La adolescencia es una etapa durante la cual, son usuales los comportamientos de riesgo como hacer dietas y otras prácticas inapropiadas para controlar el peso y la figura, lo que puede

corresponder a manifestaciones tempranas, factores de inicio o mantenimiento de los TCA (Piñeros, Molano y López, 2010).

Mancilla *et al.* (2006) definen los TCA como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, enfatizando que tienen como base una alteración psicológica que se acompaña de distorsión en la percepción corporal y miedo intenso a la obesidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR, 2000) indica que dentro de la categoría de los TCA, se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los TCA no especificados.

Los TCA tienen una etiología multifactorial, ya que los aspectos familiares, genéticos, fisiológicos, neuropsicológicos, neuroquímicos, del desarrollo, personales o socioculturales no explican por sí solos el establecimiento y desarrollo de la problemática, por lo anterior resulta complicado establecer su patogénesis de manera precisa (Maganto, 2011; Silva, 2007; Urresti, 2000;). Sin embargo, se conoce que factores como el género, algunas características específicas de personalidad, el sistema familiar, los hábitos alimenticios y de actividad física, así como los cánones de belleza y la imagen corporal culturalmente establecidos, pueden jugar un papel fundamental en la aparición de tales trastornos (Silva, 2007).

Según Portela *et al.* (2012) entre los factores que aumentan el riesgo de aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia se encuentran: la genética, los cambios corporales de la pubertad, la vulnerabilidad de los adolescentes a los ideales de delgadez, la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal, la dieta restrictiva, la depresión y la baja autoestima.

En el desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosa puede haber un motivo desencadenante, pero son varios los factores de riesgo que interactúan y generan la susceptibilidad individual (Aranceta, 2000). Es importante señalar que los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conductas y características personales o del entorno) que inciden negativamente en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o desequilibrio del mismo, ya que aumentan la vulnerabilidad de una persona e incrementan la probabilidad de enfermedad y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Mancilla et al., 2006).

En un estudio realizado en México por Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla (2004) en el que se exploró los factores asociados a tales trastornos, se encontró que las mujeres presentaron mayor sintomatología de TCA en comparación con los hombres, además mostraron diferencias en cuanto a las actitudes hacia la alimentación, en el caso de las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en lo que se refiere a motivación para adelgazar, insatisfacción corporal e identificación de la interocepción, mientras que los hombres señalaron una mayor puntuación en cuanto a la desconfianza interpersonal.

Aunque muchas mujeres comparten el mismo contexto cultural y están expuestas al mismo tipo de información y de presiones sociales, no todas desarrollan algún trastorno de la conducta alimentaria (Silva, 2007). De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (2001 en Mancilla *et al.* 2006) los factores de riesgo individuales que contribuyen al desarrollo de los TCA, se dividen en cuatro categorías:

- 1) Factores asociados con la imagen corporal: entre dichos factores se encuentran la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez, auto-atribución de adjetivos

positivos/negativos, auto-percepción subjetiva del peso corporal, introyección de una figura delgada, peso deseado y atractivo cultural ligado a la delgadez.

- 2) Factores relacionados con la conducta alimentaria: los más importantes son el seguimiento de dieta restrictiva y el comer compulsivo. Sin embargo, otras conductas de riesgo son los hábitos alimentarios inadecuados, como por ejemplo ayunos, omitir alguna de las comidas principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico, así como el consumo de productos light.
- 3) Factores ligados con el cuerpo real o biológico: peso corporal, talla, estatura e índice de masa corporal (IMC). De forma complementaria, cabe mencionar que, en una investigación realizada por Jiménez y Silva (2008) en mujeres universitarias se encontró que el riesgo de presentar conductas patológicas se incrementa en la medida en que se incrementa el IMC y las actitudes negativas hacia el peso y la alimentación.
- 4) Prácticas compensatorias: entre tales prácticas se encuentra el ejercicio excesivo (10 hrs o más a la semana) y uso de productos como laxantes, diuréticos e inhibidores del hambre con el propósito de control del peso.

Por su parte, Urresti (2000) propone una clasificación de los factores de riesgo para los TCA basándose en el transcurso temporal de dichos trastornos, por lo tanto distingue entre factores:

- Predisponentes
- Precipitantes
- Mantenimiento (Ver tabla 1)

Tabla 1

Factores predisponentes, precipitantes y mantenimiento para la anorexia y bulimia nerviosas

Factores	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa
Factores Predisponentes	<ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos - Edad entre 13 y 20 años - Sexo femenino - Trastornos afectivos - Obesidad - Adicciones - Introversión - Familiares con trastorno afectivo - Adicciones - Valores estéticos dominantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilidad genética - Obesidad - Historia familiar de un trastorno afectivo - Consumo de drogas
Factores Precipitantes	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios corporales adolescentes - Incremento rápido del peso - Críticas sobre el cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de dietas - Cambios corporales adolescentes
Factores de Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencia de la inanición - Aislamiento social - Actividad física excesiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia a la restricción dietética junto con el mantenimiento de una conducta disruptiva - Patrón conductual restricción-atracón-vómito

La palabra anorexia viene del vocablo griego *anorektous* que significa falta de apetito (Toro, 1999). Se conoce que fue descrita por primera vez en 1873 por William Gull quien la describía como una extraña enfermedad que involucraba la pérdida severa de peso corporal, rechazo a comer, pérdida de apetito, amenorrea y letargo (Faulkner, 2008).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala los siguientes criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea, es decir, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Además, la misma clasificación diagnóstica, distingue entre dos tipos de anorexia nerviosa:

- Restrictivo: el individuo no recurre a atracones o purgas.
- Compulsivo/purgativo: el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p.ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Al respecto de cada uno de los criterios diagnósticos, Urresti (2000) realiza las siguientes consideraciones:

- Presencia del bajo peso: debe ser por causas no orgánicas y para el diagnóstico se debe tener presente qué ha producido la pérdida de peso y desde cuándo, asimismo se debe

determinar en qué medida la conducta del paciente ha influido en la pérdida de peso y si bajar de peso era su objetivo.

- Miedo a ganar peso: es necesario precisar si existe un miedo desmesurado a engordar y/o perder el control de la cantidad que se ingiere, a pesar de encontrarse en bajo peso. Este hecho, aparece principalmente en fases avanzadas del trastorno, en las que los pacientes tras haber perdido el peso deseado, se ven incapaces de mantenerlo, por lo tanto, continúan con una dieta estricta ante el temor de aumentar peso.
- Alteración de la percepción del peso y la figura corporales: la mayoría de los casos presentan una sobrevaloración de su imagen y su figura que influye en su comportamiento. Y así, los pacientes anoréxicos se quejarán comúnmente de sentirse gordos, en general o en ciertas partes de su cuerpo, a pesar de encontrarse en un estado de bajo peso.
- Amenorrea: la falta de menstruación durante los últimos tres meses es un hecho que preocupa a las pacientes y/o familiares, sin embargo, se debe considerar que algunas pacientes siempre han tenido una menstruación irregular.
- Es importante distinguir entre pacientes con anorexia de tipo restrictivo y de tipo purgativo: los primeros no presentan atracones ni conductas de purga; los segundos, presentan atracones y/o conductas de purga como estrategia para reducir peso (vómitos, laxantes y/o diuréticos).

Entre los aspectos que caracteriza a las personas con anorexia nerviosa están: la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de

controlar el entorno, pensamiento inflexible poca espontaneidad social, perfeccionismo y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa (DSM-IV-TR, 2000).

Las complicaciones de la anorexia nerviosa, incluyen problemas cardiacos, renales, gastrointestinales, de fertilidad, entre otros (Faulkner, 2008). Aguinaga *et al.*, (2000) señalan que en la anorexia nerviosa una consecuencia muy importante es la pérdida de masa muscular y adiposa, así como los problemas con el metabolismo tiroideo y de mantenimiento de la temperatura corporal, en lo que refiere al aparato digestivo, se producen problemas de vaciado gástrico, dolores, estreñimiento y en ocasiones dilataciones gástricas; en cuanto a los problemas endocrinos y ginecológicos, se produce amenorrea; además, presentan complicaciones cardiacas como disminución de la musculatura cardiaca y arritmias; desde el punto de vista dermatológico, aparece lanugo, piel seca y en fases terminales lesiones por reducción de irrigación sanguínea y edema.

Es relevante mencionar que la anorexia nerviosa es un trastorno grave que tiene un curso crónico, en el que si no se interviene a tiempo, el paciente sigue una trayectoria de progresiva desnutrición que puede llevar a la muerte (Sobremonte *et al.*, 2000). En cuanto a la evolución de la anorexia nerviosa, Toro (1999) menciona que, transcurridos aproximadamente cinco años después del diagnóstico, un 25% de los pacientes siguen siendo anoréxicos e indica que la mortalidad se sitúa entre el 8 y 10%.

En lo referente a la bulimia nerviosa, el DSM-IV-TR (APA, 2000) propone los siguientes criterios diagnósticos:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como lo son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se distinguen dos tipos:

- Tipo purgativo: el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- Tipo no purgativo: el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso.

Urresti (2000) hace las siguientes consideraciones para cada uno de los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV-TR para la bulimia nerviosa:

- Existencia de atracones o episodios de ingesta desmesurada: en este tipo de episodios, a diferencia de los episodios de sobreingesta presentes en muchos pacientes obesos, diabéticos y población normal, existe un sentimiento de pérdida de control y de culpa tras ellos. Para hacer el diagnóstico de bulimia, la frecuencia de los atracones debe ser de mínimo dos episodios por semana durante los últimos tres meses, sin embargo, se debe tener en cuenta que los episodios aparecen de forma muy variable, ya que incluso pueden presentarse más de diez episodios bulímicos por día.
- Actitudes negativas hacia la propia imagen y peso: esta opinión negativa, como en el caso de la anorexia nerviosa, influirá negativamente en la conducta alimentaria y el estado anímico del paciente. Con frecuencia se encuentran sentimientos de desprecio hacia el propio cuerpo que se acompañan de no aceptación de sí mismo.
- Conductas compensatorias: tales conductas van desde vómitos hasta uso de laxantes y diuréticos, excesivo ejercicio físico y/o empleo de dietas. El empleo de vómitos es una de las estrategias más frecuentes, pero no es un criterio indispensable para el diagnóstico de bulimia nerviosa.
- Es importante distinguir entre los dos tipos, el purgativo y no purgativo: en el primero el paciente se provoca el vómito y/o hace uso inadecuado de laxantes, diuréticos y/o enemas tras el episodio de sobreingesta, mientras que en el tipo no purgativo el paciente emplea otras técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar o practicar ejercicio intenso.

Por lo general, la mayoría de las personas que padecen bulimia tienen un peso normal o por encima del promedio (Faulkner, 2008). Los pacientes con bulimia nerviosa saben que tienen un trastorno de la conducta alimentaria, es decir, son conscientes que la bulimia es distinta del

hecho de comer en exceso, además entre atracones puede que sigan un régimen riguroso y que traten de resistir el deseo de darse atracones, durante los cuales disminuye la resistencia a la comida y se experimenta un deseo irresistible de comer, esto le conduce a ingerir cantidades excesivas de comida, por lo que se percibe a los atracones como un asunto privado y se planifican (Abraham y Llewelyn, 2005).

Más de la mitad de los pacientes con bulimia nerviosa induce el vomito durante y al final de cada atracón, también abusan de los laxantes o diuréticos entre los atracones en un intento de mantener su peso bajo control (Abraham y Llewelyn, 2005), lo cual puede tener consecuencias serias en la salud como ruptura del esófago, además pueden aparecer anormalidades metabólicas electrolíticas que a su vez pueden producir deficiencia de minerales, deshidratación e incluso crisis convulsivas, las glándulas salivales pueden estar engrosadas y existen problemas pancreáticos; asimismo en la boca se encuentran anomalías en el esmalte dentario y caries en vomitadoras (Aguinaga, *et al.*, 2000; Faulkner, 2008).

En cuanto a la evolución de la bulimia nerviosa, se considera más optimista que en el caso de la anorexia, ya que tras un año del diagnóstico, aproximadamente dos tercios de los pacientes ya no cumplen plenamente los criterios diagnósticos, además las tasas de mortandad son inferiores a las de la anorexia (Toro, 1999).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000) los TCA no especificados se refiere a una categoría que se utiliza para los pacientes que, si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria, no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Urresti (2000) señala que este tipo de trastornos, pueden aparecer como patología primaria, pero también pueden ser la forma inicial de presentación de anorexia

nerviosa o bulimia nerviosa, o bien la forma a la que evolucionan la anorexia o la bulimia, ya que se debe entender que dichos trastornos no son estáticos y que varían a lo largo del tiempo.

La preocupación por el peso y figura son dos síntomas principales en ambas patologías (anorexia y bulimia nerviosas), asimismo, en ambos trastornos existe un deseo extremo por controlar el peso y/o alimentación, que en el caso de la anorexia se asume como un éxito por parte del paciente, pues de hecho logra bajar de peso, mientras que en la bulimia se vive como un fracaso pues estos pacientes se encuentran en normopeso o sobrepeso (Urresti, 2000).

En la actualidad, la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa constituyen un importante problema de salud por el incremento en su incidencia durante los últimos veinte años (Santrock, 2006; Sobremonte, *et al.*, 2000). El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que la prevalencia de la anorexia en población adolescente y juvenil femenina se ubica entre 0.5 y 1%, mientras que la prevalencia de la bulimia nerviosa se ubica entre 1 y 3%, mientras que en los hombres la prevalencia de ambos trastornos es diez veces menor en comparación con las mujeres (proporción 10:1).

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) señala que el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta alimentaria ha aumentado durante los últimos años, siendo así que el 1.3% de los jóvenes mexicanos se encuentra en peligro de padecer alguno de ellos. Sin embargo, en estudios realizados con muestras comunitarias y población mexicana se ha encontrado que el riesgo para presentar TCA va del 4% hasta el 5.6% (Jiménez y Silva, 2010; Vázquez, *et al.*, 2004).

Los TCA suelen aparecer en jóvenes menores de 25 años, afectando fundamentalmente a los adolescentes y de forma especial a las mujeres, lo que hace que las tasas de incidencia sean

superiores en este grupo etario y de sexo (Lasa, 2000; Sobremonte, *et al.*, 2000; Unikel, 2003; Silva, 2007).

La preocupación en torno al incremento de los TCA se debe a sus graves consecuencias individuales, familiares y sociales tanto en términos de salud como de sufrimiento humano (Sobremonte, *et al.*, 2000).

Los TCA frecuentemente se relacionan con otras alteraciones psicológicas y fisiológicas (Jiménez, 2007). El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que las personas con anorexia nerviosa pueden presentar síntomas que denotan estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo, además se han observado características propias del trastorno obsesivo-compulsivo que puede o no estar relacionado con la comida, mientras que en las personas con bulimia nerviosa la frecuencia de síntomas depresivos es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor), además existe una elevada incidencia de síntomas de ansiedad (p.ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad.

De forma general, en la investigación realizada acerca de los TCA, se ha encontrado con frecuencia altas tasas de comorbilidad entre los comportamientos alimentarios anómalos y otros trastornos, como los de ansiedad, del estado de ánimo, de personalidad y uso o abuso de sustancias (Viña y Herrero, 2006). En un estudio realizado por Pascual, Etxebarria, Cruz y Echeburúa (2011) en el que se comparó tres grupos de mujeres, uno compuesto por mujeres con TCA, otro con riesgo para dichos trastornos y uno control, encontraron que variables emocionales como la ansiedad-rasgo, la dificultad para identificar y expresar las emociones, baja

autoestima, así como la actitud negativa de las emociones pueden ser considerados factores de riesgo.

Piñeros, *et al.*, (2010) llevaron a cabo una investigación en la que se examinó la comorbilidad de los TCA con trastornos de ansiedad y depresión, encontrando que en la población con probables problemas en la conducta alimentaria el diagnóstico de ansiedad y depresión fue más frecuente en comparación con el grupo sin riesgo de patología alimentaria, de forma que mientras el diagnóstico de ansiedad se presentó en 67.4 % y depresión en el 68.1% en la población con probable TCA, en el grupo sin riesgo sólo se detectó en el 29.8% y 35.3% de los participantes respectivamente.

En una investigación realizada por Pinto y Cano (2012) en la que compararon un grupo de mujeres con patología de la conducta alimentaria (46 con anorexia nerviosa y 28 con bulimia nerviosa) contra otro grupo de mujeres control sin este tipo de trastornos, encontraron que las mujeres diagnosticadas mostraron puntuaciones de ansiedad más elevadas, es decir, tenían un nivel de ansiedad severa, mientras que las mujeres del grupo control presentaron niveles moderados y bajos de ansiedad. Además, comprobaron que las altas puntuaciones en ansiedad en mujeres jóvenes aumenta considerablemente la probabilidad de desarrollar un TCA.

En México, en una investigación realizada por Silva (2001) con pacientes con anorexia y bulimia se observó una alta incidencia de ansiedad y depresión, por lo tanto estos hallazgos se suman a la evidencia de que los trastornos psiquiátricos con más frecuencia asociados a los alimentarios son los depresivos y los de ansiedad (Jiménez, 2007).

Considerando los datos anteriores, en los que se muestra que los TCA tienen alta comorbilidad con ansiedad y depresión, es posible que ambas entidades psicopatológicas puedan

considerarse como factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de tales trastornos (Maganto, 2011).

Ansiedad y Depresión en la Adolescencia

Las investigaciones en el campo de la ansiedad se han encontrado a lo largo de su historia con dos grandes problemas, por una parte, la ambigüedad conceptual del constructo “ansiedad”, y por otra, los problemas metodológicos para abordarla de forma operativa, sin embargo, todos los enfoques psicológicos han estudiado de diferentes maneras la ansiedad, por lo que ha sido definida desde las líneas psicodinámicas, humanistas, existenciales, conductistas, psicométricas e incluso a través de la teoría cognitivo-conductual (Casado, 1994).

Miguel (1990) propone que la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos, además señala que la respuesta de ansiedad se da tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas e imágenes que son percibidos como peligrosos y amenazantes, además enfatiza que el tipo de estímulo capaz de provocar respuestas de ansiedad estará determinado en gran medida por las características del sujeto.

Por su parte, el DSM-IV-TR (APA, 2000) define ansiedad como la anticipación aprensiva de un peligro futuro o adversidad, que se acompaña por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión.

En lo referente a la etiología de la ansiedad, se conoce que algunos de los factores que intervienen son biológicos (p.ej. herencia de rasgos de personalidad), así como psicológicos (p. ej. percepción de falta de control) (Barlow, 2002).

Con frecuencia al hablar de ansiedad se hace referencia a un estado emocional displacentero, que puede volverse patológico cuando se manifiesta de forma desadaptativa y disfuncional, caracterizado por un sentimiento de miedo con signos somáticos (opresión en el pecho, sudoración, taquicardia, piloerección, hiperventilación e hipertensión, etc.) a los que se suman manifestaciones cognitivas (fantasías, ideas o aprensiones de lo que sucedió o puede suceder) y conductuales (inquietud, distractibilidad, inhibición y aislamiento) (Solloa, 2006).

Cabe decir que es importante, distinguir entre la mera sintomatología ansiosa, o bien, si se trata de un síndrome como tal, que conforma un cuadro específico (Jiménez, 2007). Por su parte Spielberger (1966), sostiene que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operacionalmente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad y es así que a través de su teoría Rasgo-Estado hace la distinción entre ambos.

Los estados de ansiedad son considerados como un proceso emocional transitorio, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo, que comienza con la valoración por parte del individuo de los estímulos (internos o externos) y se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión, así como por una alta activación del sistema nervioso autónomo, sin embargo, el nivel del estado de ansiedad dependerá de la percepción del sujeto, es decir, de una variable subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación. El rasgo de ansiedad, es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad (Spielberger, 1972).

Spielberger (1972) resume su teoría acerca de la ansiedad vista como estado o rasgo en los siguientes puntos:

- Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo, los niveles altos de estado de ansiedad serán experimentados como displacenteros.
- La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.
- El tiempo que dura un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.
- Los individuos que presentan el rasgo de ansiedad elevado tenderán a percibir las situaciones o circunstancias que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima como más amenazantes que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.

La comorbilidad de ansiedad con otros trastornos es alta, el patrón más frecuente es el de ansiedad-depresión, en el caso de la población adolescente se ha reportado la ansiedad como primer diagnóstico y la depresión como segundo (Essau, 2003), lo cual coincide con los datos en México de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la que se encontró que los padecimientos con mayor proporción de gravedad en la adolescencia fueron los trastornos de ánimo (entre los que se encuentra la depresión) y en menor proporción los trastornos ansiosos, sin embargo, se encontró que los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de ánimo (Benjet et al, 2009).

Además, la UNICEF señala que en el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como ansiedad o depresión.

La depresión es entendida como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2012)

Entre los factores causales de la depresión en el adolescente se encuentran el genético, ya que existe mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Asimismo, se ha informado de la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Por otro lado, se han detectado factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Y también se ha documentado que los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también influyen en el desarrollo de depresión (Leyva *et al.*, 2007).

La ansiedad y depresión tienen muchas características en común, ya que comparten algunos síntomas como la irritabilidad, la inquietud, los trastornos del sueño y la alimentación, son comunes en ambos tipos de trastornos, además tanto la ansiedad, como la depresión se pueden expresar como estados emocionales más o menos transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables (Martín, Grau y Grau, 2003).

La adolescencia representa un momento crítico para la salud debido a que muchos de los factores relacionados con hábitos negativos y con fallecimientos a edades tempranas en la edad adulta comienzan en la adolescencia (Santrock, 2006).

Considerando la ansiedad y la depresión como problemas de salud frecuentes en la adolescencia, cabe precisar que un trastorno mental a esa edad tiene un costo elevado no sólo por el sufrimiento que representa, sino por las consecuencias que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta, como por ejemplo menor alcance educacional, ocupacional y económico, así como una baja productividad laboral y relaciones interpersonales disfuncionales (Benjet *et al.*, 2009).

Método

Planteamiento del Problema

La adolescencia es un periodo en el que existe preocupación por el cuerpo, tanto por el peso como por la figura. Además, el adolescente se enfrenta a la necesidad de integrar a su autoimagen las modificaciones corporales propias de su momento de crecimiento y maduración (Abraham y Llewelyn, 2005; Jones *et al.*, 2001; Santrock, 2006; Sobremonte *et al.*, 2000). Sin embargo, una excesiva preocupación por la apariencia física es considerada como un factor que contribuye a la aparición de los TCA, especialmente en población juvenil, pues se asocia con conductas y actitudes poco saludables que afectan de manera particular la alimentación (Cash *et al.*, 2004; Costa y Jofre, 2013).

El DSM-IV-TR (APA, 2000) indica que la prevalencia de los TCA se encuentra entre el 0.5 y 1% para el caso de la anorexia nerviosa, mientras que para la bulimia nerviosa se ubica entre 1 y 3%, específicamente, precisa que la incidencia entre mujeres y hombres en ambos trastornos es distinta teniendo una proporción de 10 a 1 respectivamente. Por su parte, en México la ENSANUT 2012, destaca que el riesgo de sufrir un TCA ha aumentado durante los últimos años, específicamente en población adolescente, siendo así que el 1.3% (0.9 mujeres y 0.4 hombres) de los jóvenes mexicanos se encuentra en peligro de padecer alguno de ellos (dicha cifra es medio punto porcentual más alta que la registrada en la ENSANUT 2006). En adición a lo anterior, el riesgo de presentar conductas patológicas es mayor a medida en que se incrementa el IMC (Jiménez y Silva, 2008).

Además de considerarse como un factor de riesgo para los TCA, la preocupación por la apariencia física en la adolescencia es una situación que se asocia con trastornos emocionales (Cash *et al.*, 2004).

Se conoce que dos de los trastornos emocionales que tienen alta comorbilidad con los TCA son ansiedad y depresión (Silva, 2001), los cuales según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica son dos de los padecimientos con mayor proporción de gravedad en los jóvenes (Benjet *et al.*, 2009; Medina *et al.*, 2003).

Justificación

La adolescencia es una etapa en la que se brinda gran atención a la apariencia física y que constituye un momento crítico para la adopción de conductas relacionadas con la salud.

Día a día, los adolescentes están expuestos por diferentes medios de comunicación a información referente a la importancia de la apariencia física, lo cual desde la perspectiva de los auto-esquemas promueve que los jóvenes continuamente evalúen su apariencia y pongan en marcha diferentes mecanismos, tanto cognitivos como conductuales, para alcanzar los ideales culturales de belleza.

Se sabe que la preocupación por la apariencia física se ha vinculado con actitudes negativas hacia el peso y la alimentación, lo cual es un factor de riesgo para la aparición de TCA, sin embargo se tiene información reducida acerca de qué actitudes y conductas pueden estar asociadas a dicha preocupación. Asimismo, se sabe que los TCA se encuentran vinculados con los trastornos de ansiedad y depresión, a pesar de ello, se tiene poca información acerca de la

relación entre la preocupación por la apariencia física y la propensión de las personas a sufrir ansiedad y depresión, es decir, ambas entidades como rasgo.

Dado que los TCA tienen una incidencia cada vez mayor, es importante explorar si existe relación entre la preocupación de los adolescentes por su apariencia física, ansiedad, depresión y actitudes hacia la alimentación, para así conocer de una forma más amplia qué se encuentra asociado a uno de los factores de riesgo que contribuye al desarrollo de este tipo de trastornos.

Indagar acerca de los factores de riesgo para los TCA tanto en mujeres como en hombres adolescentes, es importante ya que pertenecen a una población considerada propensa a ellos para la cual es necesario desarrollar estrategias preventivas al respecto.

En general todo conocimiento contribuye al cuerpo de conocimiento, el cual sirve para crear programas de prevención e intervención focalizados que permitan abordar no sólo problemática instalada sino también la serie de trastornos que se pueden encontrar asociados.

Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre la preocupación por la apariencia física, la ansiedad-rasgo, la depresión-rasgo y las actitudes hacia la alimentación en un grupo de adolescentes?

Objetivos

Objetivo General

- Determinar si existe relación entre la preocupación por la apariencia física, ansiedad-rasgo, depresión-rasgo y las actitudes hacia la alimentación en un grupo de adolescentes.

Objetivos Específicos

Indagar:

- Si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la preocupación por la apariencia física, importancia auto-evaluativa e importancia motivacional.
- Si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los niveles de ansiedad rasgo y depresión rasgo.
- Si existe relación entre la preocupación por la apariencia física y ansiedad-rasgo, y si dicha relación cambia entre hombres y mujeres, así como en personas con diferente IMC.
- Si existe relación entre la preocupación por la apariencia física y depresión-rasgo, y si dicha relación varía entre hombres y mujeres, así como en personas de diferente IMC.
- Si existe relación entre la preocupación por la apariencia física y las actitudes hacia la alimentación en un grupo de adolescentes, asimismo explorar si las relaciones cambian entre hombres y mujeres, así como en personas con diferente IMC.

Variables

Variables Independientes

Preocupación por la apariencia física

- Definición conceptual: se refiere a una serie de generalizaciones cognitivas que se activan con eventos del ambiente y que lleva a un proceso de autoevaluación cargada de afecto acerca de la apariencia propia. Tiene 2 componentes: importancia auto-evaluativa (grado en que un individuo se define y mide a través de la apariencia física) e importancia

motivacional (grado en que la persona atiende y se compromete en conductas para controlar su apariencia) (Cash, 2002).

- Definición operacional: la puntuación obtenida en el Inventario de Esquemas sobre la Apariencia – Revisado (ASI-R por sus siglas en inglés; Cash *et al.*, 2004; Silva *et al.*, 2015).

Variables Dependientes

Actitudes hacia la alimentación

- Definición conceptual: se refiere a los factores que propone el EAT-40 (Álvarez *et al.*, 2004) a través de los cuales se miden conductas y actitudes que son características de la población con desórdenes alimentarios. Los factores son: dieta restrictiva (evitación de alimentos considerados engordantes o hipercalóricos), bulimia (realización de atracones y conductas compensatorias como vómitos), motivación para adelgazar (preocupación por el sobrepeso y obesidad, así como deseo y práctica de conductas para adelgazar), preocupación por la comida (pensamientos obsesivos respecto la comida) y presión social percibida (grado de presión social que la persona experimenta para que aumente su ingestión y peso).
- Definición operacional: la puntuación obtenida en el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40 por sus siglas en inglés; Garner y Garfinkel, 1979; Álvarez *et al.*, 2004) y con el Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP; Silva y Jiménez, en proceso)

Ansiedad-Rasgo

- Definición conceptual: se refiere a la propensión o tendencia de un individuo a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con sentimientos de tensión y de aprensión, así como elevación de la actividad del sistema nervioso central (Spielberger y Díaz, 1975).
- Definición operacional: la puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE; Spielberger y Díaz, 1975).

Depresión-Rasgo

- Definición conceptual: propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable (Martín, Grau y Grau, 2003).
- Definición operacional: la puntuación obtenida en el Inventario de Depresión: Rasgo – Estado (IDERE: Martín, Grau y Grau, 2003).

Diseño

La presente investigación es de tipo correlacional ya que tiene como propósito medir el grado de relación entre las variables y de corte transversal debido a que los datos fueron recolectados en un sólo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

Participantes

En la presente investigación participaron 413 adolescentes hombres y mujeres cuya edad fluctuó entre los 18 y 23 años, debido a que dicha población se encuentra en la última etapa de la adolescencia, la cual es vista como un periodo en el que se incuban muchos de los problemas de

salud mental que se manifestaran en etapas posteriores y de acuerdo con autores como Portela *et al.* (2012) y Unikel *et al.* (2002; 2006) es el periodo en la que se presenta mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo y de indicadores de anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa. Estos problemas influyen en el desarrollo educativo, laboral y relacional, así como en la aparición de conductas de riesgo y hábitos de vida poco saludables (Benjet *et al.*, 2009).

Instrumentos

- Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP; Silva y Jiménez, en proceso). Es un instrumento que evalúa las creencias y actitudes hacia la alimentación a través de veinticuatro reactivos que tienen cuatro opciones de respuesta tipo Likert donde 4 significa siempre y 1 nunca. Los reactivos son agrupados en cinco factores, que son: creencias erróneas acerca del control de peso ($\alpha = .91$), alimentación y emociones agradables ($\alpha = .82$), desinhibición emocional ($\alpha = .82$), desinhibición situacional ($\alpha = .67$) e importancia otorgada al peso corporal ($\alpha = .69$).
- Inventario de Esquemas sobre la Apariencia – Revisado (ASI-R por sus siglas en inglés; Cash *et al.*, 2004; Silva *et al.*, 2015). Es un instrumento que evalúa la preocupación por la apariencia física en relación a las creencias o supuestos acerca de la importancia, el significado y la influencia de la apariencia física en la vida propia (Cash *et al.*, 2004). La versión para la muestra mexicana consta de 16 ítems que se responden con una escala tipo Likert donde 4 equivale a totalmente de acuerdo y 1 a totalmente desacuerdo. Los ítems se encuentran distribuidos en dos factores: importancia autoevaluativa e importancia motivacional. La confiabilidad para las 2

- subescalas fluctuó entre $\alpha = 0.86$ y $\alpha = 0.89$, mientras que el alfa general del instrumento fue de 0.92.
- Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40 por sus siglas en inglés; Álvarez *et al.*, 2004; Garner y Garfinkel, 1979). Es un cuestionario de autorreporte creado para evaluar síntomas y conductas características de la anorexia a partir de 40 reactivos con seis opciones en una escala tipo Likert donde 6 equivale a siempre y 1 a nunca. La confiabilidad del instrumento en la validación para población mexicana fluctuó entre $\alpha = 0.90$ y 0.93 en población con TCA y población general. El instrumento consta de cinco factores que agruparon 25 reactivos, tales factores son: restricción alimentaria ($\alpha = .88$), bulimia ($\alpha = .87$), motivación para adelgazar ($\alpha = .85$), preocupación por la comida ($\alpha = .77$) y presión social percibida ($\alpha = .76$).
 - Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger y Díaz, 1975). Se utilizará la sub-escala que evalúa la ansiedad rasgo la cual es una propensión o tendencia de un individuo a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con sentimientos de tensión y de aprensión, así como elevación de la actividad del sistema nervioso central. Consta de 20 ítems con cuatro opciones de respuesta en el que 4 equivale a casi siempre y 1 a casi nunca. La confiabilidad del instrumento fluctúa entre $\alpha = 0.86$ y 0.92.
 - Inventario de Depresión Rasgo-Estado (Martín, Grau y Grau, 2003). Se utilizará la sub-escala que evalúa la depresión rasgo la cual es una propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable. Consta de 22 ítems con cuatro opciones de respuesta en el que 4 equivale a casi siempre y 1 a casi nunca. La confiabilidad del instrumento es de $\alpha = 0.78$.

Procedimiento

Se solicitó la participación de estudiantes de nivel licenciatura de instituciones públicas y privadas del Distrito Federal y del Estado de México. Tras conseguir el consentimiento informado de las autoridades correspondientes y los participantes, se realizó la aplicación grupal en salones de clase. A cada alumno se le otorgó un paquete que contenía los cinco instrumentos y un formato adicional en el que colocaron de forma anónima información referente a: sexo, edad, escolaridad, asimismo se contó datos respecto a su estatura y peso aproximados que las mismas personas reportaron, cabe precisar que de acuerdo con Osuna, Hernández, Campusano y Salmerón (2006) el autorreporte de tales medias guarda una adecuada relación con las medidas reales. Después, se procedió a realizar el análisis estadístico de la información con el programa SPSS 20.

Resultados

En el estudio participaron 413 jóvenes universitarios que pertenecían a las carreras de Psicología, Administración, Ingeniería, Fisioterapia, Enfermería y Derecho, 270 mujeres y 143 hombres (Figura 1).

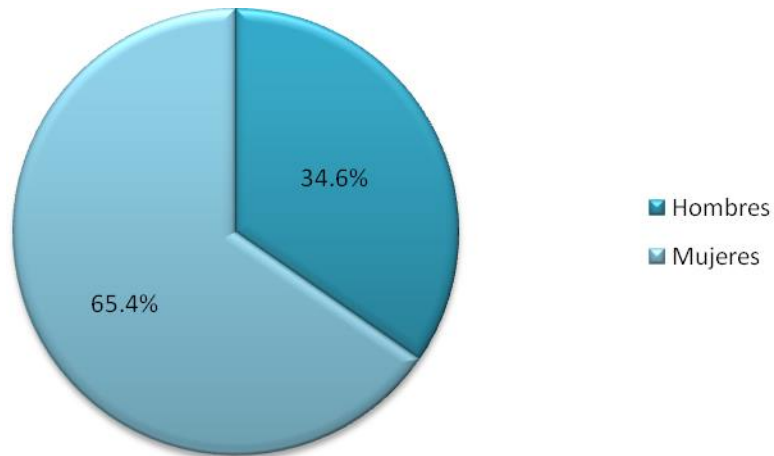


Figura 1. Distribución porcentual de la muestra por sexo

La edad de los participantes fluctuó entre 18 y 23 años con una $M=20.14$ y $D.E.=1.44$ (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de la muestra por edad

Edad	N	%
18	75	18.2
19	63	15.3
20	102	24.7
21	101	24.5
22	48	11.6
23	24	5.8
Total	413	100

Con el autorreporte de los participantes acerca de su estatura y peso y al considerar los parámetros establecidos por la OMS, la mayor parte de los participantes presentó un peso normal (74.9%), sin embargo, se debe tener en cuenta que el 16.3 % presentó sobrepeso y el 3.2% obesidad (Tabla 3).

Tabla 3

Distribución de la muestra por Índice de Masa Corporal

IMC	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	16	6	7	4.9	23	5.6
Normo peso	206	76.9	101	71.1	307	74.9
Sobrepeso	41	15.3	26	18.3	67	16.3
Obesidad	5	1.9	8	5.6	13	3.2
TOTAL	268	100	142	100	410	100

En lo referente a la preocupación por la apariencia física el grupo obtuvo una $M=40.41$ y $D.E.=8.91$. Específicamente en el factor llamado importancia auto-evaluativa obtuvieron una $M=21.40$ y $D.E.=5.87$, mientras que en importancia motivacional la $M=18.95$ y $D.E.=4.19$.

Con la finalidad de examinar si existían diferencias entre hombres y mujeres respecto a la preocupación por la apariencia física y sus componentes, importancia auto-evaluativa e importancia motivacional, se procedió a realizar una prueba t para muestras independientes. Los resultados señalan que se presentaron diferencias significativas entre las medias del puntaje total de la preocupación por la apariencia ($t= 2.12$, $gl= 405$, $p=0.034$) y la importancia auto-evaluativa ($t= 2.19$, $gl= 408$, $p=0.029$), sin embargo, las medias de hombres y mujeres en importancia motivacional no presentaron diferencias significativas ($t= 1.69$, $gl= 408$, $p=0.091$) (Tabla 4).

Tabla 4

Contraste entre hombres y mujeres en la preocupación por la apariencia física

Variable	Mujeres		Hombres		T	P	95% IC		d de Cohen
	M	DE	M	DE			LI	LS	
ASI-R Total	41.08	8.53	39.10	9.50	2.12	0.034	0.14	3.80	0.21
Importancia Auto-evaluativa	21.86	5.67	20.52	6.16	2.19	0.029	0.13	2.53	0.22
Importancia Motivacional	19.21	3.99	18.47	4.52	1.69	0.091	-0.11	1.59	0.17

Nota: IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior.

En lo que respecta a la variable de ansiedad-rasgo el grupo obtuvo una $M=40.41$ y $D.E.=10.73$. Para conocer si existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en los puntajes de ansiedad-rasgo se realizó una prueba t para muestras independientes. Los resultados indican la presencia de diferencias significativas entre sexos ($t= 3.37$, $gl= 386$, $p=0.001$); las mujeres mostraron un mayor nivel de ansiedad-rasgo en comparación con los hombres (Ver tabla 5).

Tabla 5

Contraste entre hombres y mujeres en ansiedad-rasgo

Variable	Mujeres		Hombres		T	P	95% IC		d de Cohen
	M	DE	M	DE			LI	LS	
Ansiedad rasgo	42.12	10.74	38.30	10.30	3.37	.001	1.59	6.04	0.36

Nota: IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior.

Para conocer la relación entre los dos componentes de la preocupación por la apariencia física con la ansiedad-rasgo, se calculó una correlación utilizando la r de Pearson. Los resultados señalan que en todo el grupo existe una asociación estadísticamente significativa, positiva y

moderada entre la preocupación en general por la apariencia y la ansiedad-rasgo ($r=0.431$, $p<0.01$). En lo referente a la relación de los dos componentes de la preocupación por la apariencia, los resultados indican que en el caso de la importancia auto-evaluativa existe una correlación positiva y moderada con la ansiedad-rasgo ($r=0.524$, $p<0.01$), sin embargo, el componente llamado importancia motivacional tuvo una correlación significativa pero baja con la variable de ansiedad-rasgo ($r=0.167$, $p<0.01$) (Tabla 6).

Tabla 6

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Ansiedad Rasgo
ASI-R Total	.920**	.836**	.431**
Importancia Auto-evaluativa		.554**	.524**
Importancia Motivacional			.167**

** $p<0.01$

Al considerar los resultados de las pruebas t realizadas con los puntajes totales de preocupación por la apariencia física y ansiedad-rasgo, en las que se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, se procedió a analizar la correlaciones entre la preocupación por la apariencia y sus componentes con ansiedad-rasgo en hombres y mujeres por separado. En las mujeres, se encontró que los índices de correlación entre la preocupación por apariencia y la ansiedad como rasgo fueron más altos que en los hombres, específicamente en las mujeres, la correlación más fuerte se presentó entre la importancia auto-evaluativa y la ansiedad-rasgo ($r=0.610$ **, $p<0.01$), asimismo la preocupación por la apariencia en general se asoció con ansiedad-rasgo de forma positiva y moderada ($r=0.518$ **, $p<0.01$) (Tabla 7).

Tabla 7

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en mujeres

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Ansiedad Rasgo
ASI-R Total	.919**	.828**	.518**
Importancia Auto-evaluativa		.540**	.610**
Importancia Motivacional			.251**

** $p < 0.01$

En el caso de los hombres, las correlaciones entre la preocupación por la apariencia física y sus componentes con la ansiedad-rasgo fueron más bajas, y al igual que en el grupo de las mujeres la correlación más alta en los hombres se presentó entre importancia auto-evaluativa y ansiedad-rasgo ($r=0.341$, $p < 0.01$) (Tabla 8).

Tabla 8

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en hombres

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Ansiedad Rasgo
ASI-R Total	.920**	.845**	.236**
Importancia Auto-evaluativa		.568**	.341**
Importancia Motivacional			-.026

** $p < 0.01$

Al analizar la relación entre la preocupación por la apariencia física y sus componentes con la ansiedad rasgo en los subgrupos normopeso y sobrepeso, se encontró que en las personas normopeso la relación significativa más elevada se presentó entre la importancia auto-evaluativa y ansiedad-rasgo ($r=0.517$, $p<0.01$) la cual es positiva y moderada, y que la relación entre ansiedad-rasgo y la preocupación en general resultó significativa y moderada ($r=0.411$, $p<0.01$) (Tabla 9).

Tabla 9

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad rasgo en participantes normopeso

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Ansiedad Rasgo
ASI-R Total	.924**	.840**	.411**
Importancia Auto-evaluativa		.569**	.517**
Importancia Motivacional			.126

** $p<0.01$

En las personas con sobrepeso, al igual que las personas normopeso, la relación más alta se presentó entre el componente de importancia auto-evaluativa y ansiedad-rasgo ($r=0.562$, $p<0.01$), la cual es una correlación positiva y moderada, asimismo la relación entre preocupación por la apariencia y ansiedad-rasgo fue significativa, positiva y moderada ($r=0.473$, $p<0.01$) (Tabla 10).

Tabla 10

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y ansiedad-rasgo en participantes con sobrepeso

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Ansiedad Rasgo
ASI-R Total	.936**	.856**	.473**
Importancia Auto-evaluativa	-	.620**	.562**
Importancia Motivacional	.620**	-	.228

** $p < 0.01$

En lo que respecta a la depresión-rasgo el grupo de participantes obtuvo una $M = 43.96$ y $D.E. = 10.91$. Para explorar si existían diferencias significativas en depresión-rasgo entre hombres y mujeres se realizó una prueba t para muestras independientes. El resultado de la prueba señala que no existen diferencias significativas entre las medias de ambos sexos en la variable depresión-rasgo ($t = 0.95$, $gl = 389$, $p < 0.34$) (Tabla 11).

Tabla 11

Contraste entre hombres y mujeres en depresión-rasgo

Variable	Mujeres		Hombres		T	P	95% IC		d de Cohen
	M	DE	M	DE			LI	LS	
Depresión rasgo	44.34	11.10	43.24	10.55	.95	.34	-1.17	3.36	0.10

Nota: IC=intervalo de confianza; LI=límite inferior; LS=límite superior.

En lo referente a la relación entre la preocupación por la apariencia y la depresión-rasgo en todos los participantes, los resultados señalan que la relación significativa más fuerte se presentó entre la depresión-rasgo e importancia auto-evaluativa, la cual es moderada ($r=0.478$, $p<0.01$). Por otro lado, es importante destacar que el componente denominado importancia motivacional mostró una correlación nula con la depresión-rasgo ($p=0.074$, $p<0.01$) (Tabla 12).

Tabla 12

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Depresión Rasgo
ASI-R Total	.920**	.836**	.357**
Importancia Auto-evaluativa		.554**	.478**
Importancia Motivacional			.074

** $p<0.01$

Al dividir la población por sexo y analizar la relación entre la apariencia física y sus componentes con la depresión-rasgo, se encontró que en las mujeres las correlaciones fueron más altas que en los hombres, de forma que el puntaje total de preocupación por la apariencia correlacionó moderadamente con la depresión-rasgo ($r=0.440$, $p<0.01$) y la importancia auto-evaluativa correlacionó de manera moderada con la depresión-rasgo ($r=0.565$, $p<0.01$) (Tabla 13).

Tabla 13

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en mujeres

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Depresión Rasgo
ASI-R Total	.919**	.828**	.440**
Importancia Auto-evaluativa		.540**	.565**
Importancia Motivacional			.130

** $p < 0.01$

En el grupo de hombres la relación entre la preocupación por la apariencia y sus componentes con la depresión-rasgo fue menor, los resultados señalan una relación nula entre la importancia motivacional y la depresión-rasgo ($r = -0.036$, $p < 0.01$) y la relación entre importancia auto-evaluativa y depresión-rasgo es positiva pero baja ($r = 0.315$, $p < 0.01$) (Tabla 14).

Tabla 14

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en hombres

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Depresión Rasgo
ASI-R Total	.920**	.845**	.200*
Importancia Auto-evaluativa		.568**	.315**
Importancia Motivacional			-.036

** $p < 0.01$

Al analizar la relación entre la preocupación por la apariencia y sus componentes con la depresión-rasgo en las categorías normopeso y sobrepeso de IMC, se encontró que en el caso de las personas normopeso la asociación más elevada se presentó entre la importancia auto-evaluativa y la depresión-rasgo ($r=0.480$, $p<0.01$), además se dio una correlación significativa aunque baja entre el puntaje total de preocupación por la apariencia y depresión-rasgo ($r=0.347$, $p<0.01$) (Tabla 15).

Tabla 15

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en participantes normopeso

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Depresión Rasgo
ASI-R Total	.924**	.840**	.347**
Importancia Auto-evaluativa		.569**	.480**
Importancia Motivacional			.042

** $p<0.01$

En las personas con sobrepeso la asociación significativa más elevada se presentó entre importancia auto-evaluativa y depresión-rasgo ($r=0.457$, $p<0.01$) y en lo que se refiere al puntaje total de preocupación por la apariencia se presentó una relación significativa aunque baja con depresión-rasgo ($r=0.359$, $p<0.01$) (Tabla 16).

Tabla 16

Correlación entre la preocupación por la apariencia física (ASI-R) y depresión-rasgo en participantes con sobrepeso

	Importancia Auto-evaluativa	Importancia Motivacional	Depresión Rasgo
ASI-R Total	.936**	.856**	.359**
Importancia Auto-evaluativa		.620**	.457**
Importancia Motivacional			.149

** $p < 0.01$

Una vez que se analizaron diferentes relaciones entre la preocupación por la apariencia física y sus componentes con ansiedad y depresión ambas como rasgo, se procedió a analizar la relación entre éstas dos últimas, la cual resultó significativa, positiva y elevada ($r=0.844$, $p < 0.01$), lo cual señala que a mayor ansiedad-rasgo mayor probabilidad de presentar depresión-rasgo.

Posteriormente, se continuó con el análisis de la relación entre la preocupación por la apariencia física y las actitudes hacia la alimentación las cuales se midieron con el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979; Álvarez et al., 2004) y con el Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP; Silva y Jiménez, en proceso), el primero de ellos es utilizado como un instrumento de tamizaje que permite detectar riesgo para TCA, por lo tanto, el puntaje total permitió detectar el porcentaje de participantes en riesgo de presentar TCA. Los resultados muestran que el 7.1% presentó riesgo para un TCA no especificado, esto quiere decir que no cumple los criterios para anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, pero que presentan ciertas conductas que ponen en riesgo su salud.

Asimismo, un porcentaje menor (6.3%) presentó un nivel elevado de riesgo para presentar TCA específicos, es decir, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa. Al dividir el grupo por sexo, se encontró que existe un mayor porcentaje de mujeres en riesgo de presentar TCA en comparación con los hombres (Ver tabla 17).

Tabla 17

Distribución de la muestra con riesgo para TCA y sin riesgo TCA

EAT-40	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sin TCA	210	84	108	92.3	318	86.6
TCANE	20	8	6	5.1	26	7.1
TCA	20	8	3	2.6	23	6.3
Total	250	100	117	100	367	100

Nota: Sin TCA= sin trastorno de la conducta alimentaria; TCANE=trastorno de la conducta alimentaria no especificado; TCA=trastorno de la conducta alimentaria anorexia o bulimia nerviosas.

El Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40; Garner y Garfinkel, 1979; Álvarez *et al.*, 2004) se divide en cinco factores que son: restricción alimentaria, bulimia, motivación para adelgazar, preocupación por la comida y presión social percibida, por lo tanto para realizar las correlaciones se tomaron en cuenta el puntaje total y cada uno de ellos. Los resultados señalan que en el grupo de participantes, las asociaciones significativas y más elevadas se presentaron entre el puntaje total de preocupación por la apariencia con el puntaje total del EAT-40 ($r=0.409$, $p<0.01$) y con la motivación para adelgazar ($r=0.498$, $p<0.01$). Además, la importancia auto-evaluativa también correlacionó de forma significativa, positiva y moderada con el puntaje total del EAT-40 ($r=0.425$, $p<0.01$) y con la motivación para adelgazar ($r=0.485$, $p<0.01$) (Tabla 18).

Tabla 18

Correlación entre preocupación por la apariencia física y EAT-40

	Imp. Auto- eva.	Imp. Mot.	EAT- 40 Total	RA	BUL	MA	PC	PSP
ASI-R Total	.920**	.836**	.409**	.319**	.266**	.498**	.243**	.200**
Importancia Auto- evaluativa		.554**	.425**	.317**	.263**	.485**	.286**	.191**
Importancia Motivacional			.267**	.218**	.188**	.379**	.092	.151**

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; RA= restricción alimentaria; BUL= bulimia; MA= motivación para adelgazar; PC= preocupación por la comida; PSP= presión social percibida

** $p < 0.01$

El Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso (CECAP; Silva y Jiménez, en proceso), que también fue utilizado para medir actitudes hacia la alimentación, se divide en cinco factores: creencias erróneas acerca del control de peso, alimentación y emociones agradables, desinhibición emocional, desinhibición situacional e importancia otorgada al peso corporal. Al relacionar la preocupación por la apariencia física con los factores del CECAP, se encontró que la preocupación por la apariencia se asoció de forma significativa, positiva y moderada con las creencias erróneas acerca del control de peso ($r=0.528$, $p < 0.01$) y con la importancia otorgada al peso corporal ($r=0.485$, $p < 0.01$). En el caso de la importancia auto-evaluativa, también correlacionó de forma significativa y moderada con creencias erróneas acerca del control de peso ($r=0.565$, $p < 0.01$) y con la importancia otorgada al peso corporal ($r=0.463$, $p < 0.01$) (Ver tabla 19).

Tabla 19

Correlación entre preocupación por la apariencia física y CECAP

	Imp. Auto- eva.	Imp. Mot.	CE	AEA	DE	DS	IPC
ASI-R Total	.920**	.836**	.528**	-.086	.274**	.199**	.485**
Importancia Auto- evaluativa		.554**	.565**	-.110*	.289**	.203**	.463**
Importancia Motivacional			.330**	-.030	.159**	.146**	.380**

Nota: Imp. Auto-eval.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; CE= creencias erróneas acerca del control de peso; AEA= alimentación y emociones agradables; DE= desinhibición emocional; DS= desinhibición situacional; IPC= importancia otorgada al peso corporal

** $p < 0.01$

Al dividir el grupo por sexo y examinar las correlaciones entre la preocupación por la apariencia física con el EAT-40 y sus factores se encontró que en el caso de las mujeres, las asociaciones significativas, positivas y moderadas se presentaron entre la preocupación por la apariencia con el puntaje total del EAT-40 ($r=0.425$, $p < 0.01$) y con el factor llamado motivación para adelgazar ($r=0.493$, $p < 0.01$). Asimismo, la importancia auto-evaluativa correlacionó significativamente con el puntaje total del EAT-40 ($r=0.452$, $p < 0.01$) y con motivación para adelgazar ($r=0.483$, $p < 0.01$) (Ver tabla 20).

Tabla 20

Correlación entre preocupación por la apariencia física y EAT-40 en mujeres

	Imp. Auto- eva.	Imp. Mot.	EAT- 40 Total	RA	BUL	MA	PC	PSP
ASI-R Total	.919**	.828**	.425**	.325**	.264**	.493**	.281**	.192**
Importancia Auto- evaluativa		.540**	.452**	.327**	.255**	.483**	.345**	.190**
Importancia Motivacional			.265**	.230**	.201**	.367**	.109	.141

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; RA= restricción alimentaria; BUL= bulimia; MA= motivación para adelgazar; PC= preocupación por la comida; PSP= presión social percibida

** $p < 0.01$

En el caso del grupo de los hombres, se observa que las correlaciones significativas, positivas y moderadas se presentaron entre la preocupación por la apariencia física y motivación para adelgazar ($r=0.530$, $p < 0.01$), así como entre la importancia auto-evaluativa y motivación para adelgazar ($r=0.504$, $p < 0.01$) (Ver tabla 21).

Tabla 21

Correlación entre preocupación por la apariencia física y EAT-40 en hombres

	Imp. Auto- eva.	Imp. Mot.	EAT- 40 Total	RA	BUL	MA	PC	PSP
ASI-R Total	.920**	.845**	.366**	.310**	.270**	.530**	.171	.221
Importancia Auto- evaluativa		.568**	.348**	.296**	.279**	.504**	.163	.198
Importancia Motivacional			.285**	.196	.167	.424**	.065	.174

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; RA= restricción alimentaria; BUL= bulimia; MA= motivación para adelgazar; PC= preocupación por la comida; PSP= presión social percibida

** $p < 0.01$

Al continuar con el grupo dividido por sexo y analizar las correlaciones entre la preocupación por la apariencia física y los factores del CECAP, se encontró que en las mujeres las correlaciones significativas, positivas y moderadas se presentaron entre la preocupación por la apariencia con las creencias erróneas acerca del control peso ($r=0.527, p<0.01$) y la importancia otorgada al peso corporal ($r=0.480, p<0.01$). La importancia auto-evaluativa se asoció de forma significativa y moderada con las creencias erróneas acerca del control de peso ($r=0.549, p<0.01$) y con la importancia otorgada al peso corporal ($r=0.463, p<0.01$) (Ver tabla 22).

Tabla 22

Correlación entre preocupación por la apariencia física y CECAP en mujeres

	Imp. Auto-eva.	Imp. Mot.	CE	AEA	DE	DS	IPC
ASI-R Total	.919**	.828**	.527**	-.107	.260**	.154	.480**
Importancia Auto-evaluativa		.540**	.549**	-.131*	.262**	.171**	.463**
Importancia Motivacional			.344**	-.043	.183**	.087	.366**

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; CE= creencias erróneas acerca del control de peso; AEA= alimentación y emociones agradables; DE= desinhibición emocional; DS= desinhibición situacional; IPC= importancia otorgada al peso corporal

** $p<0.01$

En el grupo de hombres, la preocupación por la apariencia se asoció significativa y moderadamente con las creencias erróneas acerca del control de peso ($r=.512, p<0.01$) y con la importancia otorgada al peso corporal ($r=.509, p<0.01$). La importancia auto-evaluativa se relacionó de forma significativa y moderada con las creencias erróneas acerca del control de peso ($r=.577, p<0.01$) y con la importancia otorgada al peso corporal ($r=.478, p<0.01$). Es importante destacar que la importancia motivacional se asoció de forma significativa y moderada con la importancia otorgada al peso corporal ($r=.414, p<0.01$) (Ver tabla 23).

Tabla 23

Correlación entre preocupación por la apariencia física y CECAP en hombres

	Imp. Auto-eva.	Imp. Mot.	CE	AEA	DE	DS	IPC
ASI-R Total	.920**	.845**	.512**	-.026	.272**	.318**	.509**
Importancia Auto-evaluativa		.568**	.577**	-.046	.315**	.297**	.478**
Importancia Motivacional			.285**	.010	.098	.275**	.414**

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; CE= creencias erróneas acerca del control de peso; AEA= alimentación y emociones agradables; DE= desinhibición emocional; DS= desinhibición situacional; IPC= importancia otorgada al peso corporal

** $p < 0.01$

Al dividir el grupo por índice de masa corporal y explorar las relaciones entre la preocupación por la apariencia física con el EAT-40 y sus factores, se encontró que el subgrupo de las personas normopeso, el factor llamado motivación para adelgazar, se asoció de forma positiva y moderada con la preocupación por la apariencia física ($r=.460, p < 0.01$) y con la importancia auto-evaluativa ($r=.433, p < 0.01$) (Ver tabla 24).

Tabla 24

Correlación entre preocupación por la apariencia física y EAT-40 en participantes normopeso

	Imp. Auto-eva.	Imp. Mot.	EAT-40 Total	RA	BUL	MA	PC	PSP
ASI-R Total	.924**	.840**	.388**	.283**	.262**	.460**	.241**	.254**
Importancia Auto-evaluativa		.569**	.388**	.274**	.252**	.433**	.270**	.266**
Importancia Motivacional			.278**	.195**	.197**	.374**	.095	.160**

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; RA= restricción alimentaria; BUL= bulimia; MA= motivación para adelgazar; PC= preocupación por la comida; PSP= presión social percibida

** $p < 0.01$

En el subgrupo de las personas con sobrepeso las correlaciones positivas y moderadas se presentaron entre el factor de motivación para adelgazar con el puntaje total de preocupación por la apariencia física ($r=.696, p<0.01$), la importancia auto-evaluativa ($r=.688, p<0.01$), así como con la importancia motivacional ($r=.538, p<0.01$). Además, el factor denominado restricción alimentaria se relacionó de forma positiva y moderada con el puntaje total de preocupación por la apariencia física ($r=.471, p<0.01$) y sus dos componentes, importancia auto-evaluativa ($r=.417, p<0.01$) e importancia motivacional ($r=.432, p<0.01$). Además el puntaje total de EAT-40, se asoció también con el puntaje total de preocupación por la apariencia ($r=.549, p<0.01$) y sus dos componentes, importancia auto-evaluativa ($r=.516, p<0.01$) e importancia motivacional ($r=.454, p<0.01$) (Ver tabla 25).

Tabla 25

Correlación entre preocupación por la apariencia física y EAT-40 en participantes con sobrepeso

	Imp. Auto-eva.	Imp. Mot.	EAT-40 Total	RA	BUL	MA	PC	PSP
ASI-R Total	.936**	.856**	.549**	.471**	.397**	.696**	.326	.360**
Importancia Auto-evaluativa		.620**	.516**	.417**	.344**	.688**	.258	.311
Importancia Motivacional			.454**	.432**	.379**	.538**	.349**	.246

Nota: Imp. Auto-eva.=importancia autoevaluativa; Imp. Mot= importancia motivacional; RA= restricción alimentaria; BUL= bulimia; MA= motivación para adelgazar; PC= preocupación por la comida; PSP= presión social percibida

** $p<0.01$

Por último, con el CECAP en el caso de las personas normopeso y con sobrepeso, las relaciones más altas se siguieron presentando entre las mismas variables que el grupo en general, es decir, entre la preocupación por la apariencia e importancia auto-evaluativa y los factores

llamados creencias erróneas acerca del control de peso y la importancia otorgada al peso corporal, aunque cabe destacar que en el subgrupo de las personas con sobrepeso la importancia motivacional también se asoció con la importancia otorgada al peso corporal ($r=.545$, $p<0.01$).

Discusión

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer si existía relación entre la preocupación por la apariencia física, ansiedad-rasgo, depresión-rasgo y las actitudes hacia la alimentación en un grupo de adolescentes.

Para tal fin, participaron 413 jóvenes universitarios, de los cuales 270 eran mujeres y 143 hombres, que tenían una edad entre 18 y 23 años.

Todos los participantes proporcionaron su peso y altura, con lo que se calculó el índice de masa corporal, adicionalmente y de forma anónima contestaron el ASI-R, IDARE-Rasgo, IDERE-Rasgo, así como el EAT-40 y CECAP.

Considerando el índice de masa corporal se encontró que la mayor parte de los jóvenes son normopeso y que sólo un porcentaje menor al 20% presenta sobrepeso u obesidad, tal cifra difiere de los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la cual señala que el 35% de los adolescentes en México (de 12 a 19 años) presentan sobrepeso u obesidad y que más del 65% de las personas mayores de 20 años se encuentran bajo la misma situación.

En lo referente a la preocupación por la apariencia física se conoce que las mujeres, a diferencia de los hombres, se muestran más preocupadas, ya que en investigaciones como las realizadas por Harris y Carr (2001) y Cash *et al* (2004) mostraban puntajes más elevados en importancia auto-evaluativa e importancia motivacional, sin embargo al comparar a los hombres y mujeres que participaron en el presente estudio sólo se encontraron diferencias en el puntaje total de preocupación por la apariencia física e importancia auto-evaluativa, en el caso de importancia motivacional, no se presentaron diferencias entre sexos. Considerando lo anterior, se

puede señalar que las mujeres mostraron una mayor tendencia a definirse a sí mismas a través de la apariencia física a diferencia de los hombres, quienes no tienden a definirse a sí mismos a través de la apariencia y de forma general se preocupan menos por este aspecto.

Por otro lado, al comparar la variable ansiedad-rasgo entre hombres y mujeres se encontró que las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad-rasgo en comparación con los hombres, lo cual concuerda con los datos obtenidos por Benjet *et al.* (2009) quien señala que existe mayor prevalencia de ansiedad en las mujeres y sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para ellas. Sin embargo, al comparar la variable depresión-rasgo entre hombres y mujeres, no se encontraron diferencias, lo cual a su vez difiere de los datos encontrados por Medina *et al.* (2003) en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la cual reporta mayor prevalencia en los hombres en comparación con las mujeres. Asimismo, es importante mencionar que se encontró una elevada correlación entre ansiedad y depresión, lo cual coincide con lo encontrado por Essau (2003), quien señala una alta comorbilidad entre ambas, la cual según Martín *et al.* (2003) puede explicarse porque tienen características en común (por ejemplo irritabilidad, inquietud, así como trastornos del sueño y la alimentación).

Por otra parte, de acuerdo con la ENSANUT (2012) alrededor del 1.3% de los jóvenes mexicanos está en riesgo de padecer algún trastorno de la conducta alimentaria, sin embargo, los datos obtenidos en la presente investigación indican una proporción mayor de adolescentes en riesgo, tal información debe tomarse en cuenta dado el constante incremento que muestran este tipo de trastornos. Además, los resultados señalan mayor frecuencia de los trastornos (específicos o no) en mujeres, lo cual apoya los datos de investigaciones realizadas con población mexicana hechas por Vázquez *et al.* (2004) y Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz

(2002). A pesar de que existe una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, las cifras que reportan estos últimos deben tenerse en cuenta ya que son mayores a los reportados por la ENSANUT 2012.

Se conoce que los adolescentes en general otorgan gran atención a su apariencia física, pues durante esta etapa el cuerpo es utilizado como un instrumento para llamar la atención y retener el interés de otras personas, por lo que, tanto hombres como mujeres, muestran una sobrevaloración del aspecto físico (Lasa, 2000; Maganto, 2011), pero la forma en que les preocupa su cuerpo a unos y a otros es diferente, en el caso de las mujeres intentan seguir un ideal que consiste en una figura delgada de bajo peso, mientras que en los hombres el ideal es una figura musculosa (Smolak, 2012; Bell y Rushforth, 2010). Los resultados obtenidos también muestran diferencias entre sexos, en el caso de las mujeres se obtuvo que a mayor preocupación por su apariencia y mayores niveles de ansiedad y/o depresión como rasgo están más motivadas para adelgazar, le brindan más importancia al peso corporal y cuentan con creencias erróneas acerca de cómo controlarlo, específicamente en aquellas mujeres que otorgan mayor importancia auto-evaluativa, es decir que se definen a sí mismas a través de la apariencia y basan su valor en ésta, indicaron mayor propensión a presentar estados de ansiedad y/o depresión, además se encuentran con más motivadas para adelgazar, por lo tanto le otorgan más importancia a su peso corporal y cuentan con creencias erróneas acerca de cómo controlar su peso. Considerando que en las mujeres sólo la importancia auto-evaluativa se asoció con actitudes negativas hacia la alimentación, tales resultados coinciden de manera parcial con lo reportado por Cash *et al.* (2004) quienes señalan que tanto la importancia auto-evaluativa como la motivacional se asociaron con dichas actitudes.

Por su parte, en el grupo de hombres se encontró que sólo la importancia auto-evaluativa se relacionó de forma significativa con las variables de ansiedad y depresión rasgo a diferencia de las mujeres en las cuales tanto el puntaje total de preocupación como la importancia auto-evaluativa se asociaron a dichas variables. Asimismo, la preocupación por la apariencia y la importancia auto-evaluativa se asoció con la motivación para adelgazar, cabe mencionar que las correlaciones entre tales variables fueron más altas en los varones en comparación con las mujeres. Asimismo, se encontró que a mayor preocupación e importancia auto-evaluativa, más importancia le otorgan a su peso y mayor cantidad de creencias erróneas acerca de cómo controlarlo, es relevante señalar que en los varones la importancia motivacional también se asoció con la importancia otorgada al peso, lo cual coincide parcialmente con lo reportado por Cash *et al.* (2004) quien encontró que en los hombres solo la importancia auto-evaluativa se relaciona con actitudes negativas hacia la alimentación.

Además de las diferencias encontradas entre sexos, también existen investigaciones con resultados que muestran diferencias en las actitudes hacia la alimentación, dependiendo del índice de masa corporal, por ejemplo Jiménez y Silva (2008), quienes han realizado investigaciones con población mexicana, señalan que el riesgo de presentar conductas alimentarias patológicas se incrementa a medida que se aumenta el índice de masa corporal y las actitudes negativas hacia el peso y la alimentación, lo cual coincide con Unikel *et al.* (2002) quienes observaron una tendencia en ambos sexos a presentar más indicadores clínicos característicos de los TCA a medida que se incrementa el índice de masa corporal. Específicamente en lo que se refiere a la preocupación por la apariencia y su relación con el IMC, los hallazgos han sido divergentes, ya que por un lado Cash (2004) señala que el peso corporal es irrelevante en la preocupación psicológica de las personas por su apariencia, por lo

tanto excluye la masa corporal como una variable que explique la preocupación por la apariencia y por el otro, Ledoux *et al.* (2010) mencionan que existe relación positiva entre la importancia auto-evaluativa y el índice de masa corporal, lo cual señala que entre mayor peso corporal mayor definición de sí mismo a través de la apariencia física.

Al analizar las relaciones entre preocupación por la apariencia, ansiedad-rasgo, depresión-rasgo y actitudes hacia la alimentación en las categorías normopeso y sobrepeso de IMC (las cuales representan el grueso de la población estudiada), se encontraron diferencias, ya que en las personas con sobrepeso se presentaron más asociaciones que además fueron más fuertes, por lo tanto los hallazgos del presente estudio coinciden con lo encontrado por Jiménez y Silva (2008), Unikel *et al* (2002) y Ledoux *et al.* (2010) pues se observó que a mayor IMC mayor preocupación por su apariencia y más actitudes negativas hacia la alimentación.

En el subgrupo de las personas normopeso, el cual es el más numeroso, se observó que a mayor preocupación por la apariencia e importancia auto-evaluativa, es decir, mayor definición de sí mismos a través de la apariencia, mayor probabilidad de presentar estados ansiosos y/o depresivos. En cuanto a las actitudes hacia la alimentación se observó que a mayor preocupación por la apariencia e importancia auto-evaluativa más motivación para adelgazar, así como creencias erróneas acerca del control de peso e importancia otorgada al mismo.

En las personas con sobrepeso, al igual que en las personas normopeso, tanto la preocupación por la apariencia como la importancia auto-evaluativa se relacionaron con mayor propensión de presentar estados ansiosos y/o depresivos, sin embargo ambos subgrupos mostraron diferentes relaciones en torno a las actitudes hacia la alimentación. En las personas con sobrepeso la preocupación por la apariencia en sus dos componentes se asoció con mayor

motivación para adelgazar, más riesgo para presentar TCA, así como con restricción alimentaria, creencias erróneas acerca del control de peso e importancia otorgada al mismo. Tales resultados señalan que las personas con sobrepeso son las que, en primera instancia, presentan mayor riesgo de presentar TCA ya que le dan más importancia al peso corporal, están más motivadas para adelgazar y presentan creencias erróneas acerca del control de peso que les llevan a la restricción alimentaria, lo cual las convierte en un grupo de riesgo ya que según el DSM-IV-TR (APA, 2000) la restricción alimentaria es un criterio diagnóstico para los TCA.

Para finalizar, es importante señalar que el factor de importancia auto-evaluativa se asoció con ansiedad y depresión rasgo, así como con una mayor cantidad de actitudes negativas hacia la alimentación a diferencia del factor llamado importancia motivacional, lo cual coincide con lo encontrado con Cash *et al.*, (2004) y Sherry *et al.* (2009) quienes señalan que la importancia auto-evaluativa es más disfuncional que la importancia motivacional.

Conclusiones

Los adolescentes se enfrentan a diferentes exigencias que la sociedad les impone y una presión a la que se ven constantemente expuestos es la de alcanzar ciertos ideales de belleza, ya que se asocia con atributos positivos y deseados como es la aceptación social y el éxito. Tal situación puede generar que cada vez más jóvenes presenten mayores niveles de preocupación por la apariencia física.

Los resultados de la presente investigación, señalan que la preocupación por la apariencia se asoció con el riesgo a presentar TCA, así como con ansiedad y depresión, específicamente la importancia auto-evaluativa (tendencia de una persona a definirse y basar su valor en la apariencia) se relacionó con mayor cantidad de actitudes negativas hacia la alimentación, así como con ansiedad y depresión ambas como rasgo. Tales hallazgos muestran que la preocupación por la apariencia se vincula con aspectos emocionales y conductuales (actitudes negativas hacia la alimentación).

Asimismo, los datos señalan que existen diferencias en las relaciones entre las variables dependiendo del sexo y el índice de masa corporal. En lo referente al sexo, las mujeres mostraron mayor preocupación por la apariencia física en comparación con los hombres, en el caso de las mujeres la maduración física comienza a una edad menor y con cambios más evidentes para los demás, por lo que se enfocan desde más jóvenes en la apariencia y prestan más atención a su cuerpo, ya que tanto ellas como las personas que las rodean perciben tales cambios. Asimismo, otra explicación que puede ayudar a entender la mayor preocupación por la apariencia en las mujeres es el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y en general los cambios corporales asociados al crecimiento durante la adolescencia, como el incremento de grasa en zonas como las caderas y los pechos, pues dichos cambios corporales representan lo contrario de

lo establecido socialmente como cuerpo ideal y es así que, dicha contradicción entre el crecimiento y lo establecido socialmente puede generar preocupación, que a su vez las puede llevar a tener actitudes negativas hacia la alimentación (ej. creencias erróneas acerca del peso, motivación para adelgazar, etc.), situación que a su vez implica mayor vulnerabilidad a presentar TCA.

Los hombres presentaron menor preocupación por la apariencia a diferencia de las mujeres, lo cual también puede explicarse desde el punto de vista del desarrollo físico. En el caso de los varones, los cambios corporales se presentan un poco más tarde y de forma más discreta, además conllevan la adquisición de una serie de características que se acercan más al ideal de belleza establecido para los hombres, como por ejemplo, a medida que los varones crecen aumenta su altura y/o masa muscular, y ambas son características deseadas.

En lo que respecta al riesgo para los TCA, si bien más cantidad de mujeres presentaron riesgo, se debe tener en cuenta que la cantidad de hombres fue mayor a la reportada por estudios previos, lo cual señala que cada vez existe más presión para adelgazar, que a su vez se refleja en un incremento en la incidencia de tales trastornos en ambos sexos, por lo tanto, los programas diseñados para la prevención y tratamiento deben considerar el aumento registrado en ambos sexos.

Adicionalmente, los resultados indican que las personas con sobrepeso presentan mayor vulnerabilidad para TCA, pues la preocupación por la apariencia además de asociarse de manera más fuerte con ansiedad y depresión rasgo, se vinculó con una mayor cantidad de actitudes negativas hacia la alimentación a diferencia de las personas normopeso. Considerando lo anterior, es probable que las personas con sobrepeso, se preocupen más por su apariencia porque su figura corporal no sólo se aleja de los ideales socialmente establecidos, sino que también se

aleja de las figuras normopeso, lo cual a su vez las hace que experimenten emociones negativas que los predispongan a estado ansiosos y/o depresivos y que también, busquen los medios para adecuar su figura corporal a lo establecido, sin embargo, en su búsqueda pueden poner en riesgo su salud por la práctica de conductas inadecuadas como es la restricción alimentaria.

De lo anterior, se deriva que no sólo es importante buscar que las personas consigan ubicarse en la categoría normo peso para evitar afectaciones en la salud física, sino también para evitar impactos en la salud mental.

El aumento en la frecuencia de los TCA tanto en mujeres como en hombres, así como en personas cada vez más jóvenes y de diversos grupos socioeconómicos, impone la necesidad de investigar los factores que inciden en el desarrollo y mantenimiento de tales trastornos, ya que a partir de dichos datos se pueden planear programas de prevención e intervención cada vez más completos.

En general, es importante seguir investigando las variables que contribuyen en la aparición y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, ya que de esa forma se obtendrá información que permita diseñar programas, ya sea para prevenir o intervenir, cada vez más completos y que consideren una mayor cantidad de factores posibles.

Limitaciones y sugerencias

En la presente investigación el grupo de participantes estuvo compuesto en su mayoría por personas normopeso y en menor proporción por personas con sobrepeso, sin embargo, se contó con un número reducido de personas con bajo peso y con obesidad, por lo tanto, debido a dicha situación no se pudo explorar la relación entre las variables estudiadas en dichos subgrupos. Considerando la situación anterior, sería importante que en investigaciones posteriores se contara con una cifra de participantes que fuese adecuada para explorar la relación entre variables y así poder establecer las diferencias en todas las categorías de índice de masa corporal.

Otro aspecto que es importante resaltar es que en el estudio participaron sólo adolescentes de 18 a 23 años, los cuales se ubican en la última fase de la adolescencia, por lo tanto tienen una serie de características que los hacen similares, como por ejemplo nivel de desarrollo cognitivo y físico, es decir son un grupo homogéneo, de ahí que, en futuros estudios sería interesante considerar adolescentes de fases previas, para examinar si existen diferencias en las relaciones entre variables en cada fase de la adolescencia.

Por último, en los datos que se les pidió a los participantes sólo se les preguntó su sexo, se omitió su orientación y/o preferencia sexual, la cual puede ser una variable que influya en su nivel de preocupación.

Referencias

- Abraham, S. & Llewelyn, D. (2005). *Anorexia y Bulimia*. Madrid: Alianza.
- Acosta, V., Llopis, J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Aguinaga, M., Fernández, L. & Varo, J. (2000). TCA: revisión y actualización. *Anales Sis Navarra*, 23 (2), 279-292.
- Álvarez, G., Mancilla, J., Vázquez, R., Unikel, C., Caballero, A. & Mercado, D. (2004). Validity of Eating Attitudes Test: A study of mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disorders*, 9, 243-248.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Aranceta, J. (2000). Comer como Dios manda. En *Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud: Jornadas celebradas del 13 al 24 de Noviembre de 2000* (pp.13-32) Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Arranz, E. & Oliva, D. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. México: Pearson/Prentice Hall.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Barlow, H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2ª ed.). E.U.A: Guilford.
- Bell, L. & Rushforth, J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada: un programa para personas con trastornos alimentarios*. Madrid: Alianza.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32 (2), 155-163.

- Casado, M. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos* (Tesis de doctorado), Universidad Complutense de Madrid.
- Casas, J. & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 9(1), 20-24.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T. (2002). The management of body image problems. En C. Fairburn & K. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2a ed., 599-603). Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T., Melnyk, S. & Hrabosky, J. (2004). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *Wiley Periodicals*, 35, 305-316.
- Cash, T. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. En T. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 334-342). Londres: Academic Press.
- Chang, F., Jarry, J. & Kong, M. (2014). Appearance investment mediates the association between fear of negative evaluation and dietary restraint. *Body Image*, 11, 72-76.
- Coleman, J., Hendry, L. & Kloep, M. (2008). Entendiendo la salud de los adolescentes. En J. Coleman, L. Hendry & M. Kloep (Eds.), *Adolescencia y salud* (pp. 1-22). México: Manual Moderno.
- Costa, J. & Jofre, M. (2013). Anorexia, body image and peer effects: Evidence from a sample of European women. *Economica*, 80, 44-64.
- Essau, C. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety*, 18 (1). 1-6.
- Faulkner, S. (2008). Trastornos de la alimentación, dietas e imagen corporal. En J. Coleman, L. Hendry & M. Kloep (Eds.), *Adolescencia y salud* (pp. 1-22). México: Manual Moderno.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

- Harris, D. & Carr, A. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British journal of plastic surgery*, 54 (3), 223-226.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Inhelder, B. & Piaget, J. (1972). El pensamiento del adolescente. En B., Inhelder (Ed.), *De la lógica del niño a la lógica del adolescente: ensayo sobre la construcción de las estructuras operatorias formales* (pp. 281-294). Argentina: Paidós.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Jiménez, B. (2007). *Depresión, ansiedad, imágenes publicadas en revistas y riesgo para trastorno alimentario* (Tesis de Licenciatura). UNAM, México.
- Jiménez, B. & Silva, C. (2008). Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 89-98.
- Jiménez, B. & Silva, C. (2010). Riesgo para trastorno alimentario, ansiedad, depresión y otras emociones asociadas a la exposición de imágenes publicitarias. *Anales de Psicología*, 26(1), 11-17.
- Jones, J., Bennett, S., Olmsted, M. Lawson, M. & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenage girls: a school-based study. *Canadian Medical Association or its licensors*, 165 (5) 547-552.
- Lasa, A. (2000). El cuerpo en la adolescencia. En *Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud: Jornadas celebradas del 13 al 24 de Noviembre de 2000* (pp. 73-97) Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Leodux, T., Winterowd, C., Richardson, T. & Dorton, J. (2010). Relationship of negative self-schemas and attachment styles with appearance schemas. *Body Image*, 7, 213-217.

- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. & López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45 (3), 225-232.
- Mancilla, J., Gómez, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. & Acosta, M. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. Mancilla & G. Gómez (Eds.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 123-171). México. Manual Moderno.
- Maganto, C. (2011). Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a los TCA. Manuscrito inédito, Universidad del País Vasco, España. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3436.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Personality and Social Psychology*, 35 (2), 63-78.
- Martín, M., Grau, J. & Grau, R. (2003). El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión Cubana. *Terapia psicológica*, 21 (2), 121-135.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Miguel, J. (1990). La ansiedad. En J., Pinillos & J., Mayor (Eds.), *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- Nahoul-Serio, V. y González-Núñez, J.J. (2013). *Técnica de la Entrevista con Adolescentes: Integrando Modelos Psicológicos*. México: Pax México.
- Nardone, G., Giannotti, E. & Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud, (2012). Nota descriptiva No. 369: La depresión. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud, (2015). Nota descriptiva No. 311: Obesidad y Sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Osuna, I., Hernández, B., Campuzano, J. C. & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México*, 48 (2), 94-103.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Cruz, M. & Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los TCA. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 11(2), 229-247.
- Pineda, S. & Aliño, M. (2002). El concepto de adolescencia. En F. Cruz, S. Pineda, N. Martínez & M. Aliño (Eds.), *Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia* (pp. 15-23). Cuba: MINSAP.
- Pinto, N. & Cano, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24 (3), 384-389.
- Piñeros, S., Molano, J. & López, C. (2010). Factores de riesgo de los TCA en jóvenes escolarizados en Cundinamarca Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 313-328.
- Portela, M., Costa, H., Mora, M. & Raich, R. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. (10ª ed.). Madrid: McGraw Hill.
- Sherry, S., Vriend, J., Hewitt, P., Sherry, D., Flett, G. & Wardrop, A. (2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body Image*, 6, 83-89.
- Silva, C. (2001). Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: estudio descriptivo (Tesis de maestría). UNAM, México.
- Silva, C. (2007). Ambiente familiar, alimentación y TCA (Tesis de doctorado). UNAM, México.

- Silva, C., & Jiménez-Cruz, B. E. (2015). Construcción de un Cuestionario de Emociones y Creencias acerca de la Alimentación y el Peso. Manuscrito enviado para publicación.
- Silva, C., Jiménez, B., Hernán, J., Hernández, A., Brito, K. & Moreno, A. (2015). Adaptación para México del Inventario de Esquemas sobre la Apariencia-Revisado (ASI-R). Manuscrito enviado para publicación.
- Smolak, L. (2012). Physical appearance changes in childhood and adolescence-Girls. En T. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (pp. 615-621). Londres: Elsevier/Academic Press.
- Sobremonte, E., Pérez, A. & Aurtenetxe, J. (2000). La anorexia nerviosa: ¿un suicidio estético?. En *Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud: Jornadas celebradas del 13 al 24 de Noviembre de 2000* (pp. 113-138) Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Solloa, L. (2006). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento* (2ª ed.). México: Trillas.
- Spielberger, C. (1966). Theory and research on anxiety. En C. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3–19). Nueva York: Academic Press.
- Spielberger, C. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and Research*. Nueva York: Academic Press.
- Spielberger, C. & Díaz, R. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: Manual Moderno.
- Thompson, J. & Smolak, L. (2009). *Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25(2), 49-57.

- Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C. & Medina, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58(1), 15-27.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J. (2004). Presencia de TCA en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12(3), 415-427.
- Viña, C. & Herrero, M. (2006). Conductas y actitudes hacia la alimentación medidas a través del EDI-2 y el consumo de sustancias. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 32(144), 497-520
- UNICEF. (2006). Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. Recuperado de <http://www.unicef.org/ceecis/crcgencommes.pdf>.
- Urresti, B. (2000). Aspectos clínicos de los trastornos de la alimentación. En *Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud: Jornadas celebradas del 13 al 24 de Noviembre de 2000* (pp. 33-45) Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.