



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

“RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL ÍNDICE
DE MASA CORPORAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A
SERVICIOS DE APOYO PARA EL CONTROL DE PESO EN LA
CIUDAD DE MÉXICO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

MARÍA ELENA AGUILAR MARTÍNEZ

NADIA ESTEFANIA TEJEDA TORRES

ASESOR: MTRA. ANA LUISA SERNA URIBE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

María Elena Aguilar Martínez

Dios, gracias por darme la vida y crear mi universo, gracias por nunca soltar mi mano y demostrarme que a pesar de las adversidades siempre estás y estarás para mí hasta el fin de mi existencia, gracias por la familia tan maravillosa que tengo. Amén.

A mis padres, quienes, con su infinito amor, paciencia, confianza, consejos y sabiduría me apoyaron en todo momento para la culminación de este ciclo, sembrando en mi la mayor riqueza que puedo tener... creer en mí. Gracias papás por todo y por no dejarme abandonar mis sueños, sin ustedes no sería nada.

*A mis hermanos:
Quienes son mi gran ejemplo por seguir, gracias infinitas por su amor, fe y apoyo, por nunca dejarme caer, por siempre estar ahí cuando los necesito, por los consejos y pláticas constructivas, pero principalmente por amarme como soy. Los quiero, lo logramos.*

*A mi cuñadito:
Por ser siempre el mediador de mis locuras, por escucharme, aconsejarme y entenderme, por enseñarme a ver la vida desde otra perspectiva, ¡simplemente por ser un hermano más para mí...gracias!*

A Agustín: Por estar a mi lado, por compartir conmigo tantas experiencias, gracias por que sin saberlo me motivaste a lograr mis sueños, ahora hay más que cumplir. Te amo.

A Nadia por demostrarme que la amistad no se mide en años sino en acciones diarias, por ayudarme a cerrar ciclos y abrir unos nuevos, porque juntas trabajamos para lograr nuestra meta, gracias por quererme amiga mía. Te quiero.

A todas aquellas personas que ya no están conmigo físicamente pero que desde algún lugar me siguen cuidando, mil gracias por que en su momento sus palabras y acciones fueron determinantes para cumplir mi sueño, ¡gracias!

Gracias a mis maestros y a la Universidad, sin ellos no tendría el conocimiento necesario para llegar hasta aquí.

*En especial agradezco a la **Maestra Ana Luisa Serna Uribe**, quien con sus conocimientos y apoyo fue un pilar importante para la realización de esta tesis. Muchas gracias por acompañarme en esta meta y haber sido mi asesora.*

Con cariño Elena.

“Por mi raza hablará el espíritu”

AGRADECIMIENTOS

Nadia Estefanía Tejeda Torres

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme formar parte de este mundo, en especial por esta etapa que está concluyendo, él siempre ha estado presente.

A mi mamá quien me ha apoyado desde siempre, que gracias a sus consejos, cariño y dedicación me ha hecho ser la mujer que soy hasta ahora, te amo mami.

A mi papá quien siempre me ha demostrado su amor incondicional y porque gracias a la confianza que depositó en mí, logré escribir un capítulo más de mi vida, te amo papi.

A mi abuelita, por su apoyo en este trayecto que ha sido difícil pero satisfactorio, porque ha creído en mí y gracias a su amor y a sus consejos pude seguir este sendero.

A mi abuelito (Q.E.P.D.) que gracias a su apoyo y sin importar las adversidades pulió una piedra sin forma dando como resultado una gran escultura, gracias Abuelito por creer en mi y enseñarme que todo lo puedo, donde estés siempre haré que te sientas orgulloso de mi. Con amor tu nieta.

A mis hermanas Jaqueline y Samara, quienes con su amor y confianza me motivaron a terminar este ciclo, gracias por ser ese motor para seguir adelante, las amo.

A mis tíos Jorge y Marisa quienes me han brindado su confianza y apoyo incondicional en este trayecto de mi vida, les agradezco por sus consejos, paciencia y porque creyeron en mí.

*A Jorge, por su amor incondicional de hermano, ya que gracias a sus consejos y experiencias compartidas me dio el impulso para continuar y terminar este ciclo, muchas gracias por tu apoyo.
¡Te quiero!*

A Cris quien ha estado conmigo, por su cariño y aprecio, que con su ejemplo me ha dado el empuje para seguir adelante y me ha enseñado que todo se puede realizar con esfuerzo y dedicación, gracias por ser una hermana mayor para mí.

A mi mejor amiga y hermana Elena que ha sido parte importante de mi vida, y que me ha demostrado su apoyo incondicional teniendo paciencia y fe, gracias por darme la píldora del "todo se puede", gracias por confiar en mí y por darme la motivación de seguir en este camino. Te quiero mucho.

A mis maestros quienes fueron los engranes, ya que a través de sus conocimientos me dieron la clave para seguir adelante.

*Agradezco a la **Maestra Ana Luisa Serna Uribe** por ser mi asesora de tesis, porque a nivel personal y profesional me orientó para nunca desistir de esta meta.
Mil Gracias.*

*A todos ellos y desde el fondo de mi corazón
¡¡¡GRACIAS POR SER MI IMPULSO Y MI FUERZA!!!!*

Nadia

“Por mi raza hablará el espíritu”

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
Índice de cuadros, figuras y tablas	5
Resumen	6
Introducción	7
<u>Capítulo I Ansiedad</u>	
1.1 Ansiedad	12
1.2 Tipos de Ansiedad Según el Psicoanálisis	13
1.2.1 Ansiedad Objetiva	14
1.2.2 Ansiedad Neurótica	14
1.2.3 Ansiedad Moral	14
1.3 Angustia	15
1.4 Historia del Estudio de la Ansiedad	17
1.5 Manifestaciones clínicas de la Ansiedad en el Sistema Nervioso	20
1.5.1 El Sistema Nervioso Simpático (SNS)	21
1.5.2 El Sistema Nervioso Parasimpático (SNPS)	21
1.6 Definiendo la Histeria	22
1.7 Neurosis	24
1.8 Trastornos por Ansiedad	25
1.9 Trastornos de Ansiedad según el DSM-5	26
1.9.1 Trastornos de Ansiedad Primarios	26
1.10 Síntomas de la Ansiedad	29
1.11 Algunos Instrumentos de Medición para la Ansiedad	30
1.11.1 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	31
1.11.2 Escala de Hamilton para la Ansiedad	31
1.11.3 Cuestionario STAI	31
1.12 Manejo de la Ansiedad	32
1.12.1 Técnicas de Reducción de la Ansiedad	32

1.13 Tratamiento	36
1.13.1 Terapias Cognitivo-Conductuales	37
1.13.2 Terapias Psicodinámicas	37
1.13.3 Funciones del Yo...Episodios de Ansiedad	38

Capítulo II Índice de Masa Corporal (IMC)

2.1 Índice de Masa Corporal	40
2.2 Historia del Índice de Masa Corporal	40
2.3 Peso Corporal	42
2.3.1 Fórmula para calcular el IMC	43
2.4 Introducción y conceptos generales del IMC	44
2.5 Hábitos alimenticios	45
2.6 Nutrición	46
2.7 Alimento	48
2.8 Nutrientes	48
2.9 Desnutrición	49
2.10 Metabolismo	50
2.10.1 Metabolismo Basal	51
2.10.2 Tasa Metabólica Basal	51
2.11 Superficie Corporal	51
2.12 Lo que propicia el sentir hambre y el porqué del comer	52
2.12.1 Señales corporales que indican la sensación del hambre	52
2.12.2 Conductas Alimenticias “El Porqué del Comer”	52
2.13 Obesidad	55
2.14 Sobrepeso	56
2.15 Causas de la Obesidad	57

2.15.1	Edad	58
2.15.2	Sexo	58
2.15.3	Temperatura Corporal	59
2.16	Recomendaciones para una vida saludable con relación al IMC	59

Capítulo III Investigaciones Relacionadas con las Variables de Ansiedad y/o Índice de Masa Corporal (IMC)

3.1	Investigaciones relacionadas con las variables de Ansiedad y/o IMC	63
-----	--	----

Capítulo IV Método

4.1	Justificación	83
4.2	Planteamiento del Problema	84
4.3	Objetivo General	84
4.4	Objetivos Específicos	85
4.5	Hipótesis	85
4.6	Variables	86
4.6.1	Variables para la Correlación Ansiedad e IMC	86
4.6.2	Variables para comparación de muestras Sexo, Ansiedad e IMC	88
4.7	Tipo de Estudio Correlacional, Comparativo y Descriptivo	88
4.8	Tipo de Diseño No Experimental Transversal	89
4.9	Escenario	89
4.10	Población	89
4.11	Muestreo por Conveniencia	89
4.12	Muestra	90
4.13	Criterios de Inclusión	91
4.14	Criterios de Eliminación	91
4.15	Materiales e Instrumentos	91

4.16 Procedimiento	94
4.17 Consideraciones Éticas	94
4.18 Estrategia de Investigación	94
4.19 Análisis de Datos	96
<u>Capítulo V Resultados</u>	97
<u>Capítulo VI Discusión</u>	111
<u>Capítulo VII Conclusiones</u>	116
<u>Capítulo VIII Sugerencias para el profesional médico y el psicólogo</u>	
8.1 Sugerencias para el profesional médico y el psicólogo con relación al tratamiento de los síntomas de ansiedad	119
8.2 Técnicas de Relajación para los Síntomas de Ansiedad	120
8.2.1 Ejercicios de Respiración	121
8.2.2 Ejercicios de Relajación	121
8.2.3 Técnicas de Visualización	122
Referencias	123
Anexos	137

ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS Y TABLAS

Cuadro 1 Diferencia entre Angustia y Ansiedad	16
Cuadro 2 Valores del IMC	42
Figura 1 Plato del Bien comer	59
Tabla 1 Distribución de Edades y Sexo	89
Tabla 2 Rango de Edad	96
Figura 2 Sexo	97
Tabla 3 Ocupación	97
Tabla 4 Estado Civil	98
Figura 3 Estado de Salud Nutricional	98
Tabla 5 Horas de Sueño	99
Tabla 6 Dx. IMC	100
Tabla 7 Dx. Ansiedad	101
Tabla 8 Correlación Bilateral de Pearson	102
Tabla 9 Sexo-Dx. IMC	103
Tabla 10 Sexo-Dx. Ansiedad	104
Tabla 11 Rango de Edad y Dx.IMC	105
Tabla 12 Rango de Edad y Dx. Ansiedad	106
Tabla 13 Prueba T Estadísticas de Grupo IMC-Total Ansiedad y Sexo	107
Tabla 14 Correlación Parcial Estado de Salud Nutricional-IMC y Total Ansiedad	108
Tabla 15 Correlación Rango Edad-Dx.Ansiedad	108
Tabla 16 Correlación IMC-Edad	109

RESUMEN

El Índice de Masa Corporal con tendencia a la obesidad es un problema de salud serio en México, y se presenta junto a un alto número de comorbilidades psicológicas, por lo que se propuso evaluar los niveles de Ansiedad en población de adolescentes hasta adultos mayores con relación a su índice de masa corporal, teniendo en cuenta que en la actualidad la mayoría de los comentarios de los pacientes que acuden a consulta médica por problemas con su índice de masa corporal son debido a la vida tan abrumadora que llevan, ya sea por edad, escuela, trabajo, las labores del hogar y los hijos, las ocupaciones que cada uno demarca en su vida cotidiana los han llevado a describirse en consulta como personas desordenadas, incontroladas e irregulares en sus hábitos alimenticios, y es por esto que consideramos necesario trabajar el problema desde el punto de origen psicológico.

El presente estudio se realizó a través de un muestreo de conveniencia en el cual participaron 100 personas de ambos sexos que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México, quienes respondieron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), además de proporcionar datos de anamnesis (talla, peso, edad, género, estado civil, ocupación). Los resultados obtenidos muestran relación entre ansiedad y el Índice de Masa Corporal, aceptando la hipótesis de investigación.

Palabras claves: Ansiedad, Índice de Masa Corporal, Obesidad, Peso Idóneo.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la ansiedad como un fenómeno inherente a la condición humana tiene una larga historia y ha sido uno de los temas más estudiados por su relevancia en la comprensión de la psicopatología de los adultos y de los niños.

El término ansiedad se utiliza para referirse a una variedad de padecimientos diferentes con síntomas, cursos y tratamientos distintos.

Los conceptos de ansiedad y miedo han estado muy ligados por ser ambos afectos displacenteros que indican un peligro inminente y una actitud de expectación. Se sabe que en su mayoría los miedos son innatos, filogenéticamente enraizados, pues tienen un valor para la supervivencia, por ello se les considera normales. La ansiedad es una reacción normal a las tensiones de la vida. Un caso de nerviosismo no es necesariamente dañino; de hecho, puede motivarnos a ser mejores. Regularmente, una situación de estrés provoca un frenesí de actividades cerebrales y hormonales, en lo que se llama la respuesta de luchar o huir. Los sistemas corporales se movilizan para enfrentar el desafío y la persona se siente más alerta, centrada y enérgica.

Por el contrario, un trastorno de ansiedad puede incapacitar. Esta es una enfermedad que con frecuencia se da en familias de manera hereditaria. La ansiedad puede ser abrumadora y a veces aterradorante, o puede ser relativamente suave pero incesante, a menudo sin razón aparente. Un joven tiene una posibilidad entre siete de desarrollar un trastorno de ansiedad, el más común de las afecciones mentales entre todos los grupos de edad.

Todos sentimos ansiedad y estrés de vez en cuando. Hay situaciones que suelen despertar sentimientos de ansiedad como, por ejemplo, cumplir plazos de entrega ajustados,

obligaciones sociales importantes o conducir con mucho tránsito. Esta ansiedad leve puede ayudar a mantenernos alerta y concentrados para enfrentarnos a situaciones amenazadoras o difíciles.

Pero las personas que sienten temor extremo y preocupaciones que perduran pueden estar lidiando con trastornos de ansiedad. La frecuencia e intensidad de este tipo de ansiedad es a menudo debilitante e interfiere con actividades diarias. Sin embargo, con un tratamiento adecuado y eficaz, las personas que tienen trastornos de ansiedad pueden llevar vidas normales.

Es por esto que surge la inquietud de realizar este trabajo, ya que se busca describir la relación que existe entre los niveles de ansiedad y el índice de masa corporal. En la actualidad se vive con factores que ponen en riesgo la salud mental pero como es tan cotidiano es poco perceptible el cambio que va generando en la vida, esto se relaciona con un exceso en la ingesta de alimentos, el manifestar cansancio constante, la falta de motivación para algo, deficiencia en la escuela e inclusive en las labores del hogar, son indicadores que desencadenan un incremento en el Índice de Masa Corporal pero a menudo en consulta médica es poco detectable y tratable.

Durante la consulta por obesidad a menudo los pacientes refieren comer por ansiedad. Por lo tanto, se consideró necesario evaluar la presencia de síntomas de ansiedad en forma cuantitativa. Este resultado demuestra que al enfrentarse por primera vez a estos pacientes no solo hay que preocuparse del peso corporal y de los factores de riesgo que esto conlleva como posibles patologías físicas asociadas, sino que también hay que evaluar el estado psicológico.

Para la OMS (2017), “el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Los datos y cifras que da a conocer la OMS con respecto a la obesidad (octubre 2017) se presentan a continuación:

- Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo.
- En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos.
- En 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.
- En 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, existen instituciones que se dedican a realizar encuestas, censos y algunas brindan apoyos nutricionales para tener cifras y conocimientos acerca de este padecimiento y así buscar alternativas para poder combatirlo, es aquí donde se considera importante la intervención de la Psicología, para trabajar en transdisciplina y lograr que exista una unificación en el tratamiento integral del paciente y así obtener un equilibrio físico-mental, ya que las personas están habituadas a ver gente con sobrepeso como algo cotidiano, y no como un problema, y estas así mantienen un mismo estilo de vida que se va

transmitiendo de generación en generación convirtiéndose en un estado de naturaleza y crianza.

Este trabajo está conformado por 7 capítulos, los cuales se describen a continuación:

Capítulo I Ansiedad: En este se abordan temas relacionados a los tipos de Ansiedad, la historia de la misma, histeria, neurosis, así como las manifestaciones clínicas de la Ansiedad en el Sistema Nervioso, su tratamiento, técnicas para su reducción e instrumentos de medición de la misma, y los tipos de Trastornos.

Capítulo II IMC (Índice de Masa Corporal): En este se aborda desde su historia, se habla del peso corporal y la fórmula para calcular sus niveles. Incluye conceptos generales del mismo.

Capítulo III Investigaciones Relacionadas con las variables de Ansiedad e IMC: Aquí se hace mención de trabajos que se han llevado a cabo con base a este estudio para hacer una comparación entre todos.

Capítulo IV Método: Este capítulo consta de los pasos que se siguieron para determinar la veracidad de nuestra hipótesis para la correlación.

Capítulo V Resultados: Como su nombre lo indica aquí se plasman los resultados obtenidos en esta investigación con la ayuda de tablas de frecuencias, comparación de muestras, Correlación Pearson y Prueba T.

Capítulo VI Discusión: En este capítulo se encuentran las comparaciones entre las investigaciones realizadas por otros autores, y la relación que se encontró con las variables de este estudio, así como los resultados obtenidos.

Capítulo VII Conclusiones y Sugerencias: Con base a este trabajo se informa el resultado obtenido para la hipótesis de investigación. Se mencionan las sugerencias establecidas en apoyo al psicólogo y al paciente con sintomatología de ansiedad y problemas con el peso Ideal.

Capítulo VIII Sugerencias para el profesional de la salud: Se aportan una serie de técnicas para el apoyo en el tratamiento de la Ansiedad en pacientes con algún tipo de problema de peso no idóneo.

CAPÍTULO I ANSIEDAD

Las amenazas a nuestra autoestima o la idea que nos hacemos de nosotros mismos causan con frecuencia mucha más ansiedad que las amenazas a nuestra integridad física.

S. Freud.

A lo largo de la historia siempre hemos escuchado hablar a las personas de que sufren de ansiedad o angustia, e inclusive nosotros mismos hacemos mención de ella porque la hemos experimentado al sentir palpitaciones, sudoración o nerviosismo ante una situación que nos genera una incertidumbre, pero la pregunta real sería: ¿En verdad sabemos cuál es la diferencia entre angustia y ansiedad? Y ¿hemos sabido afrontarla con éxito? A raíz de estas dudas decidimos explicar la diferencia clara entre estos 2 términos para esclarecer su interpretación en la práctica clínica, para esto empezaremos definiendo sus significados, hablaremos sobre la historia de la Ansiedad, aportaciones de autores importantes, así como también de los trastornos por ansiedad y compartir soluciones simples para afrontar los episodios ocasionados por angustia o ansiedad.

1.1 ANSIEDAD

La ansiedad forma parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Ayuso y Bulbena (1988;1986), indican que el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una

de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas, tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

Una definición del Diccionario de Psicología (2014), menciona que la ansiedad es una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza.

Así pues se entiende que la ansiedad es una emoción, que al igual que otras emociones como la tristeza, la alegría o el miedo son reacciones a fenómenos, a situaciones que se dan en el entorno en el que se vive. Entendiendo así que la ansiedad se expresa a nivel cognitivo, fisiológico y motor.

1.2 TIPOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL PSICOANÁLISIS

Para Freud (1928, citado en Schultz, 2012), existen tres tipos de ansiedad: objetiva, neurótica y moral.

1.2.1 ANSIEDAD OBJETIVA

Este tipo de ansiedad se presenta cuando existe una causa o amenaza real, es decir, la causa del miedo es definida, cuando ésta no es muy intensa, sirve como mecanismo de acción contra la amenaza o el peligro, sirve como medio para estimular al individuo a reaccionar ante una situación de peligro.

1.2.2 ANSIEDAD NEURÓTICA

Este tipo de ansiedad se refiere a cuando el YO le teme más al ELLO que a las situaciones que ocurren en el medio externo.

Recordemos rápidamente que el YO se refiere al elemento de la personalidad encargada de satisfacer todas las necesidades o demandas del ELLO y al mismo tiempo del SUPERYO, es mediador entre ambos, debe satisfacer las necesidades de ambos, pero de una manera socialmente aceptada. El ELLO, hace referencia a todos aquellos impulsos básicos y primitivos, este miedo que siente el ego, no se refiere exactamente al impulso, sino a las consecuencias que traerá la satisfacción de la necesidad de este impulso, el ego siente miedo mucho antes de que ocurra esta situación.

1.2.3 ANSIEDAD MORAL

Es producida por el SUPERYO y es lo que conocemos como culpa, recordemos que el YO hace referencia a la búsqueda de objetivos morales, es decir, hacer lo correcto, este tipo de ansiedad es la que se produce luego de haber realizado algo que el SUPERYO cree como malo, por lo cual se genera un deseo de castigo, autodesprecio, “Culpa”, el YO experimenta una sensación de falta de méritos.

Este tipo de ansiedad es la que se experimenta luego de haber realizado algo malo, las personas suelen sentir una culpa excesiva y se atormentan constantemente por lo que han realizado, cuando ésta se vuelve excesiva, aparece la inseguridad.

Las personas que sufren de ansiedad moral ven como una prueba terrible afrontar las situaciones difíciles o sus malas decisiones, esto debido a que tienen una personalidad poco flexible y muy restrictiva.

Después de mencionar las definiciones de Ansiedad y realizar una pequeña clasificación de Freud en los tipos de ansiedad para el psicoanálisis, se abordará ahora básicamente la definición de Angustia para entender su diferencia para aplicarla a este trabajo de investigación.

1.3 ANGUSTIA

A principios de siglo XX, Sigmund Freud fue el primero en introducir el concepto de angustia de manera técnica. Utilizó el término alemán *Angst* para referirse a un estado de ánimo, con afecto negativo, con la consecuente activación fisiológica y, lo más importante, basada en algo indeterminado, es decir, sin objeto conocido o definible.

Este concepto fue traducido al inglés como *anxiety* y en español fue traducido con doble significado: ansiedad y angustia. A partir de aquí se podría entender que los dos conceptos aparecen como sinónimos, en ámbitos no clínicos, hasta la actualidad, utilizados para describir un estado psicofisiológico desagradable, que cursa con gran inquietud, intranquilidad, desasosiego ante peligros imprecisos y/o que generan un miedo exagerado y desadaptativo para la vida diaria.

Por lo anterior se entiende que la angustia, es un estado penoso, que está relacionado con el miedo, la ira, la repulsión y la obsesión, considerándola como un subtipo de los trastornos por ansiedad. En este sentido, se expresa que la angustia se conoce comúnmente como “ataque de pánico”, explicado como un episodio de miedo intenso que tiene poca duración. Haciendo notar que, por el sentido contrario, la ansiedad se refiere a un estado emocional que permanece por mucho más tiempo.

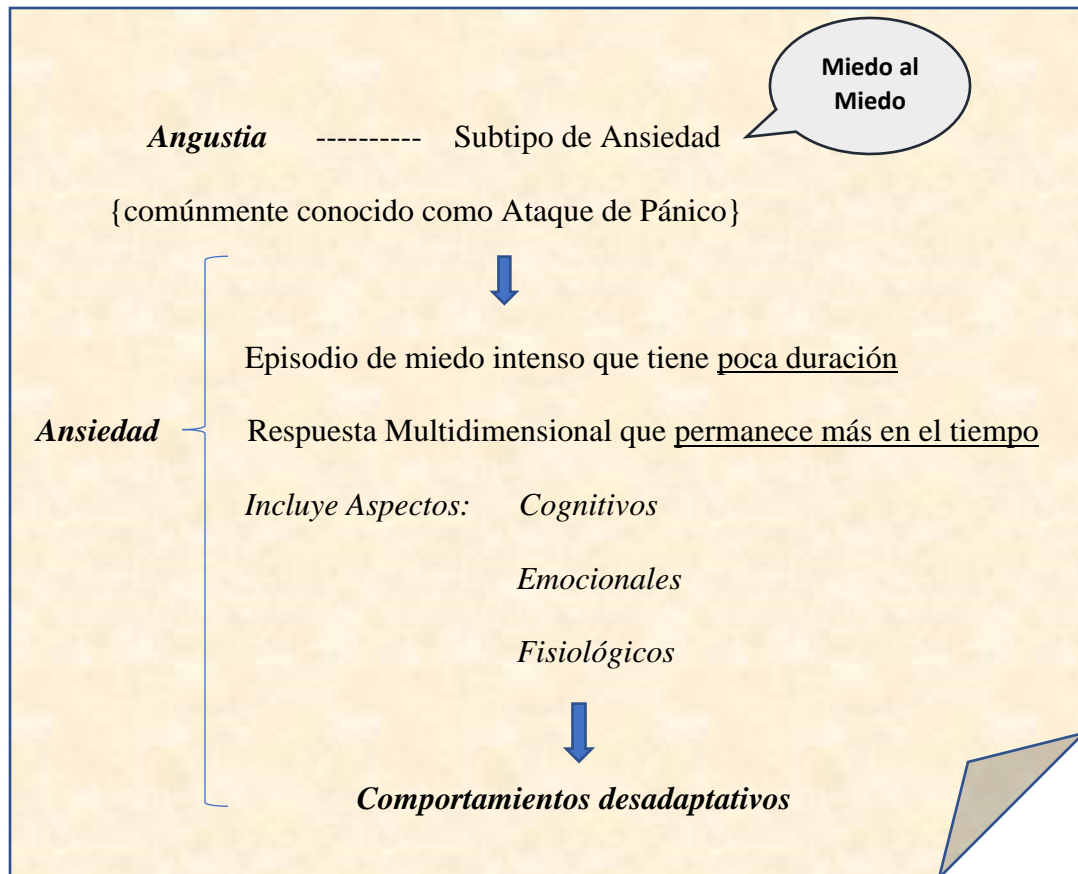
Ahora bien, el diccionario de Psicología (2014) define lo siguiente:

En el lenguaje Freudiano, una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, con especial referencia a sus manifestaciones corporales [puede ser de tipo neurótico, o reacción ante la presencia de una situación externa real; en ambos casos se trata de la reacción del YO ante el peligro].

Con base a las definiciones anteriores y para precisar más en la explicación de la Angustia se define que ésta consta de tres partes fundamentales: la orientación hacia el futuro, la exageración y el razonamiento basado en el lenguaje.

Ahora bien, para entender mejor la diferencia entre *Angustia* y *Ansiedad* se resumirá a continuación en el cuadro 1:

Cuadro 1 Diferencia entre Angustia y Ansiedad



De acuerdo con lo explicado anteriormente se da paso para conocer más acerca de la Ansiedad y sus orígenes.

1.4 HISTORIA DEL ESTUDIO DE ANSIEDAD

Thomas Sydenham nació en 1624 en Winford-Eagle, condado de Dorset, en el seno de una familia puritana. A los veinticuatro años, era bachiller en medicina en Oxford, se instaló como médico en Londres, en Westminster. Insistió en la necesidad de apartarse de los prejuicios teóricos cuando observaba a los enfermos, observando los fenómenos que pudieran

ser recogidos y separaba claramente los síntomas principales de los síntomas secundarios o accidentales (que dependen de circunstancias concretas como el tratamiento que han recibido, la edad del enfermo, su estado general, etc.).

Su interés era principalmente en entender qué eran las enfermedades, y para ello consideró necesaria la observación clínica desde la aparición de los síntomas hasta su desaparición, es decir, el conocimiento del curso natural de la enfermedad. Había que reconocer qué síntomas eran propios de tales, y qué síntomas eran atribuibles a peculiaridades del individuo enfermo. Y para lograr tal propósito había que ser muy buen observador y muy buen clínico.

Así nació el concepto ontológico de enfermedad como entidad morbosa abstracta pero abstraída de la observación real de los pacientes.

En conclusión, en el siglo XVII, la aportación más importante de Sydenham en la historia del estudio de la Ansiedad, fue el estudio de la Afección de la Histeria, donde explica que hay que ser morbosos para entender las enfermedades del paciente desde un punto de vista observacional y no nada más clínico, entendiendo que la histeria para él se desarrolla en el cerebro, debido a los acontecimientos del entorno del paciente por los cuales está atravesando, siendo esto la base de algunos síntomas y padecimientos clínicos que el paciente presentaba, como la anemia, la cual él dedujo que se presentaba debido a que el sujeto tenía un choque mental a consecuencia de una noticia deprimente, dando como resultado un estado emocional bajo o disminuido, lo cual lo llevaba a comer menos presentando así un cuadro de diagnóstico de anemia.

Con base a lo anterior Conti y Stagnaro (2007) dicen que “La patología moderna se constituyó cuando las observaciones clínicas objetivas e independientes de prejuicios

teóricos se convirtieron en su fundamento de modo consistente y sistemático”. Y que a esta tarea contribuyó de forma decisiva Thomas Sydenham.

Por su parte Paul Briquet, nacido en Chalons-sur-Marne, Francia, el 12 de enero de 1796 y quien fuera médico en la Facultad de Medicina de París con la Tesis “La phlébectasie ou dilatation variqueuse des veines”. Fue básicamente un internista, en su Servicio de Medicina que dirigía desde 1846 en el hospital de La Charité, éste se vio obligado a recibir a muchos enfermos afectados de padecimientos histéricos, por lo que “para dejar en paz su conciencia”, como el mismo escribió, decidió estudiarlos concienzudamente. Acumuló así 430 observaciones y describió en estos pacientes una serie de hechos como: dolores que afectaban a diversas partes del cuerpo, especialmente en epigastrio y parte izquierda del tórax, crisis con síntomas parecidos a la ansiedad aguda y parálisis sensoriomotoras, y aunque menos frecuentes, trastornos de disociación y de conciencia con gran frecuencia de convulsiones que aparecían en relación con experiencias pavorosas. Como resultado de su investigación publicó, en 1858, sus observaciones sobre la histeria, en el *Traité clinique et thérapeutique de l’hysterie*, que es un libro que marcó un hito en los estudios sobre esa afección. En el *Traité*, Briquet reconoce en la génesis de la histeria causas predisponentes representadas por la disposición, factores condicionantes (el clima, la educación, etc.) y factores determinantes (emociones prolongadas que rinden más impresionable y menos reactivo el sistema nervioso) y admite que en la histeria el delirio es posible e incluso frecuente, pudiendo ser secundario y conducir a una locura histérica, es por esto que es importante su aportación al estudio de la historia de la ansiedad vista como una Histeria.

1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD EN EL SISTEMA NERVIOSO

Cannon (1929, citado en Baeza, Balaguer, Belchi, y Guillamón, 2008), se refirió a la ansiedad como: una *respuesta de lucha-huida*, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos prepara para luchar o bien huir del peligro. Y, efectivamente, si nos encontramos ante una situación de peligro tenemos que estar preparados para una acción inmediata, necesitamos que en nuestro cuerpo se produzcan una serie de cambios, encaminados a superar con éxito la situación. La finalidad de la ansiedad es proteger al organismo y sus intereses.

Por lo tanto, la ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales.

El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) también conocido como Sistema Nervioso Vegetativo es el encargado de coordinar la activación motora y todos los cambios físicos.

El SNA forma parte del Sistema Nervioso Periférico (SNP), el cual, es un sistema involuntario que se encarga de regular funciones tan importantes como la digestión, la circulación sanguínea, la respiración y el metabolismo, entre otras de sus acciones están: el control de la frecuencia cardíaca, la contracción y dilatación de vasos sanguíneos, la contracción y relajación del músculo liso en varios órganos.

El sistema nervioso autónomo se divide en dos subsistemas que tienen funciones diferentes:

1.5.1 EL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO (SNS)

Se encarga de preparar al cuerpo para la acción y la producción de la energía que necesita. Para ello libera dos productos químicos (adrenalina y noradrenalina), que desencadenan una respuesta completa, es decir, se experimentan todos los síntomas que componen la respuesta de ansiedad (lucha y huida).

1.5.2 EL SISTEMA NERVIOSO PARASIMPÁTICO (SNPS)

Su acción produce efectos opuestos al sistema nervioso simpático, entendiéndose que propicia la desactivación, la recuperación y restauración del organismo, así mismo favorece el almacenamiento y la conservación de la energía, esto lo realiza a través de la acetilcolina, que es un neurotransmisor.

Entonces, cuando sucede una situación peligrosa el Sistema Nervioso Autónomo activa su rama simpática, propiciando así una serie de cambios para preparar al organismo, los cuales son:

- a) Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- b) Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos temor a la muerte, la locura, o el suicidio.
- c) Conductuales: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal.
- d) Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas.
- e) Sociales: Irritabilidad, dificultades para iniciar o seguir una conversación, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones (Cannon, 1929 citado en Baeza, Balaguer, Belchi y Guillamón, 2008).

Para frenar la respuesta de ansiedad suelen ponerse en acción, por un lado, el sistema nervioso parasimpático, que se encarga de proteger y reparar al organismo; por otro lado, el organismo libera una serie de productos químicos que destruyen la adrenalina y la noradrenalina, con la consecuente sensación de desactivación.

1.6 DEFINIENDO LA HISTERIA

Al rededor del siglo II, Galeno consideraba que en la antigüedad las mujeres se ocupaban del tratamiento de las enfermedades de las personas de su mismo sexo, ya que conocían desde hacía mucho tiempo atrás esa enfermedad, a la que se le había dado el nombre de afección histérica, por la creencia de que se originaba en el útero, así, Galeno describió a la histeria

como una afección ocasionada por la carencia sexual en mujeres con tendencias pasionales, y el tratamiento recomendado para la cura eran los masajes vaginales.

Más aún, cabe creer fundadamente –según algunos pasajes de los tratados de la naturaleza de las mujeres y de las enfermedades de las mujeres, que se atribuyen a Hipócrates– que estas comadronas habían concebido, acerca de la naturaleza de esta enfermedad, la teoría que profesaron los estudiosos de la medicina que surgieron más tarde. También es cierto, según los relatos de Galeno, que a ellas se les debe la práctica utilizada para detener los ataques histéricos, conocida con el nombre de fricción de la vulva. Así, pues, la histeria era conocida antes de que hubiera un corpus médico y llevaba el nombre que lleva actualmente; la teoría mediante la cual se intentaba explicar sus fenómenos continuó vigente con posterioridad; y uno de los medios de tratamiento más recomendado por los autores era practicado desde hacía mucho tiempo (Conti y Stagnaro, 2007).

La histeria presenta como síntomas principales: extrema sensibilidad del sistema nervioso; hiperestesias diversas, entre las que se destacan los dolores en la región epigástrica, en el lado izquierdo del tórax, y a lo largo del canal vertebral izquierdo; anestias principalmente en la piel, los músculos y los órganos de los sentidos; espasmos, los más comunes de los cuales son la opresión epigástrica, la sensación de bolo que sube del estómago a la garganta, y la sofocación y, por último, convulsiones, que comienzan por constricción epigástrica, van acompañadas ordinariamente con pérdida del conocimiento, y terminan con llanto y sollozos; síntomas todos ellos que están bajo la influencia directa de dolencias morales.

Howard (2014) en la corriente psicoanalítica define a la Histeria como:

Una psiconeurosis que resulta de un conflicto entre el YO y las primitivas tendencias del ELLO, y en que estas últimas quedan reprimidas y excluidas así de la expresión consciente directa, suponiéndose que los materiales subconscientes reprimidos encuentran una salida física indirecta por medio de la conversión, produciendo los síntomas histéricos.

Por lo descrito anteriormente se deduce que la historia de la ansiedad tiene una estrecha relación con el concepto clínico de “neurosis”, que será el tema de estudio a continuación.

1.7 NEUROSIS

Howard, (2014), en su compilación de definiciones establece que:

Es un trastorno del sistema nervioso. El uso psiquiátrico tiende a limitar el término a los trastornos psicogénicos, y a emplear psicosis para aquellos en que puede descubrirse alguna causa física o química. Algunos autores prefieren los términos psiconeurosis o neuropsicosis en lugar de neurosis. Los psicoanalistas atribuyen la neurosis a un conflicto entre el YO y el ELLO. Etimológicamente, el sufijo osis denota enfermedad.

Resumiendo:

La histeria es un estado psíquico que torna capaz de autosugestionar al sujeto que se encuentra inmerso en él, se manifiesta, principalmente, por trastornos primitivos y, accesoriamente, por algunos trastornos secundarios (Conti, 2007).

Así, en el ámbito del psicoanálisis Wilfred Bion (Bion, 1990) en 1957 consideraba que toda persona tiene una “parte psicótica de la personalidad”, muchas veces difícil de apreciar

porque está escondida por emociones y conductas más normales o neuróticas. De modo que cuando ciertas circunstancias confluyen, el Yo, que normalmente logra funcionar con mecanismo de defensa más maduro, se debilita y comienza a usar mecanismos más primitivos como la escisión o la identificación proyectiva.

Lo que caracteriza a los trastornos primitivos de la histeria es la posibilidad de reproducirlos, con rigurosa exactitud en algunos pacientes, por sugestión, y la de hacerlos desaparecer bajo la influencia exclusiva de la persuasión.

A continuación, en el siguiente tema se darán a conocer algunas manifestaciones clínicas que pueden dar origen a los síntomas de la ansiedad.

1.8 TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada se dividen en: trastornos físicos y trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos: – *trastornos cardiovasculares* (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), – *trastornos digestivos* (colon irritable, úlcera), – *trastornos respiratorios* (asma), – *trastornos dermatológicos* (psoriasis, acné, eczema), – y *otros trastornos psicofisiológicos* (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También se encuentran niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos: – *los trastornos del estado de ánimo* (depresión mayor, distimia, etc.), – *las adicciones* (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.), – *los trastornos de la alimentación* (anorexia, bulimia), – *trastornos del sueño*, – *trastornos sexuales*, – *trastornos del control de impulsos* (juego patológico, tricotilomanía, etc.), – *trastornos somatomorfos* (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

Para conocer los trastornos de ansiedad es necesario acudir a los criterios diagnósticos que, universalmente aceptados, definen dichos trastornos. Se recurrirá al DSM-5, la última edición de la clasificación de trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana.

1.9 TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-5

Un solo individuo puede padecer más de un trastorno de ansiedad. Los cuales se describen a continuación.

1.9.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD PRIMARIOS

Trastorno de Pánico. Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas físicos y de otros tipos, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios conductuales relacionados.

Agorafobia. Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda si desarrollaran ansiedad.

Fobia específica. En esta condición, los pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Algunos ejemplos son animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad.

Trastorno de Ansiedad social. Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público, o usan baño público.

Mutismo selectivo. Un niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas.

Trastorno de Ansiedad generalizada. Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo, se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas.

Trastorno de Ansiedad por separación. El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa de un progenitor o de alguna otra figura a la que se siente apegado.

Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica. Los ataques de pánico y los síntomas de ansiedad generalizada pueden ser causados por numerosas afecciones médicas.

Trastorno de Ansiedad inducido por sustancia/medicamento. El consumo de la sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Estos enfermos se inquietan por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer sin sentido, incluso para ellos.

Trastorno de Estrés postraumático. Un evento traumático intenso, como un combate, un desastre natural, se experimenta de nuevo una y otra vez.

Trastorno de Estrés Agudo. Esta afección es muy parecida al trastorno de estrés postraumático, excepto por que inician durante o inmediatamente después de un evento estresante y dura un mes o menos.

Trastorno de la personalidad por evitación. Estas personas tímidas se sienten heridas muy fácilmente por la crítica que dudan en involucrarse con otras.

Especificador “con tensión ansiosa” para el Trastorno depresivo mayor. Algunos individuos con trastorno depresivo mayor tienen gran tensión y ansiedad.

Trastorno de síntomas somáticos y Trastorno de ansiedad por enfermedad. Con frecuencia, el pánico y otros síntomas de ansiedad forman parte de algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad.

Los trastornos de pánico, las distintas fobias y el trastorno de ansiedad generalizada se encuentran entre los trastornos mentales mencionados por el DSM-5 que se identifican con mayor frecuencia. Sin embargo, para analizarlos, también debemos tener en mente tres hechos adicionales relativos a la ansiedad.

El primero es que cierto grado de ansiedad no solo es normal, sino adaptativa y quizá vital para nuestro bienestar y desempeño normal. Por ejemplo, cuando estamos por someternos a

un examen o hablar en público (o escribir un libro), el temor al fracaso nos induce a lograr una preparación adecuada.

La ansiedad también es un síntoma que se encuentra en muchos quizá en casi todos los trastornos mentales. Puesto que es tan dramática, en ocasiones centramos nuestra atención en la ansiedad e ignoramos datos de los antecedentes y otros síntomas (depresión, consumo de sustancias y problemas en la memoria, por mencionar algunos) que resultan cruciales para el diagnóstico.

Otro trastorno de ansiedad especificado

Los pacientes que muestran síntomas notables de ansiedad, temor o evitación fóbica que no cumplen los criterios de algún trastorno de ansiedad específico pueden codificarse con el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado e indicarse la razón por la cual no se les incluye en una categoría mejor definida. El DSM-5 sugiere varias posibilidades distintas:

Síntomas insuficientes. Esto incluiría ataques de pánico o TAG con muy pocos síntomas.

1.10 SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

Marks (1986), afirma que “la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles”.

Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y

respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Campbell, 1986; Thyer, 1987). Además, “ambos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie” (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que “la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo”.

Los síntomas como el temor extremo, falta de aire, taquicardia, insomnio, náuseas, temblores y mareos son comunes en estos trastornos de ansiedad. Aunque pueden producirse en cualquier momento, los trastornos de ansiedad surgen con frecuencia en la adolescencia o en el inicio de la adultez. Aparentemente, los genes, así como las primeras experiencias de aprendizaje en las familias, hacen que algunas personas sean más propensas que otras a padecer estos trastornos.

A lo largo de este capítulo se ha hablado sobre la ansiedad, qué la origina y cuáles son los centros que la generan o la regulan, pero ahora se hablará acerca de cómo podemos medir la Ansiedad y también de algunas técnicas para reducir los niveles de ansiedad.

1.11 ALGUNOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA LA ANSIEDAD

La medición psicológica es un proceso que le permite al psicólogo cuantificar características humanas y llevar sus objetivos hacia un proceso de evaluación. Las pruebas forman parte de un proceso organizado para llegar a una impresión diagnóstica, pero no por esto pueden convertirse en el único medio de obtención de información. Los resultados obtenidos en las pruebas por lo regular se complementan con otras técnicas o herramientas que le permiten al psicólogo establecer alguna relación entre ellas para poder obtener una

valoración en general., así púes se mencionan a continuación algunas herramientas que brindan apoyo al psicólogo para la obtención de información con relación a la ansiedad.

1.11.1 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

El BAI se ha diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica”, el estado de “ansiedad prolongada” que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. No obstante, dado que la población en la que se desarrolló estaba formada por pacientes psiquiátricos adultos casi en su totalidad, debería usarse con precaución en otras poblaciones.

1.11.2 ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 Ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido (Hamilton, 1959).

1.11.3 CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAI)

El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales” (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos (Spielberger R., Gorsuch, R., y Lushene, R., 1982).

1.12 MANEJO DE LA ANSIEDAD

El manejo de la ansiedad implica enseñar diversas técnicas para tratar con la ansiedad. Algunos ejemplos son el entrenamiento de relajación, la respiración diafragmática, autodeclaraciones positivas y biorretroalimentación. Respecto de esta última, aprender a identificar y controlar la tensión muscular facilita la reducción de los síntomas de ansiedad.

El entrenamiento para manejar la ansiedad, la incorporación de la educación para identificar las señales cognitivas y físicas de ansiedad, y contrarrestar las escenas que provocan ansiedad con relajación disminuye la frecuencia e intensidad de pensamientos intrusivos y de evitación para los pacientes con TEPT (Pantalon y Motta, 1998; citados en Nezu, A., M Nezu, C., Lombardo, E., 2006).

1.12.1 TÉCNICAS DE REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD

Terapia de exposición

La terapia de exposición pretende extinguir las respuestas condicionadas al temor a estímulos relevantes. Esto se basa en la concepción de que las fobias específicas se mantienen en parte por la evitación de los estímulos que generan la ansiedad (p.ej., lugares altos, espacios cerrados, sangre) y el reforzamiento negativo que tiene lugar como consecuencia de evitar dichos estímulos. En la terapia de exposición los pacientes desarrollan un temor jerarquizado de situaciones progresivamente angustiantes y después se les expone a esas situaciones de manera sistemática. La exposición puede ser imaginaria o real; mientras que la primera es a menudo más fácil de aplicar, existe la tendencia al consenso de que la segunda tiene mejores resultados en lo referente a la habituación.

La terapia de exposición quizá esté precedida por el modelamiento, el cual implica la observación por parte del paciente de cómo el terapeuta afronta el estímulo temido sin manifestar comportamientos de evitación o escape, si se aplica junto con la exposición directa contribuye a disminuir la duración del tratamiento. De modo que, si se emplea, el modelamiento debe dar paso rápido a la exposición directa del paciente al estímulo temido.

“En general, los expertos tienden a coincidir en que la terapia de exposición es el primer tratamiento que debe aplicarse para las fobias específicas”, Menzies y Clarke (1995, citados en M. Nezu Arthur, Maguth Nezu Christine, Lombardo Elizabeth, 2006).

Inundación

Es una técnica de reducción de ansiedad semejante a la exposición; sin embargo, en lugar de tener un encuentro gradual con el estímulo temido ---como sucede en la exposición---, la inundación implica una exposición repetida a los estímulos identificados como los que más teme el paciente. Dado que la inundación fomenta la habituación, el terapeuta debe tener cuidado al aplicar esta intervención intensiva y asegurarse de que el paciente cuenta con una preparación adecuada.

Relajación aplicada

Supone una serie de habilidades de relajación aprendidas al enfrentar una situación angustiante. Entre ellas se encuentran la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización y entrenamiento ontogénico. Una vez dominadas estas habilidades en ambientes controlados (p.ej., el consultorio del terapeuta o una habitación apacible en

casa), los pacientes las aplican en situaciones reales en las que exista un afrontamiento con los estímulos temidos.

Otras técnicas para el manejo rápido de la Ansiedad según Jacobson, E. (1929).

Relajación Muscular Progresiva (PMR Progressive Muscular Relaxation)

Si el paciente presenta síntomas físicos como:

- a) Tensión muscular
- b) Jaquecas tensionales
- c) Dolor de cuello, de mandíbula
- d) Rigidez en los hombros
- e) Ansiedad
- f) Insomnio

Esta técnica es eficaz para ayudar a alcanzar un profundo estado de relajación física al disminuir la tensión muscular crónica que mantiene estimulado su sistema nervioso simpático. Esta técnica fue desarrollada por Jacobson específicamente para vencer la ansiedad. Jacobson pensaba que la ansiedad y la relajación son estados incompatibles. En otras palabras, no pueden ocurrir al mismo tiempo. Por lo tanto, al adquirir de manera voluntaria un estado de relajación se podía vencer cualquier tipo de ansiedad que una persona experimenta. Antes de iniciar una PRM, hay que dedicar un momento a recorrer mentalmente el cuerpo para saber dónde se percibe la tensión y empezar con la relajación de esa parte.

Respiración Diafragmática

Síntomas Respiratorios para aplicar esta técnica:

- a) Mareos
- b) Fatiga
- c) Dolor o rigidez en el pecho
- d) Vértigo

La angustia crónica puede alterar sus patrones naturales de respiración, dando como resultado un pobre hábito de respiración. Con frecuencia, la tensión que provoca lleva su respiración desde su diafragma-su fuente natural-hasta su pecho. A esto se le conoce como respiración de pecho, que suele ser superficial y rápida.

Meditación

- a) Pensamientos compulsivos
- b) Pensamientos hipotéticos
- c) Cavilaciones
- d) Dificultad para concentrarse

La meditación data del inicio de la historia registrada y quizás mucho antes, lo cual nos dará una idea desde cuando las personas han buscado la paz interior y la relajación. Su principal objetivo es adquirir una mente tranquila y una elevada consciencia del presente.

Imaginación Guiada

Síntomas cognitivos (imágenes mentales)

- a) Escenas catastróficas en la mente (fallar en un examen, la caída de un avión, o una mala presentación de trabajo).

La imaginación guiada combate esas imágenes y pensamientos angustiosos haciendo uso de ojo mental para tranquilizarlo y no para asustarlo. Así como el imaginar un desastre crea un estado de ansiedad, imaginar una escena tranquila y relajante proporciona una sensación de tranquilidad, neutralizando así los efectos dañinos de la angustia crónica.

Una vez que se ha detectado la ansiedad el profesional procederá a dar el tratamiento para dicho episodio.

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008), menciona algunos tratamientos para la ansiedad los cuales se citan a continuación:

1.13 TRATAMIENTO

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo. Aunque el abordaje psicoterapéutico se plantea desde numerosos enfoques teóricos, describimos, dentro de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de los trastornos de ansiedad los dos grandes grupos en los que las investigaciones se han centrado, principalmente, sus

estudios y dentro de los cuales se están realizando intervenciones psicológicas breves y estructuradas en atención primaria.

1.13.1 TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

La terapia cognitivo-conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: Relajación y Respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.

1.13.2 TERAPIAS PSICODINÁMICAS

Su objetivo es promover la comprensión e integración de aspectos del YO en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar estos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la de grupo.

A continuación, se mencionará el tema de las funciones del YO como administrador de los pensamientos para una mejora ante los episodios de Ansiedad según Cury, 2013.

1.13.3 FUNCIONES DEL YO ---EPISODIOS DE ANSIEDAD

- I. Conocerse, analizar sus debilidades psíquicas y superar la necesidad neurótica de ser perfecto.
- II. Tener conciencia crítica y ejercer el arte de la duda sobre todo lo que lo controla, en especial las falsas creencias.
- III. Ser autónomo, aprender a tener opinión propia y tomar decisiones, pero saber que todas las elecciones implican pérdidas.
- IV. Tener identidad psíquica y social, y superar la necesidad neurótica de poder.
- V. Administrar los pensamientos y calificarlos para no ser esclavo de las ideas que escudriñan el pasado o anticipan el futuro.
- VI. Calificar las imágenes mentales y liberar al imaginario para ser inteligente durante los núcleos de tensión.
- VII. Administrar la emoción, protegerla como a la más excelente propiedad, y filtrar los estímulos estresantes.
- VIII. Superar la necesidad neurótica de cambiar al otro (nadie cambia a nadie), y aprender a contribuir con él, sorprendiéndolo.
- IX. Crear puentes sociales: saber que toda mente es un cofre, que no hay mentes impenetrables, sino llaves equivocadas.
- X. Aprender a dialogar y transferir el capital de las experiencias, y no limitarse a comentar lo trivial o a ser un manual de reglas. Quien sólo es un repertorio de instrucciones es apto para lidiar con máquinas, no para formar pensadores.

- XI. Transformar las influencias genéticas instintivas (rabia, castigo, agresividad, competencia predatoria) que nos vuelven Homo bios para enriquecer al homosapiens.
- XII. Modificar la influencia del sistema social que nos convierte en meros números en el tejido social, y no en seres humanos complejos.
- XIII. Reeditar las ventanas killer, sabiendo que borrar la memoria es una tarea imposible.
- XIV. Hacer una mesa redonda con los “fantasmas” mentales para construir ventanas paralelas alrededor del núcleo traumático o killer.
- XV. Pensar antes de reaccionar y razonar en forma multifocal; no ser esclavo de las respuestas, sino ser fiel a la propia consciencia en primer lugar.
- XVI. Ponerse en el lugar del otro para interpretarlo con mayor justicia a partir de él mismo.
- XVII. Desarrollar altruismo, solidaridad y tolerancia, incluso consigo mismo.
- XVIII. Incrementar la resiliencia: trabajar las pérdidas y frustraciones, y transformar el conformismo y la autocompasión.

El temor agudiza los sentidos. La ansiedad los paraliza.

Kurt Goldstein

CAPÍTULO II ÍNDICE DE MASA CORPORAL

La salud no se trata del peso que pierdes sino de la vida que ganas.

Anónimo

En la actualidad existen varias condiciones físicas de personas como son: anoréxicos, obesos, condiciones normales de peso o sobrepeso, y muchas veces son juzgados únicamente por la visualización, es por esto que a continuación hablaremos del Índice de Masa Corporal, así como los criterios que se deben tomar en consideración para dar un diagnóstico de una condición física de un cuerpo humano, como calcular el índice corporal de acuerdo a sus condiciones físicas (sedentarios, moderado o activo), y el problema de Nutrición al que nos enfrentamos día a día.

2.1 ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Sansores (2006) dice, que es una forma de expresar las diferencias entre el peso ideal, el sobrepeso y la desnutrición.

Se hablará ahora acerca del cómo nace el término Índice de Masa Corporal

2.2 HISTORIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El origen del Índice de Masa Corporal, que fue denominado Fórmula de Quetelet, fue creado por Lambert Adolphe Jacques Quetelet, quien nació en Gante el 22 de febrero de 1796 y falleció el 17 de febrero de 1874 en Bruselas. Quetelet fue un matemático, astrónomo, naturalista belga, sociólogo y estadístico proporcionó metodologías de análisis para el estudio de la sociedad. Su nombre estuvo asociado al “título” de patriarca de la estadística.

Quetelet (1835) publicó “Sur l’homme et le développement des facultés. Essai d’une physique sociale”, (En el hombre y el desarrollo de las facultades. Ensayo de física social), una obra que fue un determinismo social que se basa en la antropometría de cada persona y describe que “Durante el primer año de vida el aumento de peso es mucho mayor que el de la estatura, después del primer año de vida y hasta el fin del desarrollo, el peso aumenta con el cuadrado de la estatura”.

En 1835, Quetelet dedica una parte de su estudio a analizar la relación del saber médico con el hombre medio. Ese apartado se titula “Del hombre medio considerado según su relación con las ciencias naturales y médicas”.

El término *Body Mass Index* (Índice de Masa Corporal) por su nombre en inglés se dio a conocer en 1972 por el científico Ancel Keys, nacido el 26 de enero de 1904 en Colorado Springs, tuvo una licenciatura en Biología en la Universidad de Berkeley (California). Es conocido como el padre de la dieta mediterránea, falleció el 20 de noviembre del 2004 a la edad de 100 años.

Caponi S. (2013) menciona que el Índice de Masa Corporal presenta variaciones en diversos procesos clínicos, es utilizado médica y nutricionalmente en personas con sobrepeso y obesidad, sin dejar de lado a aquellas personas que padecen bajo peso o desnutrición”.

En el área médica esta fórmula es un indicador que ayuda al médico a tener un diagnóstico más certero de si un paciente presenta sobrepeso/obesidad o bajo peso/desnutrición.

La función que tiene esta sencilla fórmula es medir el peso y la talla para observar las mediciones del individuo.

2.3 PESO CORPORAL

De acuerdo con una publicación de la revista Salud Pública y Nutrición, Ramírez, E., Negrete, L., Tijerina, A. (2012) en nuestro país y en otros se ha sugerido el término “peso corporal saludable” (“healthy weight” o “ideal body weight”) para definir el intervalo de peso corporal que se relaciona con estadísticas de buena salud, es decir, un peso corporal que tiene un límite mínimo y uno máximo entre los cuales es muy probable mantener un buen estado de salud. En los Estados Unidos de América, el término “peso ideal” es comúnmente empleado y puede resultar equivalente al término de “peso saludable”. Un peso ideal sería aquel peso estándar o perfecto (peso teórico); el que se toma como modelo de imitación o en su caso, un peso objetivo: el que una persona se propone alcanzar.

Entendiendo la diferencia entre Peso Corporal e Índice de Masa Corporal obtenemos lo siguiente:

El peso, es todo lo que constituye nuestro cuerpo en kilos.

El IMC, es un porcentaje que nos indica cuanta grasa hay en total en nuestro cuerpo.

Entendiendo la diferencia se puede definir los componentes de la alimentación que ayudarán a identificar los factores y procesos que intervienen en un peso idóneo, un bajo peso y/o desnutrición.

2.3.1 FORMULA PARA CALCULAR EL IMC

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO}}{\text{ALTURA} \times \text{ALTURA}}$$

CUADRO 2 VALORES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

En los niños, jóvenes y adultos se consideran los siguientes valores según Sánchez, 2013:

- IMC inferior a 18.5 peso insuficiente
- IMC entre 18.6 y 24.9: peso normal
- IMC entre 25 y 26.9: sobrepeso de grado I
- IMC entre 27 y 29.9: sobrepeso grado II (preobesidad)
- IMC entre 30 y 34.9: obesidad de tipo I
- IMC entre 35 y 39.9: obesidad de tipo II
- IMC entre 40 y 49.9: obesidad de tipo III (mórbida)
- IMC superior a 50: obesidad de tipo IV (extrema)

La tabla anterior muestra los valores promedio de la población mexicana según la encuesta nacional de salud y nutrición 2012, entendiendo que se obtiene un rango desde 18.5 de IMC que equivale a un peso insuficiente hasta un valor superior a 50 de IMC que indica una obesidad extrema.

2.4 INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS GENERALES DEL IMC

Pacheco (1996), menciona que los términos nutrición, alimentos y alimentación se remontan al origen de los primeros organismos biológicos. Las teorías actuales plantean que las biomoléculas que integraron a los primeros seres vivos se sintetizaron afuera de ellos y previamente a su existencia. Es decir, hubo una época de síntesis “exterior” de las primeras proteínas, algunas con propiedades enzimáticas, y moléculas de Adenosintrifosfato (ATP), capaces de acumular energía química potencial; esto quizá continuó hacia la síntesis de nucleótidos. Bajo la acción del ATP y las enzimas, los primeros nucleótidos integraron las primeras moléculas de Ácido desoxirribonucleico (DNA) y Ácido Ribonucleico (RNA).

La lucha por el alimento, es decir, la incorporación de energía química potencial acumulada en moléculas se inició hace 3,200 millones de años con la existencia de la primera célula, la cual necesitaba alimento para subsistir. En aquel entonces el alimento se sintetizaba en el medio que rodeaba la célula. Se trataba de una situación ideal, quizás el “paraíso bíblico”, puesto que las primeras células no dependían de otros organismos para obtener la energía química necesaria para subsistir.

Sin embargo, llegó el momento en que las células se reprodujeron demasiado aprisa y acabaron con las moléculas alimenticias puesto que las digerían más aprisa que la capacidad del medio para sintetizarlas. Sólo quedaban en el medio bióxido de carbono, agua, oxígeno y nitrógeno, que no podían servir de alimento puesto que no poseen energía química potencial. Las células tuvieron que arreglárselas para incorporar energía a estas moléculas y sintetizar en el “interior” aquellas grandes moléculas que antes les ofrecía el medio. Para ello recurrieron al proceso de fotosíntesis hace 1,700 millones de años.

Al no haber ya grandes biomoléculas en el océano primitivo algunas células resolvieron su problema de alimentación por medio del parasitismo; otras optaron por alimentarse de los restos de los cadáveres de otras células y se constituyeron en saprófitas. Algunas, más agresivas, decidieron comerse vivas a otras células y aparecieron las primeras formas de canibalismo celular, que persisten hasta la fecha.

2.5 HÁBITOS ALIMENTICIOS

Novoa J. (1981), hace referencia que “es un proceso de formación estable que crea destrezas o habilidades, es flexible y puede ser utilizado en varias situaciones de la vida diaria”. El proceso de formación de hábitos en los niños se basa en la construcción de rutinas en las cuales es importante que los adultos tengan en cuenta los siguientes aspectos:

- Definir cuáles son los hábitos que serán objeto del proceso de enseñanza-aprendizaje: cómo, cuándo y dónde practicarlos.
- Estructurar los pasos o secuencias a seguir para su adecuada implementación y práctica constante en la vida diaria.
- Dar a conocer la importancia y las ventajas de su práctica oportuna y constante, por parte de los(as) niños(as) y la familia.

Los hábitos conforman las costumbres, actitudes, formas de comportamientos que asumen las personas ante situaciones concretas de la vida diaria, las cuales conllevan a formar y consolidar pautas de conducta y aprendizajes que se mantienen en el tiempo y repercuten (favorable o desfavorablemente) en el estado de salud, nutrición y el bienestar.

Beneficios que ofrece:

La promoción, formación y consolidación de los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables de forma sistemática contribuye a:

- Prevenir desde las primeras etapas de la vida la aparición de trastornos y enfermedades vinculadas con la alimentación y nutrición, que se pueden manifestar a corto plazo y posteriormente en la edad escolar, adolescencia y hasta en la edad adulta.
- Lograr que los conocimientos en materia de salud, nutrición y estilos de vida saludables sean adaptados al nivel de aprendizaje de los niños, las niñas, docentes y adultos significativos, para su aplicación en la rutina escolar, familiar y en la comunidad.
- Formar rutinas que favorezcan una relación alimentaria sana y estimulen actitudes positivas de los niños y las niñas hacia una alimentación saludable.

2.6 NUTRICIÓN

El proceso de la nutrición definido como la utilización de los alimentos por organismos vivos, es un proceso claramente bioquímico. No obstante, la nutrición es un tema controvertido, en parte porque la bioquímica tiene tendencia a estudiar rutas metabólicas como si fuesen universales y se olvidan de la variabilidad humana: “no hay dos personas que utilizan los nutrimentos de la misma manera”.

La nutrición es un concepto que puede definirse desde dos puntos de vista: como ciencia y como proceso.

El consejo de alimentación y nutrición de la Asociación Médica Americana en 1966, citado en Pacheco (1996), se encargó de definir la nutrición de la siguiente manera:

“Es la ciencia de los alimentos, de los nutrimentos y de otras sustancias que estos contienen; su acción, interacción y equilibrio en relación con la salud y la enfermedad; los procesos por los cuales el organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta y utiliza las sustancias alimenticias y elimina sus productos finales. Además, la nutrición está estrechamente relacionada con los aspectos sociales, económicos, culturales y psicológicos de las formas de alimentación”. El estado nutricional es la condición de salud de un individuo influido por la utilización de los nutrimentos.

Pacheco (1996), define a la nutrición como “un proceso que incluye un conjunto de funciones cuya finalidad primaria es proveer al organismo la energía y los nutrimentos necesarios para el mantenimiento, reparación y crecimiento de los tejidos”.

De acuerdo con lo anterior se entiende que la nutrición es un proceso muy complejo que va de lo social a lo celular y en términos generales se puede definir como el conjunto de fenómenos mediante los cuales se obtienen, utilizan y excretan las sustancias nutritivas, en esta definición está implícito el concepto de nutrimento que se refiere a la unidad estructural mínima que la célula utiliza para el metabolismo intermedio.

Por lo tanto, el estado de nutrición es un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, que tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo, por medio de las cuales resulta la composición corporal, la salud y la vida misma en un estado nutricional.

Como se ve, el proceso de la nutrición tiene su punto de partida fisiológica en la ingestión de los alimentos disponibles en el medio ambiente por lo que es necesario definir lo que son éstos.

2.7 ALIMENTO

Howard, C. (2014) “menciona que es una sustancia introducida en el organismo y transformada en tejidos vivos”.

Pacheco (1996) menciona que

Según el Código Alimentario Argentino, alimento es “toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas, que ingeridas por el hombre aportan a su organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos biológicos. No existe un criterio uniforme para clasificar los alimentos; como muestra basta observar las diferencias existentes entre la clasificación de alimentos contenida en los códigos alimentarios de Argentina y España y las consideradas por el Instituto Nacional de la Nutrición de México y el departamento de Nutrición de la Secretaría de Salud.

2.8 NUTRIMENTOS

Según Pacheco (1996), “Los nutrimentos son las sustancias químicas contenidas en los alimentos, son la unidad estructural mínima que la célula requiere para el metabolismo orgánico, clásicamente los nutrimentos se clasifican en carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y agua”.

2.9 DESNUTRICIÓN

La desnutrición es un estado patológico caracterizado por la falta de aporte adecuado de energía y/o de nutrientes acordes con las necesidades biológicas del organismo. (Calzada L. jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital de Nutrición).

De esta forma se entiende que el cuerpo humano se compone de moléculas que están en constante cambio, las cuales poseen un patrón característico de organización estructural y funcional cuyo equilibrio resulta de la relación entre la velocidad de síntesis o producción (dependiente del aporte y utilización de los nutrientes) y la velocidad de destrucción de la materia.

Así, durante cada momento de la existencia, la nutrición está íntimamente ligada con el crecimiento en un equilibrio que puede manifestarse por el aumento (signo positivo), mantenimiento (signo neutro) o disminución (signo negativo) de la masa y del volumen, que conforman al organismo, así como por la adecuación a las necesidades del cambio de forma, función y composición corporal.

Esto significa que cuando la velocidad de síntesis es menor que la de destrucción, la masa corporal disminuye en relación con el momento previo, pero el signo negativo, cualquiera que sea la causa que lo genere, no puede mantenerse por tiempo prolongado, ya que las disfunciones orgánicas que lo acompañan son incompatibles con la vida. Entonces, es necesario comprender que la desnutrición daña las funciones celulares de manera progresiva, afectándose primero el depósito de nutrientes y posteriormente la reproducción, el crecimiento, la capacidad de respuesta al estrés, el metabolismo energético, los mecanismos

de comunicación y de regulación intra e intercelular, y finalmente la generación de temperatura, por lo que de no resolverse a tiempo conduciría a la destrucción del individuo.

La dieta de consumo no es sinónimo de nutrición, ya que los nutrimentos sólo adquieren importancia en la medida en que sean bien digeridos, absorbidos y metabolizados para liberar su energía química, así como para permitir un equilibrio térmico y energético que facilite la incorporación de elementos al protoplasma y a las estructuras celulares, garantizando la función, el crecimiento y la reproducción celular.

La desnutrición primaria se debe a la ingesta insuficiente de alimento, ya sea porque éste no se encuentre disponible o porque, aunque existe no se consume. Por lo general tiene origen socioeconómico y cultural, así mismo se relaciona con el poder adquisitivo insuficiente. La existencia de un sistema social inadecuado, que se mantiene durante generaciones consecutivas en la misma población, produce factores modificadores que, aunque no se heredan sí se transmiten de padres a hijos (herencia social), y limitan la disponibilidad de bienes y servicios.

2.10 METABOLISMO

Sansores, R., Pérez B., Ramírez V. y Valdemar V., (2006) refieren que:

El Metabolismo, es el conjunto de eventos que ocurren en las células de nuestro cuerpo y que en forma ordenada tienen como resultado el funcionamiento armónico de cada una de nuestras células, órganos, aparatos y sistemas, estado que se conoce como salud.

2.10.1 METABOLISMO BASAL

Se refiere al nivel mínimo de gasto de energía para el mantenimiento de la vida estando el organismo en condiciones basales. Esta energía mantiene los signos vitales, tono muscular, funciones renal y glandular y otras más que son necesarias para conservar la vida. (Pacheco, 1996).

2.10.2 TASA METABÓLICA BASAL

La tasa metabólica basal (TMB) se expresa en Cal/m² de superficie corporal depende en general de la masa corporal metabólicamente activa del individuo. Como ésta puede variar por una serie de factores, el metabolismo basal será diferente de persona a persona. Dentro de los factores que influyen sobre el metabolismo basal tenemos:

2.11 SUPERFICIE CORPORAL

“Depende del peso y la talla del individuo y es directamente proporcional al metabolismo basal, lo cual quiere decir que este es más elevado en individuos pequeños y es menor en sujetos de mayor tamaño en términos relativos” (Pacheco, 1996).

Ahora bien, después de haber dado algunos conceptos relacionados al Índice de Masa Corporal es de suma importancia mencionar los motivos que llevan a un desorden alimenticio.

2.12 LO QUE PROPICIA EL SENTIR HAMBRE Y EL POR QUÉ DEL COMER

Virtualmente, todas las sociedades han desarrollado rituales que giran en torno a la comida. La comida puede simbolizar amor, obligaciones sociales, o ser un signo de poder.

La manera de comer puede reflejar nuestras actitudes hacia nosotros mismos, nuestra familia y nuestra sociedad.

2.12.1 SEÑALES CORPORALES QUE INDICAN LA SENSACIÓN DEL HAMBRE

Cannon y Washburn (1912, citados en Papalia, 2008), indican que una señal básica de hambre es la presencia de contracciones estomacales; ésto se descubrió mediante un clásico experimento que se llevó a cabo a principios de siglo en el cual los sujetos tragaban un globo que informaba de las contracciones de su estómago.

2.12.2 CONDUCTAS ALIMENTICIAS “EL POR QUÉ DEL COMER”

Actualmente uno de los mayores problemas de salud en los EE.UU. es la obesidad. Las personas que superan en un 10 por 100 su peso <<ideal>>, respecto a su estatura y constitución, tienen un peso excesivo, mientras que el término obeso se reserva a la gente que sobre pasa en un 20 por 100 el peso deseable.

La obesidad puede también llegar a ser un problema psicológico ya que transgrede drásticamente las normas estéticas de nuestra sociedad. Siguiendo la línea anterior, es importante precisar algunas teorías que intentan explicar la conducta alimenticia, para entender el probable origen de la ingesta y sus consecuencias:

TEORÍA *PREPARACIÓN PARA LA ESCASEZ*

Algunos teóricos consideran que nuestra historia evolutiva explica la incapacidad de algunas personas para controlar lo que comen, argumentando que nuestra tendencia a retener la grasa en épocas remotas resultó adaptativa. Tiempo atrás, los seres humanos no poseían un suministro de comida suficiente y se mantenían durante mucho tiempo en niveles de subsistencia antes de tener la oportunidad de comer según sus deseos; para poder soportar la escasez periódica de comida, desarrollaron la capacidad de almacenar energía en forma de grasa.

TEORÍA *DEL PUNTO ÓPTIMO*

Es un mecanismo que nos indica que debemos dejar de comer cuando hemos alcanzado nuestro peso ideal. El punto óptimo controla la grasa corporal de la misma manera que un termostato mantiene la temperatura de la habitación a cierto nivel. Varía de persona a persona, de forma que dos personas de igual altura pueden estar <<programados>> para un peso corporal diferente.

TEORÍA *EL PLACER DE LAS CUALIDADES SENSORIALES DE LOS ALIMENTOS*

Indica que uno de los motivos para comer es *el placer que proporciona la comida*. El ser humano gusta de saborear y masticar. Tanto los seres humanos como los animales parece que nacen con una cierta preferencia hacia los sabores dulces, estas sensaciones agradables de sabor y textura se reciben a través del nervio trigémino el cual une los receptores de la boca con el hipotálamo lateral, generando así un recuerdo del placer que proporciona el sabor de la comida.

TEORÍA *INDICADORES APRENDIDOS PARA COMER*

Los indicadores internos son los que surgen de nuestro organismo: contracciones del estómago, niveles bajos de glucosa o insulina en la sangre. Los externos se encuentran fuera de nuestro cuerpo: la hora del día, anuncios y propaganda, las cualidades sensoriales de la comida o simplemente su disponibilidad son factores del entorno que hemos aprendido a asociar con la comida.

Schachter (1971; Schachter y Gross, 1968; Goldman, Jaffa y Schachter, 1968, (citados en Papalia, 2008), concluyeron que “Los obesos se dejan influir más por las indicaciones externas (la hora, la molestia que representa comer una cosa determinada, las cualidades de sabor y textura), mientras que la gente de peso normal está más influida por indicaciones internas”.

El control sobre las indicaciones externas es la base de muchos intentos de modificación de conducta para adelgazar. Es decir, se puede modificar el entorno de manera que no presente demasiados reclamos para comer, así probablemente se comerá menos.

A continuación, se hablará de los Trastornos en la conducta alimenticia, y sus repercusiones en el organismo, como es el caso de la *anorexia nerviosa*, Papalia, (2008) hace mención que es un síndrome que consiste en una negación a comer, que provoca la pérdida de por lo menos un 25% del peso inicial y que puede llevar a la muerte. Se interesan por la comida, guisarla, hablar sobre ella e insiste en que los demás coman, pero ellos mismos no comen, pueden atiborrarse y luego se purgan vomitando o usando algún laxante (una variante ya conocida, la bulimia). Posee una imagen totalmente distorsionada de su cuerpo.

Puede ser causa probable de un trastorno psicológico relacionado con la depresión, del miedo a crecer, de un síntoma extremo del mal funcionamiento de la familia o de la presión social sobre un individuo especialmente vulnerable (Yager 1982, citado en Papalia, 2008). ***La bulimia***, por su parte, es una enfermedad común entre las mujeres adolescentes y jóvenes, esto no descarta a la población varonil. Está caracterizada por atiborrarse de gran cantidad de comida (hasta 5000 calorías en una sola comida), seguido de la provocación de vómitos o el uso de laxantes para vaciar el estómago. Los bulímicos están a menudo deprimidos y muchas veces sufren complicaciones físicas como pérdida del cabello o alteraciones gástricas (Nagelberg, Hale y Ware, 1983, citados en Papalia 2008).

2.13 OBESIDAD

Sánchez (2013) refiere que hoy en día, según la información de la encuesta Nacional de salud y nutrición 2012, 71% de los mexicanos son obesos, y si esta tendencia no se revierte pronto, los especialistas advierten que, por primera vez en la historia, los niños padecerán más enfermedades y morirán más jóvenes que la generación de sus padres, y define a la ***obesidad*** como: una cantidad excesivamente alta de grasa corporal en relación con la masa corporal magra, básicamente esta enfermedad se debe a un desequilibrio energético que se da cuando las personas consumen mayor cantidad de energía (calorías), a través de los alimentos y bebidas.

Sansores (2006), comenta que, como consecuencia, hoy en día casi dos tercios del total de los adultos en México y un tercio de los niños son obesos o tienen sobrepeso, lo que nos ha colocado en el primer lugar de casos de obesidad en el planeta y hace mención de que “la

obesidad y en general los hábitos alimentarios inapropiados rompen el equilibrio orgánico funcional de todo nuestro cuerpo”.

2.14 SOBREPESO

El sobrepeso es un exceso de peso en relación con la altura de la persona, aunque el término en realidad puede confundirnos ya que no toma en cuenta su constitución física (si es delgado, fuerte, robusto, etc.), la estructura ósea, la musculatura o la talla. Así que es posible que nuestro peso esté un poco por encima del teóricamente ideal, pero eso no quiere decir que seamos obesos, porque nuestro peso incluye no sólo la grasa sino también el resto de los tejidos. La obesidad se define como un exceso de grasa presente en el organismo, aunque la sobreabundancia de grasa suele llevar al sobrepeso (Sánchez, 2013).

En ello consiste la relación entre ambos términos que, como puede verse, no significan exactamente lo mismo. Aquí cabe una nota aclaratoria: es necesario poseer una mínima cantidad de grasa corporal para mantener una buena salud porque estas sustancias juegan un papel muy importante en el funcionamiento del organismo; el problema se presenta cuando las grasas corporales se poseen en abundancia.

Normalmente la obesidad aparece cuando la persona ingiere más calorías de las que necesita. Esas calorías, al no gastarse, se acumulan en forma de grasa en unas células llamadas adipocitos, que son abundantes en sitios como las caderas, cintura, espalda, pecho, etcétera.

Se considera que una persona tiene obesidad cuando sobrepasa en 20% el peso ideal para su edad, sexo y altura. Lo primero que se requerirá entonces es tener claro este peso ideal.

Esto puede conocerse en cualquier centro de salud donde se cuente con las tablas de crecimiento que los médicos han diseñado para facilitar el seguimiento y la evolución de la altura, el peso y la edad de una persona, de acuerdo a cada región.

2.15 CAUSAS DE LA OBESIDAD SEGÚN ALGUNOS AUTORES:

Cameron (2015), afirma que la obesidad puede tener muchas causas, entre las que deben incluirse necesidades de dependencia fuertes e irracionales. La obesidad suele ser un desorden psicosomático, a veces muy grave. El sobrepeso crónico es resultado, casi siempre de un exceso en el comer; y rara vez están involucrados desórdenes endócrinos y metabólicos. En teoría, debería ser fácil controlar la obesidad, pues simplemente se controlaría el volumen de comida del paciente. Pero en la práctica resulta sumamente difícil en quienes la comida y el comer tienen significados inconscientes imperiosos.

Por lo anterior se puede deducir que tales personas se comportan como si fueran adictos a la comida; parecen incapaces de controlar su excesiva necesidad de alimento. Se ponen a dieta una y otra vez, pero en cuanto se percatan que han perdido algo de peso comienzan a excederse en la comida, hasta ganar los kilos perdidos.

Bruch (1957, citado en Cameron, N., 2015) comenta que en sus estudios sobre niños obesos descubrió que a menudo las madres eran incapaces de darles un verdadero amor maternal, pues ellas mismas tenían necesidades insatisfechas de ser dependientes y amadas. Sin embargo, sí podían dar a sus hijos alimento y cuidados conscientes. El *dar comida* terminó siendo, tanto en la madre como en el niño, sustituto del *dar amor*, a la manera de los procesos primarios.

Ejemplificando la información anterior se tiene que una persona obesa que sufre del corazón, y cuya vida depende de que pierda peso, se permite, pese a todo, una enorme y deliciosa comida en cuanto se siente solo, tal vez repitiendo así lo que ha venido haciendo toda su vida.

Pacheco (1996), refiere algunos otros factores que pueden influir en un Índice de Masa Corporal deficiente los cuales se citan a continuación:

2.15.1 EDAD

Con el origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

El metabolismo basal varía en razón inversa a la edad. Desde el nacimiento se incrementa hasta la edad de dos años, a partir de la cual disminuye hasta la vejez, con un ligero aumento en la etapa de la adolescencia.

2.15.2 SEXO

Es un conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, y a los animales como macho y hembra.

Las mujeres tienen un metabolismo basal menor que el de los hombres, hecho que se observa claramente a partir de la adolescencia edad en que el metabolismo basal de las mujeres empieza a disminuir mucho más rápidamente que el de los hombres. Se debe a que las mujeres presentan más tejido adiposo (con baja actividad metabólica) y menos tejido muscular (metabólicamente más activo) que los hombres.

2.15.3 TEMPERATURA CORPORAL

Tortora (1998), menciona que la temperatura corporal es el calor en forma de energía cinética y se expresa en unidades llamadas calorías y son directamente proporcionales al metabolismo basal. Esto quiere decir que en la hipertermia el metabolismo basal es alto y en las hipotermias bajo. Lo anterior tiene que ver con la capacidad que tiene la temperatura para modificar la velocidad de las reacciones químicas.

2.16 RECOMENDACIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE CON RELACIÓN AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Se debe estar atento a detectar aumentos de peso inusuales en uno mismo o en las personas con quienes se convive cercanamente. Desde luego, siempre y cuando ser cuidadosos con lo que se suele comer y estar conscientes de realizar el suficiente ejercicio físico adecuado a la salud y peso, cabe resaltar que esto tiene que estar indicado por prescripción médica, pues, como ya vimos son acciones clave para mantener el peso adecuado.

Tener una alimentación variada es base fundamental para prevenir, combatir y tratar la obesidad y/o desnutrición, por tal motivo se muestra el *Plato del bien comer para apoyo de la ingesta de alimentos*.

Figura 1 Plato del bien comer



Fuente:

<http://www.salud180.com/nutricion-y-ejercicio/cuales-son-los-beneficios-del-plato-del-bien-comer>

Existen servicios de salud para el control de peso, que ofrecen programas de apoyo, talleres, atención psicológica y módulos de salud integral, los cuales cuentan con la infraestructura de los servicios nacionales de salud.

Como es el caso de esta investigación donde se acudió a 2 hospitales privados y 2 públicos, los cuales cuentan con estrategias relacionadas al consumo de alimentos, los cuales se describen a continuación:

Hospitales Privados

HMG Coyoacán:

- *Consulta medica
- *Consulta de nutrición
- *Área Psicología

Hospital Ángeles Metropolitano

- *Consulta médica
- *Endocrinología
- *Nutrición
- *Programas de Apoyo en círculo nutricional
- *Talleres y conferencias mensuales de sobrepeso y obesidad (Diabetes)

Hospitales Públicos

Hospital de Nutrición (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán).

- *Consulta médica de nutrición
- *Apoyo psicológico
- *Talleres nutricionales
- *Conferencias

Unidad de Medicina Familiar No. 20 Unidad de Consulta Externa (Unidad Vallejo)

- *Consulta médica
- *Apoyo psicológico
- *Talleres nutricionales por temporada vacacional

*Se llevan a cabo sesiones educativas en temas de alimentación correcta y actividad física, con el apoyo de material educativo y promocional.

*Capacitación en temas de salud y participación en eventos masivos, como el Paseo Dominical.

*Ciclotón y Paseos Nocturnos en Bici.

La intención de estas instituciones a través de la secretaría de Salud de la Ciudad de México es realizar Jornadas de Salud Mental de diferentes campañas con la finalidad de promover, prevenir, orientar y brindar atención sobre trastornos mentales, mediante actividades que le permiten a las personas identificar los factores de riesgo, en relación de las situaciones emocionales que viven de manera cotidiana, , de esta forma el psicólogo es parte integral del cambio en este campo de trabajo, orientando a una dieta balanceada y una salud mental estable.

CAPÍTULO III INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON VARIABLES DE ANSIEDAD Y/O ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Las primeras investigaciones de este capítulo hacen referencia al Índice de Masa Corporal, debido a que existe poca información relacionada con la variable de estudio ansiedad en el campo de la psicología.

Con motivo de poder enriquecer el presente trabajo, a continuación, se mencionarán algunas investigaciones que se relacionan con las variables de ansiedad, índice de masa corporal y alguna otra variable.

Motivado por saber la relación existente entre los porcentajes de las variables de índice de Masa Corporal y el porcentaje de grasa corporal, el M. Sc. José Padilla en el año del 2004 realizó una investigación denominada *Relación del Índice de Masa Corporal y el Porcentaje de Grasa Corporal en jóvenes venezolanos*.

Dicha investigación constaba de 505 estudiantes (242 del sexo femenino y 263 masculino) de un Liceo Bolivariano del estado Barinas, los participantes tenían edades comprendidas entre los 10 y 20 años, el trabajo consta de un método cuantitativo en una investigación de campo, basándose en un diseño no experimental, de nivel descriptivo-correlacional y de corte transversal.

Siguió un protocolo de recopilación de datos para las mediciones antropométricas de acuerdo a los estándares establecidos por la Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría (I.S.A.K. - The International Society for the Advancement of

Kinanthropometry)., las medidas fueron tomadas por él mismo quien cuenta con acreditación nivel II expedido por la ISAK.

Las medidas que se tomaron fueron las siguientes: la estatura parada y masa corporal, para que con estas variables se calculara el índice de Masa Corporal, y para clasificar a los estudiantes con sobrepeso y obesidad, se usaron los puntos de corte sugeridos por el Grupo de Trabajo sobre Obesidad (IOTF - International Obesity Task Force) para niños y adolescentes por edad y sexo.

En el modelo estadístico utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar que las variables no se alejaban significativamente del comportamiento normal. Sobre este particular, señaló que conocer la forma de distribución de la variable es importante para elegir la prueba adecuada; por ello en muchas ocasiones es imprescindible utilizar pruebas previas que permitan decidir qué técnica, prueba, test o contraste se utilizará en el análisis.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: El análisis de datos se realizó a través del software estadístico SPSS versión 17.0. Los resultados presentan una correlación alta entre el IMC y el porcentaje de grasa ($r: 0,75^{**}$ para las chicas y $r: 0,77^{**}$ para los chicos; $p < 0,01$). Asimismo, se presentaron correlaciones altas y significativas en los diferentes grupos de edad para ambos sexos. Llegando a la conclusión de que existe alta correlación positiva entre el IMC y el porcentaje de grasa corporal en la Institución Educativa mencionada, por lo tanto, se considera la utilización del IMC como una herramienta aplicable para la estimación del estado nutricional.

Por otra parte, en el 2011, Mónica María Flores Espitia realizó un trabajo de grado para obtener el título de Nutricionista Dietista el cual denominó *Prevalencia de Sobrepeso y*

Obesidad por Índice de Masa Corporal, porcentaje de Masa grasa y Circunferencia de cintura en niños escolares de un Colegio Militar en Bogotá D.C. Colombia.

Dicho estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal. Se valoraron antropométricamente por índice de masa corporal a 63 niños con edades entre cinco y doce años, a los niños diagnosticados en exceso de peso, se les tomó circunferencia de cintura, perímetro de brazo y pliegue cutáneo tricípital para analizar las reservas corporales y el riesgo cardiovascular.

Los resultados que obtuvo fueron los siguientes: la prevalencia de sobrepeso fue mayor que la de obesidad, según la clasificación del estado nutricional por índice de masa corporal respecto a la edad, con porcentajes del 27 % y 14 % respectivamente. En la circunferencia de cintura, se encontró mayor porcentaje en niños diagnosticados con sobrepeso que obesidad, con porcentajes de 16 % y 5 % respectivamente. De los niños diagnosticados en exceso de peso por reserva de masa grasa no se hallaron casos diagnosticados en sobrepeso, sin embargo, en obesidad se encontró un 33 % de la población.

Estadísticamente por medio del índice de kappa de cohen encontraron que la concordancia entre índice de masa corporal y circunferencia de cintura es débil y la concordancia entre índice de masa corporal con porcentaje de reserva de masa grasa y circunferencia de cintura con porcentaje de reserva de masa grasa es insuficiente. Por lo cual llegó a la conclusión de que la prevalencia de sobrepeso y obesidad del colegio Militar en la población escolar según IMC, es de 41.27%, por circunferencia de cintura 20.63% y por exceso de reserva de masa grasa 33%. El indicador de índice de masa corporal tiene una limitación por no tomar en cuenta la composición corporal, por lo cual recomienda relacionar los tres métodos de diagnóstico de exceso de peso.

Otra de las investigaciones la llevaron a cabo Guevara Valtier junto con otros colaboradores en el año 2015 para realizar un estudio acerca de *Estilos de vida e Índice de Masa Corporal en Adolescentes Universitarios de Monterrey, México*.

La descripción es la siguiente, Identificar el Estilo de Vida de una muestra de adolescentes mexicanos de acuerdo a su índice de masa corporal (IMC). El diseño que emplearon fue de tipo descriptivo transversal, contaron con una muestra probabilística simple de 79 estudiantes de entre 17 y 19 años. Midieron la variable con la ayuda del cuestionario Estilo de Vida Promotor de Salud con el fin de medir seis dimensiones: responsabilidad en salud, nutrición, actividad física, manejo de estrés, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales.

A través de un consentimiento informado y de una plática con cada alumno se les instruyó de las actividades a realizar, una vez que tuvieron dicha autorización se procedió a aplicar el cuestionario.

Los resultados obtenidos se evaluaron a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 21.0, y se recurrió al uso de estadísticos descriptivos como frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central.

En los resultados: Se encontró que el 80% de la muestra tenía un estilo de vida no saludable y un 60,8% presentó sobrepeso u obesidad. Las dimensiones fueron responsabilidad en salud (100%), nutrición (92,4%), manejo del estrés (82,3%) y actividad física (79,7%). Por lo tanto, en este estudio se concluyó que Independientemente del IMC predominó un mal estilo de vida en la muestra estudiada.

Otro estudio realizado por García, M. y Sanin, I. en enero del 2013, es poco frecuente, ya que ellas se enfocaron en la *Relación de Caries Dental y el Índice de Masa Corporal en niños de edad Preescolar*.

La caries dental y la obesidad son enfermedades multifactoriales que afectan a la mayor parte de la población infantil de México, las cuales se relacionan al consumo de alimentos con altas concentraciones de azúcares.

El estudio lo llevaron a cabo en la Universidad Autónoma de Guadalajara, se realizó un estudio transversal para observar la incidencia de caries dental y su relación con el índice de masa corporal, esto fue con la previa autorización del Comité de Investigación y Ética de dicha universidad. La muestra comprendió 348 niños en edades entre 4 y 7 años.

Se citó a los padres o tutores a una reunión donde les fue explicado el estudio y así, previo consentimiento informado, se les dio una presentación con fines educativos sobre caries dental, obesidad infantil y prevención de las mismas; luego, se les pidió contestar un cuestionario sobre la alimentación de sus hijos para realizar un análisis de dieta y obtener así los momentos de azúcares/día. También fueron pesados y medidos y examinados de la cavidad bucal. Posteriormente generaron una base de datos en Excel para después realizar el análisis estadístico en SPSS v.18; para realizar el proceso analítico descriptivo, utilizando para las variables cuantitativas moda, mediana, media y desviación estándar, y para las variables cualitativas las pruebas T de student y Chi cuadrada.

Los resultados y conclusiones a los que llegaron son los siguientes: 262 niños (75.3%) presentaron caries y 86 (24.7%) no tuvieron lesiones cariosas; donde solo se presentó un 0.4 [+ o -] 0.05 de dientes obturados.

El 12.9% están en desnutrición, la mayoría se encontraban eutróficos (56.3%), pero el resto están en sobrepeso (9.2%), obesidad (4.9%) y obesidad grave (16.7%) pudiendo concluir que en la población estudiada existe un 43% con problemas de nutrición.

Los niños eutróficos son los que presentaron más dientes cariados, así como el grupo de obesidad grave.

Ahora se hablará acerca de los estudios de Ansiedad y otras variables.

Silva, J. (2007) publicó un artículo en la revista científica *Terapia Psicológica*, acerca de *Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endocrina*.

Silva indica en este artículo que bajo estrés la restricción alimenticia crónica usualmente alterna con episodios de sobrealimentación. Los dietantes crónicos (DC), son especialmente propensos a presentar ese patrón paradójico. Este artículo revisa la evidencia conductual, afectiva, metabólica y endócrina relacionada con tal condición. Los estudios de laboratorio y campo han revelado que los DC se sobrealimentan especialmente durante situaciones experimentales evocadoras de ansiedad. Esta observación ha sido explicada por varias teorías psicológicas, tales como la teoría psicósomática, la teoría de la distracción cognitiva y la hipótesis de enmascaramiento. Al mismo tiempo, la investigación metabólica y endócrina sugiere que los DC podrían tener una predisposición a ganar peso debido a la exposición crónica al estrés, lo que a su vez conlleva un riesgo de obesidad.

La investigación empírica de los dietantes crónicos (DC), comenzó con Herman y Mack (1975), quienes intentaban identificar patrones de ingesta alterados en personas de peso normal. Debido a su interés en la obesidad, dichos investigadores se preguntaron cómo un

individuo de peso normal con un patrón de ingesta alterado (similar al de un obeso) controlaba su conducta alimentaria para no aumentar ostensiblemente de peso. Para evaluar esto diseñaron la Escala de Restricción (ER), la cual indagaba acerca de la preocupación acerca del peso, las variaciones de éste y la evidencia de dieta. Con base a los puntajes de la ER se diferenció entre dos clases de individuos; aquellos que prestaban mucha atención a la alimentación, variaban mucho su peso y/o que generalmente hacían dieta (Dietantes Crónicos; DC) y aquellos que no tenían ninguna de tales características (No dietantes; NDC). Paralelamente, se desarrolló un paradigma experimental en donde podía observarse el comportamiento de sujetos enfrentados a un cambio significativo en su alimentación (específicamente un exceso de ésta). Este paradigma involucraba el siguiente procedimiento: Se invitaba a los participantes a un experimento de la "percepción del sabor". Luego en la llamada fase de "aperitivo" fueron sometidos a una de tres condiciones posibles; "sin aperitivo" donde no se entregó comida, "1 aperitivo" donde se debía consumir un chocolate de 7.5 oz o una leche batida de vainilla, finalmente en la condición "2 aperitivos" se duplicaba la ingesta de la condición "1 aperitivo". Posteriormente, a todos los sujetos se les pidió que evaluaran el sabor de tres tipos de helado (fase de consumo). En esta fase se dejó solos a los sujetos con suficiente helado, el cual se retiraba después de 10 minutos y se pesaba para verificar cuánto había consumido cada participante.

Los autores supusieron que las personas sometidas a sobrealimentación (aperitivos) debían compensar la sobre-ingesta, disminuyendo progresivamente el consumo de helado en la última fase del experimento. Adicionalmente, Herman y Mack hipotetizaron que, dado el patrón obeso de alimentación de los DC, éstos no serían capaces de compensar el consumo frente al aumento obligado de ingesta. Los resultados fueron en parte inesperados. A partir

de las hipótesis se presumía que los NDC compensarían, es decir que a mayor "aperitivo" habría menos consumo en la prueba final, lo cual efectivamente ocurrió. Sin embargo, el grupo de los DC tuvo una respuesta sorprendente, alterando dramáticamente su consumo dependiendo del "aperitivo". En cierto sentido, en vez de regular, "contra-regularon" su ingesta. Esta fue la primera evidencia experimental que los DC bajo ciertas condiciones desinhibían dramáticamente su conducta alimentaria. A partir de esta observación preliminar, utilizando una escala revisada (*Revised Restrained Scale*, Herman & Polivy, 1980), numerosas investigaciones se han llevado a cabo en relación con este patrón alterado de ingesta. De las condiciones más comunes que favorecen la desinhibición alimenticia (ver Ruderman, 1986), una de las que mayor atención recibe de parte de los estudiosos del comportamiento son los estados emocionales intensos. De hecho, los DC frecuentemente son descritos como comedores emocionales (Van, S. 1997).

En mayo del 2016 Cely, también publicó un artículo sobre la *Relación entre la metacognición y la ansiedad en situaciones académicas de evaluación*.

Se hablará de este artículo iniciando con la base teórica: la ansiedad, la cual, ha sido definida por Barlow (2002) como un patrón de respuestas que implica componentes cognitivos displacenteros de tensión; aspectos fisiológicos, relacionados con un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y elementos motores, que implican comportamientos poco adaptativos. En los diversos contextos en los cuales se desenvuelve el ser humano se generan una serie de exigencias, que implican la adaptación del sujeto, la adaptación se reconoce por medio de la capacidad de respuesta que el individuo da a las demandas ambientales (Chance, 2009). En este proceso se manifiesta la ansiedad, como un estado individual que genera en el sujeto respuestas cognitivas, es decir ideas

y pensamientos; respuestas motoras y fisiológicas, las cuales lo llevan a ejecutar comportamientos no coherentes con la demanda que el entorno está realizando.

Frente al rendimiento escolar Jadue (2001) plantea que el porcentaje de personas con ansiedad en los contextos educativos se encuentra entre 22% de la población general; este estado emocional se manifiesta reduciendo la eficacia en el aprendizaje, ya que se disminuye la atención, concentración, retención, generando así bajo rendimiento académico en la mayoría de los estudiantes. Mar (2001) fue el primero en introducir el término **Metacognición**, en la década de los 70, a partir de los hallazgos encontrados en investigaciones con niños, en las cuales se observó que, al estimar el rendimiento en una prueba, se logra obtener mejor rendimiento, que al no predecirlo. Para Mar (2001) la metacognición es: “el conocimiento sobre los procesos cognitivos”, implica identificar la amplitud de la memoria, la complejidad de una tarea y regular los procesos cognitivos (percepción, atención, memoria). Por su parte Pozo (2006) define la metacognición como un proceso individual, que le permite a una persona elaborar conocimiento sobre su propio conocimiento, una persona sabe qué habilidades, ideas y esquemas posee.

Gabbard (2010) plantea que los trastornos de ansiedad se manifiestan a través de las preocupaciones excesivas, la hiperactivación motora y síntomas fisiológicos como insomnio, o cambio en el consumo de alimentos.

Para realizar esta investigación se realizó la evaluación de la respuesta de ansiedad por medio del “Inventario de ansiedad de Beck BAI”, la población estuvo constituida por 45 mujeres y 5 hombres; en edades comprendidas entre los 17 y 24 años; 41 de jornada académica diurna y 9 de jornada nocturna.

Para evaluar las estrategias metacognitivas se aplicó el “Inventario de estrategias metacognitivas de O`Neil y Abedi”, Martínez (2007) realiza la descripción psicométrica de la prueba y reporta que el instrumento posee un coeficiente de confiabilidad $\alpha = .88$. El instrumento genera un perfil general de metacognición en el cual se observa que, a mayor uso de estrategias metacognitivas, mayor es el desarrollo del proceso metacognitivo en los estudiantes; el perfil general se divide en cuatro dimensiones: Planificación, Monitoreo, Cognición, Conciencia (O`Neil y Abedi, 1996).

Los instrumentos fueron aplicados a 50 estudiantes del programa de psicología, tras la presentación de un examen; tarea académica que de acuerdo con Furlan (2009) genera niveles de ansiedad altos.

Los resultados que se obtuvieron son los siguientes, la dimensión cognitiva presenta una disminución en cuanto al nivel de ansiedad; a mayor nivel de ansiedad, menor uso de estrategias cognitivas para la solución del problema; las personas que presentan puntuaciones en el BAI altas, perfiladas con ansiedad severa tienden a presentar dificultades en el procesamiento de la información y la autorregulación de este proceso, es probable que ante tareas altamente demandantes o de alta complejidad presenten dificultad para comprender los elementos básicos del problema y proponer una alternativa de solución viable; mientras que las personas que muestran niveles de ansiedad bajos, poseen capacidades de procesamiento de la información más funcionales las cuales les permiten recibir la información de manera explícita por parte del medio, dar una interpretación coherente o lógica de la misma y finalmente emitir una respuesta funcional. Así mismo se observa que los estudiantes tienden a no organizar de manera eficiente la información que se les ha

suministrado, ni a elaborar adecuadamente los materiales. Los estudiantes ansiosos no identifican con facilidad la información relevante de la tarea, no relacionan la información nueva de la tarea con la que previamente han construido en su esquema cognoscitivo (Ausubel, 2010), tienen pocas estrategias para resolver la actividad o problema, generalmente tienen la misma; la cual han interiorizado y adaptado a las diversas demandas académicas.

En investigaciones sobre ansiedad y el Índice de Masa Corporal Linares-Manrique, M.; Linares-Girela, D.; Schmidt-Rio-Valle, J.; Mato-Medina, O.; Fernández García, R. y Cruz-Quintana, F. (2016), estudiaron la *Relación Entre Autoconcepto Físico, Ansiedad e IMC en Estudiantes Universitarios Mexicanos*, en septiembre del 2016, para conocer y relacionar el autoconcepto físico con diferentes tipos de ansiedad y el IMC en estudiantes de enfermería y educación física en la península de Yucatán (México).

La muestra fue de 264 alumnos, 91 varones y 173 mujeres de entre 18 y 25 años, los cuales se dividieron en dos grupos, uno conformado por 130 alumnos de educación física y el otro por 134 alumnos de enfermería así estos grupos mediante un consentimiento informado aceptaron su participación en dicho estudio.

La recolección de datos se llevó a cabo en distintos días, siempre en el mismo lugar, a la misma hora y las aplicaciones se hicieron por los mismos investigadores.

Los instrumentos que manejaron fueron el cuestionario de “Ad Hoc” que está constituido por preguntas sociodemográficas, personales, de formación y práctica de actividad física, que contenía los siguientes datos: sexo, edad, estudios, semestre que cursaban, tiempo diario dedicado a la práctica regular de actividad física, así como el lugar de nacimiento de ellos,

de sus padres y de sus abuelos, también midieron y pesaron a todos ellos para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC).

El autoconcepto lo evaluaron con el cuestionario (CAF) de Goñi I, Ruiz de Azúa y Rodríguez, (2006), que está compuesto por 36 ítems que conforman 6 subescalas; cuatro subescalas principales: Habilidad Física (H), Condición Física (C), Atractivo Físico (A) y Fuerza (F), a la que añadieron otras dos subescalas: Autoconcepto Físico General (AFG) y Autoconcepto General (AG) que estaban siendo entendidas como la media de las puntuaciones obtenidas en las cuatro primeras.

La Escala de Ansiedad ante Procesos Terminales de Templer (1970), ha sido adaptada en el 2010 por Rivera y Montero para México.

Mientras que la ansiedad se evaluó mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), que a pesar de ser antiguo es el cuestionario que más se utiliza para medir la ansiedad (Muñiz y Fernández-Hermida (2010); Guillén y Buela (2011).

Sus relaciones entre variables se obtuvieron mediante el coeficiente de correlación bivariado de Spearman y utilizaron el programa SPSS en su versión 20.0 para el análisis de datos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes, existe diferencia estadística significativa de que ninguno de los estudiantes de educación física es obeso, a diferencia de los alumnos de enfermería. Comparando el autoconcepto físico y la ansiedad, también se encontraron diferencias estadísticas significativas. Los alumnos de enfermería manifiestan niveles altos

de ansiedad estado más que los alumnos de educación física, ya que puede estar asociada por el tipo de profesión.

En otro estudio relacionado con los síntomas de ansiedad, Alexis Tapia S. en el 2005, menciona que entre el 15 y el 20 % de Europeos de la población adulta es obesa, y que la mayor tendencia se presenta en mujeres, por lo que consideró importante evaluar la presencia de síntomas de ansiedad en forma cuantitativa, ya que los pacientes mencionan que su ansiedad se manifiesta por comer, así que para medir este factor realizó un estudio llamado: *Ansiedad un factor importante para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobre peso y obesidad.*

En un centro de salud para pacientes con sobrepeso y obesidad, se solicitaron 65 pacientes voluntarios, para medirles sobrepeso y obesidad, se incluyeron a pacientes de ambos sexos de entre 18 y 72 años, a quienes se les entregó un consentimiento informado. En la primera consulta fueron evaluados con la escala de Ansiedad de Goldberg, se les midió el peso, la talla y se les calculó el IMC, cabe mencionar que en sus criterios de exclusión no tomaron en cuenta a pacientes que tuvieran alguna enfermedad crónica o aguda.

Los resultados obtenidos son que: el 89,2 % que corresponde a mujeres presentó un sobre peso con un IMC promedio, y los pacientes restantes obtuvieron diferentes grados de obesidad con un IMC promedio.

Al hacer una división de pacientes en dos grupos encontraron que la presencia de síntomas de ansiedad fue estadísticamente significativa. Esto muestra la presencia de un posible trastorno ansioso que tiene una asociación significativa a la condición de sobrepeso u obesidad.

Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que no sólo se debe de tener la opinión médica, sino que también deben intervenir un grupo de especialistas para valoración integral del paciente, en cuestiones emocionales.

A continuación en la siguiente investigación se hablará sobre los factores que influyen en la *Ansiedad, Depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas*, Diego Alejandro Salazar Blandón, Teresita Castillo León, María del Pilar Pastor Durango, Luz María Tejada-Tayabas, y Ana Gabriela Palos Lucio en mayo de 2013 a noviembre de 2014 hacen mención de que la obesidad es una enfermedad que conlleva a tener diferentes causas, puesto que influye en los ámbitos biológicos, sociales, psicológicos y alimenticios, al igual que constituye un grado elevado a nivel mundial ya que es uno de los principales síntomas para manifestar otras enfermedades, puesto que encontraron que los jóvenes universitarios son los más débiles en esta cuestión, y se debe a que, por sus estilos de vida, la falta de actividad física y el consumo de grasas y azúcares, tiene que ver principalmente con la ansiedad y la depresión. Varias investigaciones expresan que la obesidad está asociada con trastornos emocionales como depresión y ansiedad, la comida está asociada a un impacto de satisfacción neuronal.

El estudio estuvo realizado cualitativamente y cuantitativamente, enfocándose en los factores que detonan una relación de ansiedad y depresión con la obesidad. realizaron un estudio descriptivo transversal en el que utilizaron a 1351 estudiantes universitarios de las carreras de enfermería y nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP, 935) y la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY, 416), la muestra fue de 450 estudiantes distribuidos por carrera y universidad.

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo aleatorio simple. Se incluyeron estudiantes de ambos sexos, entre 17 y 29 años.

Los instrumentos que manejaron para dicha investigación fueron escala de Goldberg para identificar síntomas presuntivos de ansiedad y depresión, midiendo peso y talla para obtener IMC.

Los resultados obtenidos fueron: que hay una relación entre los síntomas de ansiedad y la depresión, el sobrepeso y obesidad.

Por lo anterior se explica que existen pocos datos sobre las psicopatologías (emocionales y cognitivo-conductuales) de pacientes con obesidad en la edad adulta, sobre todo en la región de Paraguay, así lo afirma Claudia Analía Parodi (Cátedra y Servicio de Psiquiatría-Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay) 2015, quien decidió llevar a cabo una investigación a fondo titulada *Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas*. Teniendo como objetivo observar si existen aspectos de psicopatología en pacientes que consultan la unidad de obesidad en el hospital de clínicas.

Hizo un estudio observacional y descriptivo de diseño transversal, que abarcó a 69 pacientes, con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, midiendo el IMC a los pacientes, para así obtener un diagnóstico más detallado. Para medir la ansiedad y depresión, utilizó la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria que fue auto aplicada, al igual que la persistencia del trastorno de la imagen corporal por otro instrumento que se les proporcionó a los pacientes.

El resultado que obtuvo fue que: de los 69 pacientes entre 18 y 78 años el 88,4% era del sexo femenino, en la escala HAD el trastorno de ansiedad estuvo latente en el 18,8% de los pacientes, mientras que el 31,8% mostró que corría el riesgo de padecerlo, y el trastorno depresivo indicó que el 8,7% también estaba presente en los pacientes, y el 14,5% se situó en calificación de riesgo. Se mostró un mayor valor de ansiedad en el sexo femenino con 19,6% en comparación de 12,5% en el sexo masculino.

En cuanto al trastorno de la imagen corporal el 56,5% de los pacientes tuvieron variaciones significativas en diferentes grados, haciendo hincapié en que los pacientes del sexo femenino mostraron una mayor regularidad de los trastornos de imagen a diferencia de los varones, ya que los valores de la relación entre ansiedad, depresión y trastornos de la imagen corporal tuvieron un aumento con base en las aplicaciones de los instrumentos.

Por otra parte, Sandra Muñoz, Zaira Vega, Enrique Berra, Carlos Nava y Gisel Gómez (2015), comentan que la obesidad es un problema de salud grave a nivel mundial, principalmente en niños y adolescentes respecto a características biológicas y psicológicas. por tal motivo decidieron realizar un estudio llamado *Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes*.

La intención de su trabajo de investigación fue comprobar si existe relación entre estrés, emociones y afrontamiento y el IMC en adolescentes, en el que trabajaron con 89 adolescentes de edades entre 11 y 15 años, de dos escuelas secundarias, una de la Ciudad de México y otra del área metropolitana, de los cuales el 50.6% de los participantes fueron hombres y 49.4%, mujeres, su tipo de muestreo fue no probabilístico intencional, empleando instrumentos que evaluaran el nivel de estrés, el afrontamiento y las emociones, incluyendo la autorización de los participantes para hacer la aplicación de los instrumentos.

Su tipo de estudio fue descriptivo-correlacional ya que no tuvieron manipulación de variables y solo era observar si había o no relación entre las variables estudiadas, el diseño que manejaron fue transversal y de una sola aplicación.

Los instrumentos que utilizaron fueron el inventario de estrés cotidiano adaptado por Nava et al. (2004) que evalúa los niveles de estrés que producen situaciones comunes, la escala de modos de afrontamiento adaptada por Vega et al. (2010), que mide las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción y al problema, El cuestionario de emociones, estrés y afrontamiento (CEEA) de Vega et al. (2012), midiendo estrategias de afrontamiento, emociones positivas y negativas experimentadas ante dos tipos de situaciones: estresantes y placenteras, y el cuestionario de hábitos de alimentación y actividad física fue elaborado por los investigadores para dicho estudio.

Los resultados que encontraron es que: la relación que existe entre las variables en este estudio es importante, ya que tuvieron diferencias significativas, el promedio que obtuvo el estrés fue moderado.

Por su parte Luisa Teresa Angelucci, Yolanda Cañoto, María Jimena Hernández de la Universidad Católica Andrés Bello en Caracas 2017 mencionan que, en la vida de los jóvenes hay factores que influyen en su estilo de vida, y estos afectan a su salud tanto física como psicológicamente, es por esto que surge la inquietud de que las investigadoras realizaran un estudio denominado *Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud Física y psicológica en jóvenes universitarios.*

El trabajo decidieron conformarlo por 312 estudiantes de 19,9 años con diferentes grados escolares y carreras, bajo un consentimiento voluntario de cada participante. La mitad de los participantes eran hombres, tomando en cuenta que su muestreo fue propositivo, teniendo un tipo de estudio no experimental explicativo, puesto que no hay manejo de variables, el diseño que llevaron a cabo fue de tipo transversal, los instrumentos fueron hoja de datos de identificación, IMC, Escala de salud física percibida, Cuestionario de salud general de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28), y la Escala de estilo de vida saludable. Se midió a los jóvenes el peso y talla.

Los resultados que les arrojaron las evaluaciones fueron que el IMC promedio es de 23. Una vez que solicitaron la información sobre problemas neurológicos y enfermedades crónicas, 124 (39,74%) de los jóvenes mencionaron que utilizaban lentes correctivos, dos tenían aparatos auditivos (0,64%), uno tenía problemas motores (0,32%) y ninguno dijo tener problemas de lenguaje.

En la aplicación del cuestionario de síntomas físicos el 30 % o más se halló que presentaban sueño durante el día, dolor de cuerpo, de cabeza, gripe y problemas para conciliar el sueño, en la cuestión psicológica, el 30% o más de los estudiantes mostraron puntajes bajos en los niveles de depresión, aunado al cuestionario de estilo de vida por un análisis de componentes se observaron cinco factores: alimentación, actividad física, hábitos de sueño, uso de drogas y chequeos médicos.

Al realizar la calificación de cada pregunta de los cuestionarios, se mostraron hábitos impropios de alimentación, frecuencia de actividad física muy baja, como también escasos chequeos médicos, y por otra parte la cuestión de hábitos de sueño tiene equivalencia con la

escala de síntomas físicos en la que se halló que los participantes muestran problemas de sueño. Uno de los factores que más resaltó en los resultados es el consumo de drogas el cual presentó una frecuencia muy baja, se encontró que un 75% se automedica. La conclusión a la que se llegó a través de la evaluación es que los jóvenes presentaron resultados dentro de los parámetros normales.

Para finalizar Amigo, R., Busto, Z., Peña, E. y Fernández, C., en febrero de 2015, realizaron un estudio sobre *La influencia del sueño y los estados emocionales sobre el índice de masa corporal infantil*, en la que trabajaron insinuando que la ansiedad, las emociones y el sueño perjudican la salud en los niños, ya que, si existe relación entre ansiedad e IMC, pero sin olvidar que van junto con la baja autoestima y el sueño.

Su método está realizado con una muestra aleatoria, por conglomerados para ver si sus resultados eran representativos y generales en la población estudio en un rango de edad de niños de 4° año. Evaluaron a 291 niños de 30 escuelas, el 48,50% de la muestra son niñas y el 51,50% son niños, cuya media de edad es de 9,33 años.

Las pruebas que utilizaron para medir y evaluar las variables que marcan en esta investigación son: báscula electrónica para pesar a los niños y un flexómetro para medir el IMC, utilizaron el cuestionario de Autoevaluación Ansiedad estado/rasgo en niños, y el Inventario de Depresión Infantil.

Se les pidió su consentimiento a los papás para realizar las aplicaciones, llevando una entrevista individual con cada niño.

Para observar los estados de sueño de los niños, se les cuestionó sobre los horarios en los que se levantaban y en los que se dormían, incluyendo si realizaban otras actividades durante el día.

Los resultados que obtuvieron mostraron que existe relación entre ansiedad-rasgo y baja autoestima asociadas con el incremento del IMC, y a su vez estas influyen con el acortamiento de las horas de sueño.

En conclusión, determinaron que: Los niños de 9 y 10 años presentan valores altos en ansiedad y baja autoestima y tienden a generar sobrepeso y esto se debe a que los estados emocionales y las horas de sueño conllevan a un incremento del peso.

CAPÍTULO IV MÉTODO

4.1 JUSTIFICACIÓN

Actualmente por las situaciones que se viven socialmente, ya sea por las cuestiones laborales, escolares, del hogar o por la falta de tiempo que cada persona tiene, no resulta fácil consumir alimentos saludables, por lo que es más sencillo y práctico adquirir comida rápida, comida chatarra y refrescos, esto conlleva a que la alimentación de las personas no sea la adecuada por la ingesta calórica que esto implica, y por consiguiente genere un sobrepeso, obesidad o incluso alguna enfermedad que no pueda ser curable.

Es por este motivo que esta investigación se realizó enfocándose en dar a conocer estadísticamente la correlación que existe entre los niveles de Ansiedad y su relación con el Índice de Masa Corporal, puesto que estos tienen una interacción con causas psicológicas que llegan a estar presentes en el medio social, familiar, profesional y escolar, probando un desequilibrio biológico, psicológico y social en la población. Hoy en día la obesidad es un tema del cual se hace énfasis en las instituciones de salud, y se han hecho investigaciones refiriéndose a este tema, y de hacer que las personas en general conozcan más sobre peso ideal, sobrepeso y desnutrición, las cuales deben tratarse para tener un óptimo estado de salud y así poder determinar el índice de masa corporal.

Es importante considerar que, cuando se muestren signos de alerta como el comer de más, subir de peso, y por consecuencia llegar a una obesidad o enfermedad derivada de la misma por mencionar algunas diabetes, hipertensión, afecciones cardíacas, etc., o de lo contrario dejar de comer, provocando una desnutrición que puede desembocar en un bajo peso, anorexia o bulimia, se deben de tomar las medidas necesarias para atender dichos síntomas

y así poder tener un mejor control de lo que se consume. Cabe señalar que esto influye en el estilo de vida, incluyendo las actividades diarias y la falta de tiempo, que se relacionan también con la manera de pensar, de comportarse, lo cual deriva en un reflejo emocional del individuo manifestándose en algunos elementos ambientales que incluyen la falta de ejercicio y la mala educación de hábitos alimenticios.

Los beneficios que se pretenden aportar en esta investigación son los siguientes:

En la población en general es hacer hincapié en que los signos de alerta de una mala ingesta calórica siempre están latentes y estos pueden estar relacionados con un síntoma de ansiedad o algún otro factor psicológico que pueda llegar a ocasionar un desequilibrio en el estado nutricional.

Se establece que la práctica constante del comer sanamente y fomentar una salud mental para el desarrollo óptimo de las actividades cotidianas conllevará a que se pueda tener un rendimiento físico, mental y emocional para reducir los niveles de ansiedad y por consiguiente tener un peso ideal.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre los niveles de ansiedad y el Índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México?

4.3 OBJETIVO GENERAL

Conocer si existe relación entre los niveles de ansiedad y el Índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.

4.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir los niveles de ansiedad en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.
- Medir el Índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.
- Determinar si existe relación entre los niveles de Ansiedad y el índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.
- Determinar, si existe diferencia entre hombres y mujeres con relación al índice de Masa Corporal y la Ansiedad.

4.5 HIPÓTESIS

Hi PARA LA CORRELACIÓN

Existe relación entre los niveles de ansiedad y el Índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.

Ho

No Existe relación entre los niveles de ansiedad y el Índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a servicios de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.

Ha PARA LA PRUEBA T COMPARACIÓN DE MUESTRAS SEXO CON RELACIÓN A LOS NIVELES DE ANSIEDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres con relación a los niveles de Ansiedad e índice de Masa Corporal

4.6 VARIABLES

4.6.1 VARIABLES PARA LA CORRELACIÓN

Variable Independiente Ansiedad

Definición conceptual: Estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas de la anticipación de una amenaza, real o imaginaria (Papalia, 2008).

Definición operacional: Escala de Ansiedad de Beck

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 0-21 -Ansiedad muy baja
- 22-35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Variable Dependiente Índice de Masa Corporal

Definición conceptual: Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona.

Pérez, (2015) Definición de peso corporal. Recuperado de <https://definicion.de/peso-corporal>

Definición operacional: Fórmula para obtener el IMC y Anamnesis (Datos clínicos)

$IMC = \text{PESO} / \text{ALTURA} \times \text{ALTURA}$ Sánchez (2013)

- IMC inferior a 18.5 peso insuficiente
- IMC entre 18.6 y 24.9: peso normal
- IMC entre 25 y 26.9: sobrepeso de grado I
- IMC entre 27 y 29.9: sobrepeso grado II (preobesidad)
- IMC entre 30 y 34.9: obesidad de tipo I
- IMC entre 35 y 39.9: obesidad de tipo II
- IMC entre 40 y 49.9: obesidad de tipo III (mórbida)
- IMC superior a 50: obesidad de tipo IV (extrema).

Anamnesis

Borreli, (1994). Define a la anamnesis como el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él, y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

Confirmación de datos clínicos: Peso corporal, talla, sexo, edad, ocupación y estado civil.

4.6.2 VARIABLES PARA COMPARACIÓN DE MUESTRAS:

Variable Independiente: Sexo de los participantes

Variable Dependiente Ansiedad e IMC

4.7 TIPO DE ESTUDIO

- **Correlacional:** Hernández, (1997). Los estudios correlacionales miden dos o más variables que se pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos, y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.
- **Comparativo:** Para Sartori (1984) el método comparativo tiene como objetivo la búsqueda de similitudes y disimilitudes
- **Descriptivo:** Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Danhke, G. 1989). Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para describir lo que se investiga.

4.8 TIPO DE DISEÑO

No experimental Transversal: Hernández, S. (1997). Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

4.9 ESCENARIO

La presente investigación se llevó a cabo en algunos centros de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México, como son: Hospital HMG Coyoacán, Unidad de Medicina Familiar no. 20, Hospital Ángeles Metropolitano e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

4.10 POBLACIÓN

Nuestra población de estudio comprende a todos aquellos pacientes entre mujeres y hombres a partir de 13 años hasta adultos mayores que acudan a algunos centros de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.

4.11 MUESTREO

Por conveniencia: En el muestreo por conveniencia “el elemento se autoselecciona o se ha seleccionado debido a su fácil disponibilidad” (Kinnear y Taylor, 1998). Como su nombre lo indica se selecciona con base a la conveniencia del investigador.

4.12 MUESTRA

- 100 sujetos entre mujeres y hombres, de los cuales el 68% corresponde a Mujeres y el 32% corresponde a Hombres.
- Los rangos de edades y sexo quedaron distribuidos de la siguiente forma:

Tabla 1 Distribución de Edad y Sexo

EDAD	SEXO
11-20 años	7 mujeres y 6 hombres
21-30 años	22 mujeres y 9 hombres
31-40 años	11 mujeres y 6 hombre
41-50 años	11 mujeres y 6 hombres
51-60 años	9 mujeres y 5 hombres
61-70 años	5 mujeres
71-80 años	3 mujeres

Fuente: SPSS V.24

4.13 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser mayor de 13 años.
- Leer, entender y firmar el consentimiento informado.
- Haber contestado en su totalidad la escala de Ansiedad de Beck.
- Tener datos de Anamnesis correspondientes a pacientes emitidos por el profesional de la salud.

4.14 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no terminen escalas de medición de Ansiedad Beck
- Pacientes cuyos datos de Anamnesis no se tengan registrados

4.15 MATERIALES Y/O INSTRUMENTOS

Para la evaluación se emplearán los siguientes instrumentos:

Expediente Médico: (Ornelas, 2013) “El expediente clínico es el conjunto de documentos de cualquier índole, en los que el personal de salud debe registrar, anotar y certificar sus intervenciones. El expediente clínico explora también la importancia y trascendencia de la relación médico paciente y de la calidad de la atención, analiza el papel que desempeña en la queja médica, así como las disposiciones legales que lo norman”.

Escala de Ansiedad de Beck “Resumen de la Valoración del Test”

- **Nombre del test:** Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- **Autor:** Aaron T. Beck y Robert A. Steer
- **Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández
- **Editor de la adaptación española:** Pearson Educación, S.A.
- **Fecha de la última revisión del test en su adaptación española:** 2011
- **Constructo evaluado:** Ansiedad
- **Área de aplicación:** Psicología clínica, del deporte, Educativa, forense y Neuropsicología
- **Soporte:** Administración oral o papel y lápiz

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Beurs, (1997), Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Validez:

APA, (2000), Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81.

Por otra parte, los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

Brown, (1997) Se ha mostrado sensible al cambio tras el tratamiento.

Al analizar los elementos del test, Beck, (1998), en el trabajo original encuentra dos factores principales: **síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad**, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad el propio Beck, describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

En 1993, Steer, al aplicar una versión informática del test describió dos componentes en el test: somático y subjetivo.

Báscula: (Del fr. bascule.)

1. s. f. METROLOGÍA, TECNOLOGÍA Aparato que determina el peso de un cuerpo.

Cinta métrica:

Cinta que tiene marcada la longitud del metro y sus divisiones que sirve para medir distancias o longitudes.

4.16 PROCEDIMIENTO

Se realizó una recolección de datos a través de 2 instrumentos de evaluación, uno para obtener los datos generales clínicos de los pacientes (anamnesis) con especial atención en peso y talla para la obtención del IMC, y el otro instrumento para medir los niveles de ansiedad.

Nota: *Anamnesis*: Confirmación de datos clínicos: Peso corporal, talla, sexo, edad, ocupación y estado civil.

La recolección de datos se llevó a cabo en algunos centros de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México, en diferentes días y horarios.

4.17 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes, estando atentos a cualquier duda de estos.

Los datos de Anamnesis y estado de salud nutricional de los pacientes que participaron en el estudio fueron extraídos bajo supervisión médica y en confidencialidad.

4.18 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Para el inicio de esta investigación se comenzó por estudiar más a fondo sobre la ansiedad, sobre el índice de masa corporal, y los resultados que se obtuvieron acerca de la relación de estas variables. Se seleccionó cuidadosamente el tipo de estudio y de diseño de este trabajo, y se elaboró una planeación de cómo sería la recolección de datos de los pacientes.

Para la selección de la muestra se consideraron determinados criterios de inclusión y de eliminación.

Primeramente, se visitó a los centros de apoyo para el tratamiento del peso corporal, los cuales son Hospital HMG Coyoacán, Unidad de medicina Familiar No. 20, Hospital Ángeles Metropolitano y el Hospital de Nutrición, posteriormente se habló con las autoridades pertinentes explicándoles los motivos de estudio para dicha investigación, una vez conseguido el permiso se informó a los profesionales de la salud relacionados con el control de peso corporal como se llevaría a cabo el desarrollo del estudio, posteriormente se elaboró un consentimiento informado para los participantes, un cuestionario de anamnesis para el profesional de la salud, y se seleccionó el Inventario de Ansiedad de Beck.

Se verificaron las citas y horarios de los pacientes y se acudió a los centros, a cada paciente se le informó acerca del estudio y una vez obtenida la autorización se procedió a el llenado de los instrumentos de evaluación.

Es importante resaltar que a todos los pacientes incluidos en la investigación se les brindó toda la información relacionada con los objetivos del estudio.

Los pacientes se evaluaron de forma individual y confidencial, agradeciendo su participación.

4.19 ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de estos instrumentos de evaluación se empleó el programa SPSS Versión 24, los métodos estadísticos utilizados para analizar las diferentes variables de estudio fueron frecuencias y medias, así como también se hicieron correlaciones y tablas cruzadas. Se utilizó la prueba T de Student y correlación de Pearson. En todos los casos se exigió un nivel de significancia de $p \leq 0,05$.

En el caso del cuestionario de Anamnesis se tomaron los datos de peso y talla para la obtención del IMC empleando la fórmula, los demás datos se ocuparon para el programa SPSSv24; con respecto a la Escala de Beck se calificaron las respuestas de los ítems de acuerdo a su forma de evaluación.

CAPÍTULO V RESULTADOS

FRECUENCIAS

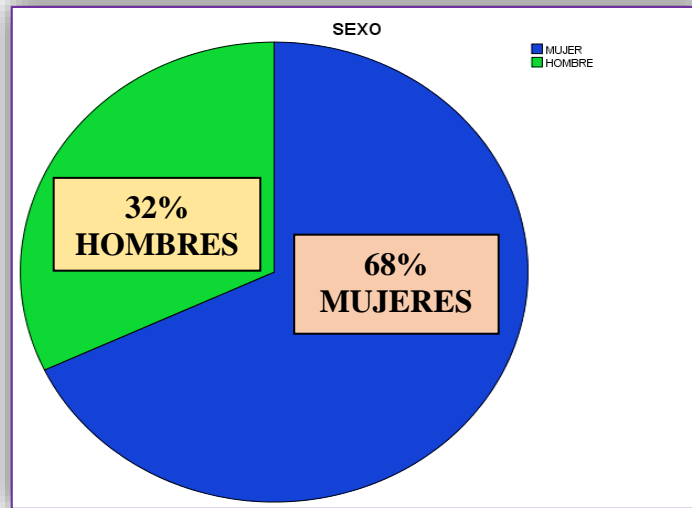
Se realizó estadística descriptiva (frecuencias, medias, distribuciones) y estadística inferencial (comparar medias, correlaciones). En todos los casos se exigió un nivel de significancia de $p \leq 0,05$. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 24.

Tabla 2 RANGO DE EDAD

		Frecuencia
Válido	11-20	13
	21-30	30
	31-40	17
	41-50	17
	51-60	14
	61-70	6
	71-80	3
	Total	100

En la tabla se observa que las edades de los sujetos se ubican entre 11 y 80 años, y que la mayoría de ellos se concentra entre los 21 y 50 años de edad.

Figura 2 SEXO



La gráfica nos representa la presencia de hombres y mujeres en la muestra, en donde nos dice que:

- Del 100% de los sujetos de estudio el 68% son mujeres y el 32% son hombres

Tabla 3 OCUPACIÓN

	Frecuencia
ESTUDIANTE	23
AMA DE CASA	17
EMPLEADO	27
COMERCIANTE	6
POR SU CUENTA	7
PROFESIONISTA	20
Total	100

La tabla nos indica los tipos de ocupaciones de los sujetos de estudio, en donde se describe lo siguiente: La ocupación con mayor índice de frecuencia es la de empleado con un 27% y la de menor prevalencia es la de comerciante con un 6%.

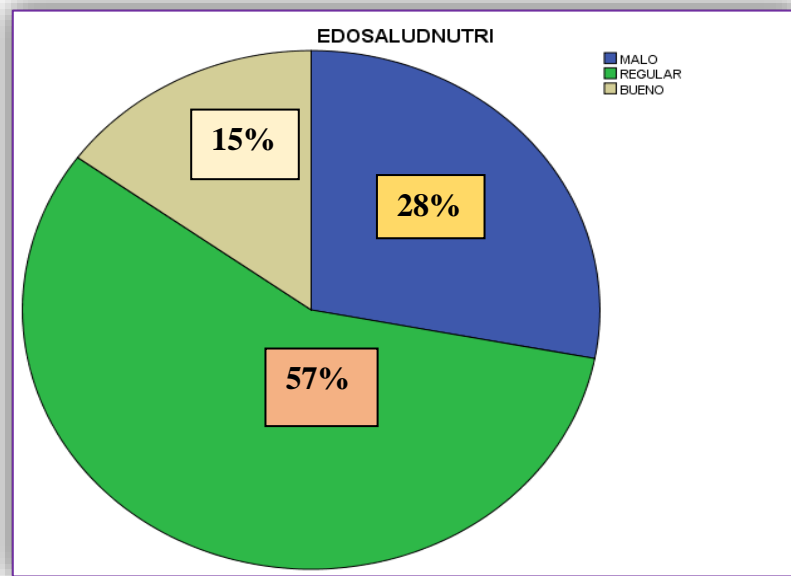
Tabla 4 ESTADO CIVIL

	Frecuencia
Válido SOLTERO	46
CASADO	45
DIVORCIADO	3
VIUDO	4
UNION LIBRE	2
Total	100

La tabla refiere el estado civil de los sujetos de estudio, dando por resultado la siguiente información:

Mostrando que el 46% prevalecen solteros y solo el 2% está en Unión libre.

Figura 3 ESTADO DE SALUD NUTRICIONAL



Esta figura representa el estado de salud nutricional de la muestra, categorizándolo en los valores de malo, regular y bueno, encontrando lo siguiente:

La categoría que más sobresale es la del estado de salud nutricional “Regular” con un 57% y solo el 15% del total de la muestra presenta un estado de salud nutricional “Bueno”, cabe señalar que el 28% de la muestra manifestó un estado de salud “Malo”, lo que hace referencia a que el estado de salud nutricional tiende a inclinarse hacia un estado de salud nutricional de regular a malo.

Tabla 5 HORAS DE SUEÑO

		Frecuencia
Válido	4	7
	5	15
	6	28
	7	21
	8	19
	9	8
	10	1
	11	1
	Total	100

En esta tabla se pueden observar las horas de sueño que presentan los sujetos de estudio en un rango que va desde 4 horas hasta 11 horas de sueño.

Así mismo se puede deducir que el mayor porcentaje de horas de sueño corresponde a 6 horas, teniendo una prevalencia en el 28% de la muestra de estudio, en contraste con la de 10 y 11 horas las cuales solo representan el 1% de la muestra.

Tabla 6 DIAGNÓSTICO ÍNDICE DE MASA CORPORAL

		Frecuencia
Válido	Peso Insuficiente	3
	Peso Normal	30
	Sobrepeso grado 1	14
	Sobrepeso grado 2	23
	Obesidad Tipo 1	22
	Obesidad Tipo 2	5
	Obesidad Mórbida	3
	Total	100

Esta tabla representa la medición del IMC de la muestra estudiada, diagnosticando por rangos para determinar la categoría perteneciente de cada sujeto evaluado, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Solamente el 30% de la muestra presenta un peso normal lo que indica que el 70% restante se encuentra en niveles de peso no idóneo, sobresaliendo tres sujetos con peso insuficiente y tres con obesidad mórbida.

Tabla 7 DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD

	Frecuencia
Ansiedad Muy Baja	77
Ansiedad Moderada	20
Ansiedad Severa	3
Total	100

En esta tabla se explica la clasificación de la medición de ansiedad de la muestra estudiada, diagnosticándose por rangos para determinar la categoría perteneciente de cada sujeto evaluado, los resultados encontrados fueron los siguientes:

Por lo anterior se observa que el 77% de la muestra manifestó tener niveles de ansiedad muy bajos y solo el 3% presentaron ansiedad severa, lo que refleja que la mayoría de la muestra se encuentra en niveles muy bajos de ansiedad al momento del estudio.

CORRELACIONES

Tabla 8 CORRELACIÓN BILATERAL DE PEARSON (IMC/TOTAL ANSIEDAD)

		IMC	totalans
IMC	Correlación de Pearson	1	.237*
	Sig. (bilateral)		.018
	N	100	100
totalans	Correlación de Pearson	.237*	1
	Sig. (bilateral)	.018	
	N	100	100

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En esta tabla se puede observar la relación entre el Índice de Masa Corporal y el total de Ansiedad, indicando que existe una correlación baja positiva y estadísticamente significativa, por lo anterior se explica que si una de las dos variables se altera la otra se comporta de la misma manera, lo que indica que estas variables se asocian, ya que en la tabla se puede observar un aumento en la ansiedad y por consiguiente un aumento en el IMC.

TABLAS CRUZADAS

Tabla 9 SEXO*DX. IMC

	Peso Insuficiente	Peso Normal	Sobrepeso grado 1	Sobrepeso grado 2	Obesidad Tipo 1	Obesidad Tipo 2	Obesidad Mórbida	Total
SEXO MUJER	2.9%	30.8%	14.7%	22%	19.1%	5.8%	4.4%	99.7%
HOMBRE	3.1%	28.1%	12.5%	25%	28.1%	3.1%	0%	99.9%

La tabla representa el comportamiento de la variable Sexo (hombre-mujer) con la Variable de Diagnóstico de Índice de Masa Corporal, mostrando el grado del Índice de Masa Corporal de acuerdo con el sexo de la muestra estudiada expresada en porcentajes:

Encontrando que las mujeres mantienen un peso normal (30.8 %) en comparación con los hombres (28.1%). La mayor diferencia se observa en Obesidad tipo 1 en ambas muestras. Cabe resaltar que las mujeres obtuvieron un 4.4% en Obesidad mórbida con relación a la muestra de hombres donde no se presentó este grado. Con respecto al peso insuficiente en ambas muestras el resultado fue el mismo (3%).

De acuerdo con la descripción anterior, se puede observar que los hombres tienden a presentar niveles más elevados de Índice de Masa Corporal en comparación con los niveles que obtuvieron las mujeres.

Tabla 10 SEXO*DXANS

		Ansiedad Muy Baja	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Total
SEXO	MUJER	75%	20.58%	4.41%	99.9
	HOMBRE	81.25%	18.75%	0%	100%

La tabla representa el comportamiento de la variable Sexo (hombre-mujer), con la Variable de Diagnóstico de Ansiedad, mostrando el grado del Dx.Ansiedad de acuerdo al sexo de la muestra estudiada.

Los resultados arrojan que de un total del 100% de mujeres, el 75% manifestó una Ansiedad Muy Baja, 20.58% tienen Ansiedad Moderada y solamente el 4.41% Ansiedad Severa. En el caso de los Hombres el 81.25% mostró tener Ansiedad Muy Baja, 18.75% Ansiedad Moderada y Ninguno presentó Ansiedad Severa.

Por lo anterior y de acuerdo con la muestra obtenida se observa que las mujeres tienden a presentar mayores niveles de ansiedad en comparación con los hombres.

Tabla 11 RANGO DE EDAD Y DX.IMC

Edad	Peso Insuficiente	Peso Normal	Sobrepeso grado 1	Sobrepeso grado 2	Obesidad Tipo 1	Obesidad Tipo 2	Obesidad Mórbita	Total
11-20	7.69%	61.53%	15.38%	0%	15.38%	0%	0%	99.98%
21-30	3.33%	23.33%	23.33%	40%	6.66%	3.33%	0%	99.98%
31-40	0%	23.52%	5.88%	17.4%	41.17%	5.88%	5.88%	99.97%
41-50	0%	17.64%	5.88%	29.41%	35.29%	5.88%	5.88%	99.98%
51-60	0%	35.71%	14.28%	14.28%	21.42%	7.14%	7.14%	99.97%
61-70	16.66%	16.66%	16.66%	16.66%	33.33%	0%	0%	99.97%
71-80	0%	66.66%	0%	0%	0%	33.33%	0%	99.99%

La tabla representa el comportamiento de la variable Edad con la Variable de Diagnóstico de IMC, mostrando el grado del Dx.IMC.

Los datos obtenidos son los siguientes:

En esta tabla se puede observar que en el rango de edad de 11-20 el 15.38% tiene sobrepeso grado 1 y el 15.38% Obesidad Tipo 2. En el rango de 21-30 sobresale un Sobrepeso grado 2 que corresponde al 40% de la muestra de ese rango, así como también un 23.33% para sobrepeso grado 1 y un 6.66% para Obesidad tipo 1. En el rango de 31-40 resalta Obesidad tipo 1 con 41.17%, Sobrepeso grado 2 con 17.64% Sobrepeso grado 1, Obesidad tipo 2 y Obesidad Mórbita con 5.88% cada una. En el rango de 41-50 la Obesidad tipo 1 obtuvo un 35.29%, sobrepeso grado 2 con 29.41% y Sobrepeso grado 1, Obesidad tipo 2 y Obesidad Mórbita obtuvieron una prevalencia de 5.88% para cada una. En el rango de 51-60 sobresale Obesidad tipo 1 con el 21.42%, Sobrepeso grado 1 y sobrepeso grado 2 presentaron un 14.28% cada una, Obesidad tipo 2 y Obesidad Mórbita 7.14%. Cabe

mencionar que en un rango de edad de 31 a 60 años es donde se ubica una mayor presencia de problemas con el peso idóneo. En el rango de 61-70 años se encuentra que el grado que más prevalece es Obesidad Tipo 1 con 33.33%, en Sobrepeso grado 1 y Sobrepeso grado 2 16.66% cada una, observando que Obesidad tipo 2 y Obesidad Mórbida no se presentaron en este rango. En el rango de 71-80 se presentó una Obesidad tipo 2 con un 33.33% teniendo una ausencia de sobrepeso grado 1, grado 2, obesidad de tipo 1 y obesidad mórbida.

Tabla 12 RANGO DE EDAD Y DX.ANS

		Ansiedad Muy Baja	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Total
redad	11-20	84.61%	15.38%	0%	99.99%
	21-30	93.33%	6.66%	0%	99.99%
	31-40	70.58%	23.52%	5.88%	99.98%
	41-50	58.82%	41.17%	0%	99.99%
	51-60	78.57%	21.42%	0%	99.99%
	61-70	66.66%	0%	33.33%	99.99%
	71-80	33.33%	66.66%	0%	99.99%

La tabla representa el comportamiento de la variable Edad, con la Variable de Diagnóstico de Ansiedad, mostrando el grado del Dx. Ansiedad de acuerdo a los rangos de edad de la muestra estudiada.

En conclusión se observa que el rango de edad de 21-30 sobresale con una ansiedad muy baja que corresponde a un 93.33%, el rango de edad de 71-80 sobresale con una ansiedad moderada de 66.66%, y el rango de edad de 61-70 tiene una ansiedad severa que corresponde a un 33.33%, así mismo el rango de edad de 31-40 presenta ansiedad severa de 5.88%, lo que indica una tendencia de que a mayor edad existe una mayor probabilidad de aumentar la ansiedad.

Tabla 13 ESTADÍSTICAS DE GRUPO IMC-TOTALANS Y SEXO

PRUEBA T

		prueba t para la igualdad de medias		
		T	gl	Sig. (bilateral)
IMC	Se asumen varianzas iguales	.209	98	.835
	No se asumen varianzas iguales	.226	74.353	.822
totalans	Se asumen varianzas iguales	.755	98	.452
	No se asumen varianzas iguales	.845	80.984	.401

	SEXO	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
IMC	MUJER	68	27.601	5.8758	.7125
	HOMBRE	32	27.353	4.7230	.8349
totalans	MUJER	68	14.74	10.156	1.232
	HOMBRE	32	13.22	7.391	1.307

La tabla muestra que no existe diferencia estadísticamente significativa entre IMC, Total de Ansiedad y el Sexo al ser agrupados para su media, obteniendo una media para mujeres con relación al IMC de 27.601 y para hombre de 27.353, lo cual denota una diferencia mínima, y con relación al total de ansiedad la media para mujeres es de 14.74 y para hombres de 13.22, en lo cual tampoco se observa diferencia estadística significativa

Tabla 14 CORRELACIÓN PARCIAL ESTADO DE SALUD NUTRICIONAL - IMC Y TOTAL DE ANSIEDAD

		Variables de control	IMC	totalans
EDOSALUDNUTRI	IMC	Correlación	1.000	.163
		Significación (bilateral)	.	.107
		gl	0	97
totalans		Correlación	.163	1.000
		Significación (bilateral)	.107	.
		gl	97	0

Al comparar los resultados de la correlación entre ansiedad e IMC (Correlación 0.237 con una significación bilateral de 0.018) con los resultados obtenidos en el análisis de correlación parcial respecto al Estado de Salud Nutricional, se aprecia que esta variable si influye por que cambia el resultado de correlación (0.163), aunque no se puede afirmar que sea estadísticamente significativo.

Tabla 15 CORRELACIÓN RANGO DE EDAD-DX. ANSIEDAD

		redad	DxAns
Rho de Spearman	redad	Coefficiente de correlación	1.000 .255*
		Sig. (bilateral)	. .010
		N	100 100
DxAns		Coefficiente de correlación	.255* 1.000
		Sig. (bilateral)	.010 .
		N	100 100

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)**

En la tabla se observa una relación baja pero estadísticamente significativa entre el rango de edad y el Dx. de ansiedad.

Lo que indica que a mayor edad existe más ansiedad.

Tabla 16 CORRELACIÓN IMC-Edad

			IMC	EDAD
Rho de Spearman	IMC	Coeficiente de correlación	1.000	.251*
		Sig. (bilateral)	.	.012
		N	100	100
	EDAD	Coeficiente de correlación	.251*	1.000
		Sig. (bilateral)	.012	.
		N	100	100

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Se observa que existe una correlación baja positiva estadísticamente significativa, por lo anterior se indica que si una de las dos variables presenta algún cambio la otra se altera, siendo así que conforme la edad aumenta el Índice de Masa Corporal puede incrementarse o disminuirse.

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN

En un estudio llamado “Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad”, en la muestra analizada, Pompa, G. y Meza, P. (2014) encontraron que los niños que estaban con un índice de masa corporal mayor eran más susceptibles a experimentar ansiedad que aquellos con peso normal (IMC dentro de valores normales) presentando un ligero porcentaje más alto en las niñas. Tomando las observaciones y comparando los resultados del trabajo antes descrito con los de esta investigación y que además son parte de la hipótesis, se observa que estos coinciden con los datos obtenidos en la tabla 7 con relación a las variables Ansiedad e IMC, donde se presenta una correlación baja positiva y estadísticamente significativa, por otra parte en la tabla 11 los resultados obtenidos entre las variables de Sexo y Diagnóstico de Ansiedad arrojan que las mujeres evaluadas tienden a presentar mayores niveles de ansiedad que los hombres, lo cual señala una similitud con el trabajo anterior el cual refiere una mayor presencia en el sexo femenino. Los diversos factores psicosociales como los intralaborales, extralaborales e individuales pueden explicar por qué las mujeres con problemas de IMC tienen una incidencia más alta en los niveles de ansiedad (Sanderson, 2011).

En otro estudio llamado “Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación”, Gómez, R., Gómez R., Díaz, A., Fortea, M., y Salorio, P. (2010), explican que los datos obtenidos de la variable de IMC les llamaron poderosamente la atención debido al bajo peso y a las alteraciones obtenidas en el mismo, ya que consideraron preocupante que, en una muestra no muy alta de 100 participantes, existiese un 13.3% con bajo peso y un 31.3% de sobrepeso. Relacionando los datos anteriores con los obtenidos en la muestra para este estudio (Tabla 5), se observa que

el registro para la categoría de Peso Insuficiente obtuvo un porcentaje del 3%, y para la categoría de Sobrepeso grado 1 y 2 un porcentaje total de 37%, lo cual corresponde a una similitud en los resultados de ambos estudios, ya que el tamaño de la muestra es igual en ambas investigaciones, lo que lleva a observar que la tendencia a desarrollar problemas con un peso no idóneo es latente, debido a que solo una porción menor (Tabla 10) de la muestra de este estudio se encuentra en la categoría de peso insuficiente, donde se expone que los porcentajes de peso insuficiente se presentan en los rangos de edad de 11-20, 21-30 y de 61 a 70 años, probablemente se deba a que existe una correlación entre las variables de edad y ansiedad (tabla 14) mencionando que existe una tendencia de que a mayor edad se puede presentar un incremento en los niveles de ansiedad y por lo tanto se manifiesta un cambio ya sea en aumento o disminución en el IMC. Los datos conseguidos en este trabajo corroboran los obtenidos por los autores, que han comprobado que en la mayoría de las personas con bulimia o con el trastorno de sobreingesta compulsiva, la ansiedad aparece antes del trastorno. Por lo que postulan que podría ser un factor de inicio, (compuesto por aburrimiento, ansiedad, edad, sexo, depresión, ira, y soledad).

Después de la revisión de diferentes estudios científicos relacionados con la variable ansiedad, se encontró una investigación llamada “Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica”, Arenas, M., y Puigcerver, A. (2009), mencionan que la variable ansiedad está presente con mayor frecuencia en las mujeres debido a que se especula que pueden existir factores de vulnerabilidad (bioquímicos, hormonales, sociales) que expliquen esta preponderancia a los trastornos de ansiedad en la mujer más que en los hombres. Considerando lo anterior esta conclusión se asemeja con los datos arrojados en el presente estudio, (Tabla 9) lo que analiza la relación que existe entre

los niveles de ansiedad y sexo, encontrado que la variable de ansiedad tiende a ser mas predominante en las mujeres que en los hombres.

Con relación al estado de salud nutricional existe un estudio llamado “Perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos por la Unidad de Psiquiatría del Hospital Valld’Hebron – Barcelona”, Barris, J., Sibel. A., Bassas, N. y Tomás, J., (2001) hacen mención que tanto las mujeres como los hombres muestran un nivel elevado de conflictividad en la esfera alimentaria debido a que los estados afectivos negativos podrían ir asociados con episodios alimentarios de descontrol. Verificando la información anterior con los datos de evaluación de este trabajo de tesis se encuentra que existe una semejanza entre ambos hallazgos (Figura 3 y Tabla 13) ya que, en los valores obtenidos en esta investigación para la medición de la variable del estado de salud nutricional, se registra una tendencia de pasar de una categoría de salud nutricional “regular” a una categoría de salud nutricional “mala” en ambos sexos, probablemente esto se deba a los rasgos de alteraciones en los niveles de ansiedad dado que como se muestra en la tabla 13 se observa una correlación entre el estado de salud nutricional, los niveles de ansiedad y el índice de masa corporal, desembocando en una afectación de el IMC y por tal motivo un peso no idóneo.

En la presente investigación, en los resultados obtenidos con respecto a la medición de la variable ansiedad (Tabla 9), se logra observar una mayor tendencia de manifestación en Mujeres, estos datos corroboran los hallazgos del estudio de “Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios en la ciudad de Bucaramanga – Colombia”, donde Agudelo, D. y Casadiegos, C., (2007), explican que las mujeres tienden a puntuar más alto en ansiedad que los hombres. Estos datos confirman que la población femenina tiene mayor

vulnerabilidad frente a los síntomas de Ansiedad, constituyendo un foco de intervención en el área psicológica para dichos síntomas.

Un estudio más de nombre “Relación entre el índice de masa corporal, sexo, edad y anormalidades respiratorias durante el sueño”, Ernst, G., Salvado, A., Bosio, M., Decima, T., Grassi, F., (2015) demuestran que un Índice de Masa Corporal fuera de los valores normales sanos tiene un significativo incremento en los pacientes del sexo masculino. Relacionando los datos antes mencionados con los obtenidos en este trabajo (Tabla 8), se observa una tendencia en el incremento del Índice de Masa Corporal en el sexo masculino, esto probablemente debido a los cambios vinculados al metabolismo del tejido adiposo, al tipo de hormonas por sexo masculino y al envejecimiento, lo que explica que existe la correlación de los datos de que a mayor edad pueda hallarse una variación en el IMC (Tabla 15).

Haciendo una comparación con una investigación denominada “El riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en Universitarios de Baja California- México”, Pineda, G., Gómez, G., Velasco, A., Platas, S., y Áramburo, V. (2014), describen que del total de su muestra el 58% presentó ansiedad “normal”, el 23% leve, 11% moderada y el 7% grave, en cuanto a la edad y la ansiedad se comenta que se observó un incremento en la medición de la ansiedad conforme se incrementaba la edad. En esto nos podemos percatar de que los resultados arrojados no difieren del todo con los resultados obtenidos en este trabajo, ya que se pueden observar que en un rango de edad de 11-30 años se muestra un 39% de muestra con ansiedad muy baja, pero que a su vez conforme avanza la edad, se va presentando una mayor tendencia a presentar ansiedad. (Tabla 11).

Como un dato adicional La Doctora Estrella Rausell, Catedrática de la Universidad Autónoma de Madrid (2018), explica qué es para los profesionales médicos la ansiedad:

La ansiedad es un problema psicológico que aumenta con la edad, especialmente en personas con depresión, enfermedades físicas o formas iniciales de demencia. Los síntomas de la ansiedad son bastante complicados de detectar. A veces, son mentales como el miedo ante posibles situaciones futuras, tensión emocional, desasosiego o irritabilidad. Pero muchas veces, son síntomas físicos como dolores de cabeza, palpitaciones, cansancio excesivo o insomnio. Por ello, la ansiedad puede pasar desapercibida o puede ser la explicación a síntomas que el que los sufre no identificaría jamás como un problema psicológico.

En un estudio llamado Obesidad en adultos: prevalencia y evolución, Sandoya, E., Schwedt, E., Moreira, V., Schettini, C., Bianchi, M., y Senra, H. (2007). Encontraron que entre los 20 y 29 años existe un mayor índice de masa corporal el cual se duplica alrededor de los 30 y 39 años aproximadamente, y la prevalencia sigue aumentando hasta los 69 años, llegando a afectar al 30.3% de su muestra de estudio. Los hombres parten de un porcentaje de obesidad a partir de los 20 a 29 años que prácticamente duplica al de las mujeres. De acuerdo a lo descrito anteriormente se corrobora una similitud entre la investigación anterior y esta tesis de acuerdo con las variables de IMC y Edad en donde se muestra que conforme la edad va aumentando el Índice de Masa Corporal también aumenta. (Tabla 15).

CAPÍTULO VII CONCLUSIÓN

El sobrepeso y la obesidad coinciden con los niveles de ansiedad y con hábitos alimentarios que se alejan de lo generalmente recomendado. En esta investigación se encontraron alteraciones del estado de salud nutricional de regular a malo, lo que permite concluir que estos estados podrían estar relacionados con una tendencia a incrementar los niveles de ansiedad, la cual contribuye al desarrollo, mantenimiento o empeoramiento de las alteraciones para un IMC no idóneo.

Con relación a la hipótesis establecida en esta tesis, se concluye que, si existe una relación estadísticamente significativa entre la Ansiedad y el Índice de Masa Corporal, en pacientes que acudieron a servicios de apoyo para el control de peso en la ciudad de México.

De acuerdo con los objetivos de este trabajo se demuestra que del total de la muestra estudiada la mayoría presenta problemas de sobrepeso y obesidad en cualquier grado, y solo una mínima parte presenta bajo peso, lo que es un indicador importante para tomar en cuenta en la salud física y psicológica.

Se demuestra también que la ansiedad se manifiesta de alguna forma y que esta tiene una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, cabe señalar que así mismo se relaciona con el Índice de Masa Corporal teniendo ésta última variable mayor prevalencia en hombres, probablemente debido a otros factores como pueden ser la edad, las hormonas masculinas, el tejido adiposo, el estado civil, las horas de sueño, la ocupación y factores psicosociales.

La ansiedad se encuentra entre los problemas de salud mental más comunes, esta afecta a personas de todas las edades, niños, adolescentes adultos y adultos mayores. Hay diferentes tipos de trastornos de ansiedad, con síntomas diferentes. Sin embargo, todos tienen una cosa en común: la ansiedad se presenta con frecuencia, es intensa, es desproporcionada respecto a la situación del momento e interfiere en la vida diaria de la persona y en su felicidad.

Así en este estudio se encontró que conforme la edad aumenta la ansiedad tiende a elevarse, y esta se hace más manifiesta en jóvenes y adultos mayores, tal parece ser que el inicio de la pubertad y el grado de ansiedad influyen de manera conjunta en el comportamiento psicosocial, ya que se empiezan a percibir cambios físicos y estados de ánimo variables. De igual forma al incrementar la edad esta va adquiriendo experiencias de vida relacionada con factores sociales, familiares y laborales llevando así a un aumento en los niveles de ansiedad, hasta llegar a la etapa de adultos mayores donde los factores psicológicos en su mayoría tienden a ser por el estado de salud, la vejez y situaciones familiares, lo que se englobaría en una autorreflexión.

Por otro lado, es importante señalar que con relación al estado de salud nutricional y el IMC se demostró que éste sí influye sobre el IMC, ya que se manifiesta de un modo de regular a malo, lo que genera una tendencia a incrementar el índice de masa corporal y por consecuencia tener un problema de sobrepeso u obesidad, esto es generado porque se tiende a ingerir muchas más calorías de las que el organismo puede gastar, obteniendo así un peso no idóneo. Cabe señalar que el estado de salud nutricional de regular a malo se presenta con una mayor tendencia hacia el sexo masculino, con respecto a la ansiedad se observa que también influye el estado de salud nutricional de regular a malo ya que genera un cambio en la misma, motivando a tener una mayor inquietud para la ingesta de alimentos.

En conclusión, el tratamiento psicoterapéutico es fundamental para tratar los síntomas de la ansiedad, la psicoterapia debe ser individualizada para cada paciente. Según los niveles de ansiedad que presente cada persona debe ser una terapia individual, o de forma grupal por medio de programas sociales o privados, y en menores de edad es obligatoria la intervención o la terapia familiar. La psicoterapia más eficaz es la cognitivo conductual, interpersonal y terapia familiar sistémica. Necesitando también los grupos psicoeducativos de apoyo para familiares.

En cuanto al Índice de Masa Corporal se debe orientar al paciente hacia una alimentación equilibrada. Los desajustes del peso corporal deben ser tratados para ayudar a modificar la imagen corporal. De acuerdo con García, M. (2015), los objetivos de la rehabilitación nutricional tienden a restablecer el peso, normalizar los patrones alimentarios, percibir con normalidad hambre/saciedad y reparar las secuelas físicas y psíquicas de la malnutrición.

Todo esto con la finalidad de concientizar el uso de la transdisciplina en la cual, el psicólogo, paciente y médico deben estar en sincronización con los síntomas de ansiedad y el Índice de Masa Corporal para lograr un equilibrio biopsicosocial.

CAPÍTULO VIII SUGERENCIAS

8.1 SUGERENCIAS PARA EL PROFESIONAL MEDICO Y EL PSICÓLOGO CON RELACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD E IMC

En este capítulo se mencionan algunas sugerencias que pueden llevarse a cabo con el profesional de la salud y/o el psicólogo con relación a las variables estudiadas en este trabajo.

Ya que estas pueden ayudar en una prevención y/o tratamiento en pacientes con rasgos de ansiedad y ayudar a tener un mejor control en pacientes con problemas del peso idóneo.

- Talleres psicoeducativos para el Psicólogo y Pacientes (risoterapia y abrazoterapia).
- Aprendizaje y actualización constante sobre la terapia Cognitivo-Conductual
- Apoyar y orientar conjuntamente con la psicoterapia, la medicación adecuada y eficaz para el tratamiento.
- Practicar la psicoterapia de grupo.
- Generar hábitos en el paciente
- Estimular al paciente a realizar actividades físicas
- Realizar actividades para fortalecer el trabajo intelectual (sublimación)

Debido a los datos arrojados en esta tesis con relación a los niveles de ansiedad vinculados con el sobrepeso u obesidad, se ofrecen algunas estrategias para el control de los mismos:

Gyoerkoe y Wiegartzp, (2015), hacen mención de las siguientes estrategias:

- Hacer ejercicio todos los días, el ejercicio físico es algo que no debe faltar en la vida de ninguna persona, ya que es la mejor manera de vivir saludable, tanto física como mentalmente
- Terapia ocupacional, en el momento que se sienta la exagerada necesidad de comer un dulce o cualquier alimento poco saludable, lo mejor será tratar de distraer la mente de algún modo. Lo principal es desviar la atención y enfocarla a un punto muy diferente, puede ser una lectura, una llamada telefónica, o sencillamente algo que aleje la mente de los deseos de buscar comida.
- Dormir lo suficiente, cuando el sueño es de buena calidad y suficiente, se estimula una hormona en el cerebro llamada Leptina, la cual se encarga de indicarle al cerebro que el cuerpo está totalmente satisfecho y que no requiere de ningún otro alimento para sentirse bien.

8.2 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

A continuación, proporcionamos varios sistemas de relajación tanto para el cuerpo como para la mente, que van desde los más sencillos como son las técnicas de respiración hasta otros más elaborados como son los de visualización. Es conveniente que se inicie practicando los métodos de respiración, para continuar en el siguiente orden, relajación, visualización y meditación. Lo aconsejable es que se realice alguna de estas técnicas a diario, 10 minutos de respiración profunda al día pueden ayudar a generar un estado más relajado a lo largo del día.

8.2.1 Ejercicios de respiración

A) Respiración completa

Se debe mantener la respiración durante unos pocos segundos y expulsar el aire aflojando los hombros, el pecho y el abdomen en este orden.

B) El suspiro

- Suspirar profundamente emitiendo un sonido de alivio en la medida en que se expulsa el aire.

8.2.2 Ejercicios de Relajación

A) Práctica de la relajación rápida.

- Colocar una marca en un objeto o lugar que se pueda ver con frecuencia: el reloj, el teléfono, la TV, la mano, etc. ...
- Cada vez que se vea se deberá inspirar lentamente y pensar “me relajo” y expirar aflojando todos los músculos del cuerpo.

B) Aplicación de la relajación a las situaciones estresantes.

- Exponerse a la situación estresante practicando la relajación rápida todas las veces que sea necesario hasta que la persona pueda reducir los niveles de ansiedad en esa situación.

8.2.3 Técnicas de Visualización

A) Visualización de un paisaje (Desarrollo de los 5 sentidos en la imaginación)

- Fantasía guiada

B) Ejercicio de cambio emocional de nuestras vivencias

- Buscar los aspectos positivos de esa situación

En el caso de la meditación se procederá a centrar la atención a objetivos concretos sobre el momento que se vive y poder manejar un estado de relajación para poder liberar esos sentimientos de ansiedad, a esta técnica se le conoce como Mindfulness.

Presentamos este estudio como punto de partida para la investigación futura, en la medida en que todavía hay un número limitado de estudios que tratan la relación entre estas variables, que puede ser complementado con otros instrumentos para una mejor comprensión del fenómeno de las variantes del Índice de Masa Corporal en el diseño de estrategias de intervención en la consulta para el apoyo del control de peso.

REFERENCIAS

Agudelo, D., Casadiegos, C., (2007). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Bucaramanga-Colombia. *International Journal of Psychological Research* 2008. ISSN 2011-7922. Vol. 1, No. 1

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, 2000.

Amigo, R., Busto, Z., Peña, E., Fernández, C. febrero 2015.

[www.analesdepediatria.org/es/la-influencia-del-sueno-
los/articulo/S1695403314001611/](http://www.analesdepediatria.org/es/la-influencia-del-sueno-los/articulo/S1695403314001611/)

Angelucci, L., Cañoto, Y., Hernández, M. (2017). Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios.

Avances en Psicología Latinoamericana, doi: Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.12804/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4454>

Arenas, M., y Puigcerver, A. (2009), Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, Vol. 3, nº 1. Dpto. Psicobiología, Facultad de Psicología, Universitat de València, Blasco Ibañez, 21, 46010, Valencia. Recuperado el 23 de septiembre 2018 de: http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol3_1/escritospsicologia_v3_1_3mcarenas.pdf

Ausubel, D. (2010). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas

Ayuso, J. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la Ansiedad*. España. Diaz de Santos.

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorder: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.

Barris, J., Sibel. A., Bassas, N., Tomás, J., (2001). Perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos por la unidad psiquiatría. HUMI Vall d'Hebron-Barcelona. *nutrHosp*. 2010.

Beck, A., Brown, G., Epstein, N., y Steer, R, (1988). *An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988.

- Beurs E, Wilson, K., Chambless, D., Goldstein, A., Feske U., (1997) Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. *Depress Anxiety* 1997
- Bion, W. (1990), *Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas*. En *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé, 1990.
- Borrelli, F., Boschi, F. *Entrevista clínica*. En: Martín ZA, Cano JF, eds. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 3 Ed. Barcelona: Doyma 1994.
- Bulbena, A. (1986). *Psicopatología de la psicomotricidad*. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Brown, G., Beck, A., Newman, C., *A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder*. *Journal of Anxiety Disorders*
- Calzada, L. (sin año), *Desnutrición* {en línea, Órgano Informativo del Departamento de Medicina Familiar, Ciudad de México, recuperado el 17 de febrero de 2018, de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol75/desnutricion.html>
- Cameron, N., (2015) *Desarrollo de la personalidad y Psicopatología un enfoque dinámico, infancia, adolescencia y edad adulta, ansiedad, fobia, paranoia, esquizofrenia, desórdenes crónicos del cerebro, psicósomáticos y de la personalidad*. 2da Edición. México, Trillas.

- Campbell, S. (1986). *Developmental issues in childhood anxiety*. In R. Gittelman, *Anxiety disorders of childhood*, New York: Guilford Press.
- Caponi, S. (2013). *Quetelet, el hombre medio y el saber médico*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-sep. 2013.
- Cely, M. (2016, 16 de mayo). Relación entre la metacognición y la ansiedad en situaciones académicas de evaluación. *Revista PsicologíaCientífica.com*, V.5
Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/relacion-metacognicion-ansiedad-situaciones-academicas>
- Chance, P. (2009). *Aprendizaje y Conducta*. (3ª Edición), México, El Manual Moderno.
- Conti, N., y Stagnaro, J., (2007). *Historia de la Ansiedad: Textos escogidos* 1ª Edición
Buenos Aires, Polemos.
- Cury, A., (2013). *Ansiedad, cómo enfrentar el mal del siglo*, 1ª Edición. En Océano: 2018. Ciudad de México, Biblioteca Augusto Cury.
- Danhke, G. (1989). *Investigación y comunicación*. En C. Fernández - Collado y G.L.Danhke (comps). *La comunicación humana: ciencia social*. México, D.F.:McGraw-Hill de México. Gran Diccionario de la Lengua Española © 2016. Larousse Editorial, S.L.
- Duane P., Sydney, E. (2012). *Teorías de la personalidad*, (9na. Edición) Australia, Editorial Cengage Learning, Australia.

Ernst, G., Salvado, A., Bosio, M., Decima, T., Grassi, F., (2015). Relación entre el índice de masa corporal, sexo, edad y anomalías respiratorias durante el sueño. *Revista americana de medicina respiratoria*, 15(3). Recuperado en 02 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2015000300005&lng=es&tlng=es.

Flores, M. (2011). Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad por Índice de Masa Corporal, porcentaje de masa grasa y circunferencia de cintura en niños escolares de un Colegio Militar en Bogotá D.C. Colombia. Trabajo de Grado, Nutricionista Dietista, Pontificia Universidad Javerina, Bogotá, D.C.

Furlan, I. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en los estudiantes universitarios. *Pensamiento psicológico*. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10

Gabbard, G. (2010). *Long-term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy)*, American Psychiatric Publishing, Inc. (1826), 2da Edición. (2010).

García, M. (2015). *Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)*. Badajoz España. Editor, Jaime J. Cuervo Valdés. Recuperado el 4 de octubre 2018 de: <https://spapex.es/sites/default/files/foro2015.pdf>

- García, M. y Sanin, I. (2013, enero). Relación de caries dental y el índice de masa corporal en niños de edad preescolar. RELI [en línea], No. 407. Recuperado el 8 de marzo de 2018, de: <https://www.thefreelibrary.com/Relacion+de+caries+dental+y+el+indice+de+ma+corporal+en+ninos+de...-a0424990724>
- Gómez, R., Gómez, R., Díaz, A., Fortea, M., Gorbe, I., y Salorio, P. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria: Ansiedad como factor de modulación. *Index de Enfermería*, 19(2-3). Recuperado en 03 de junio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200011&lng=es&tlng=es.
- Goñi I, Madariaga A, María J, EL AUTOCONCEPTO: PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN. *Revista de Psicodidáctica* [en línea] 2008, 13 (Sin mes): [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17513105>> ISSN 1136-1034
- Guevara, V. (junio 2015). Estilos de vida e índice de masa corporal en adolescentes universitarios de Monterrey, México (2015), [versión electrónica]. Universidad Autónoma de Nuevo León: Guevara, V., recuperado el 15 de marzo 2018, de <file:///E:/TESIS/ARTICULOS%20CAPITULO%203/INVESTIGACION%20ESTILOS%20DE%20VIDA%20%20GUEVARA%20VALTIER%20.pdf>
- Gyoerkoe, K., Wiegartzp, P. (2015). *10 Soluciones simples para vencer la angustia. Cómo calmar tu mente, relajar tu cuerpo y recuperar tu vida*. Cuarta reimpresión, México. Ed. Quarzo

- Hamilton, M. (1959). *The assessment of anxiety states by rating*. British Journal of Medicine and Psychology.
- Herman, P. y Mack, D. (1975) *Restrained Eaters and Unrestrained Eaters*. *Journal of Personality*.
- Herman, P. y Polivy, J. (1980). *Restrained Eating*. In: Stunkard, A (Ed.), *Obesity* Philadelphia: Saunders.
- Hernández, S. (1997). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill interamericana de México, S.A de C.V
- Howard, C., (2014). *Diccionario de Psicología*. Décimo tercera reimpresión. México. Fondo de Cultura Económica.
- Jacobson, E., *Progressive Relaxation*, Chicago, *University of Chicago Press*, (1929).
- Jadue, G. (2001). *Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar*. *Estudios pedagógicos*.
- Johnson, S. y Melamed, B. (1979). *The Assessment and treatment of children's fears*. In B. Lahey & Kazdin, *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2 New York: Plenum Press.
- Keys, A., (1972) *El origen del Índice de Masa Corporal* (2012, 31 de octubre). Electronic Reference {en línea}. Madrid. Recuperado el 16 de febrero de 2018, de <http://lunchanddinner.es/2012/10/31/el-origen-del-indice-de-masa-corporal/>

- Kinnear, C., y Taylor, R. (1998). *Investigación de mercados*. México. Mc. Graw Hill.
- Linares, M., Linares, D., Schmidt, J., Mato, O., Fernández, R., y Cruz, F. (2016). Portal de revistas electrónicas UAM *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*.
- Mar, M. (2001) *Metacognición y educación*. Buenos Aires, Argentina, Aique.
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis: teoría y práctica de la psicoterapia conductual*. Barcelona: Martínez Roca. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Serie Universidad.
- Martínez, R. (junio de 2007). *Concepción de aprendizaje y estrategias metacognitivas en estudiantes universitarios de Psicología*. *Anales de Psicología*.
- Muñiz, y Fernández, H., (2010); Guillén and Buela (2011) Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte* - vol. 16 - número 63 - ISSN: 1577-0354, www.redalyc.org/pdf/542/54247310007.pdf.
- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C., Gómez, G., Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [en línea] 2015, 17 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80242935002>> ISSN 0187-7690

- Nava, C., Anguiano, S., Vega, Z. (2004). *Fiabilidad del "Inventario de estrés cotidiano"*: Estudio transcultural. *Psicología Conductual*.
- Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E., (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales un Enfoque basado en problemas*, Editorial Manual Moderno. 2006.
- Novoa. J. (1981). *Qué debe comer mi hijo*. Edit. Diana. México.
- Organización Mundial de la Salud, octubre (2017). *Obesidad y sobrepeso*, Ciudad de México, recuperado el 8 enero 2018 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- O'Neil y Abedi. (1996). Cuestionario de identificación de estrategias metacognitivas. [Versión electrónica]. *Revista Signos*.
- Ornelas, J., (2013). *El expediente clínico*, Editorial El Manual Moderno, 2013. México.
- Pacheco D., 1996. *Bioquímica Estructural y Aplicada a la Medicina*, Editorial Instituto Politécnico Nacional Dirección y Publicaciones. México, 1996.
- Padilla, J. (2014). Relación del índice de Masa Corporal y el Porcentaje de Masa Corporal y el porcentaje de masa corporal en jóvenes venezolanos. *Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*.
- Papalia, D., Wendkos Olds Sally, *Psicología*, Editorial Mc Graw Hill. Primera edición Interamericana de México, 1988.

Parodi CA. Ansiedad, Depresión e Imagen Corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2015. <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a32.pdf>

Pineda, G., Gómez, G., Velasco, A., Platas, S., y Áramburo, V. (2014). Riesgo de anorexia y bulimia en función de la ansiedad y la edad de la pubertad en universitarios de Baja California-México. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), Recuperado el 03 de junio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200002&lng=es&tlng=es.

Pompa, G. y Meza, P., (2014) Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad *Tesis Psicológica*, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2014, Fundación Universitaria Los Libertadores Bogotá, Colombia

Pozo, J., Pérez, E., Cruz, M. (2006). *Nuevas formas de pensar la enseñanza y el aprendizaje*. Barcelona, Madrid: Grao.

Quetelet, A., (1835). *Sur l'homme et le développement de ses facultés*. Paris: Fayard. 1.ed. 1835. 1991.

1 Ramírez, E., 2 Negrete, L. y 3 Tijerina, A. (2012, octubre-diciembre). *Revista Salud Pública y Nutrición*, {en línea}. Monterrey Nuevo León, México: Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública. 1) Laboratorio de Composición Corporal y Laboratorio de Gasto Energético., Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey Nuevo León,

México) 2) Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública. Laboratorio de Nutrición Poblacional., Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey Nuevo León, México) 3) Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública. Laboratorio de Bioquímica Nutricional., Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León (Monterrey Nuevo León, México). Recuperado el 17 de febrero de 2018, de la página <file:///D:/TESIS/peso%20corporal%20ideal%20escalas%20y%20tablas%20.pdf>

Rausell, E., (2018) PORTAL DE PRODUCCION CIENTIFICA- UAM, Madrid, recuperado de <https://portalcientifico.uam.es/ipublic/agent-personal/profile/iMarinaID/04-259323/name/>

Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: A theoretical and empirical review, *Psychological Bulletin*.

Saenz, J., García, M., y Fortún, M. (2012). El “*Inventario de ansiedad, de Beck*” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. Universidad Complutense de Madrid (España), Spanish Oxford Living Dictionaries, 2018 Oxford University Press

Salazar B., Castillo L. T, Pastor D., Tejada-T, Palos L., Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia promoci. salud.* 2016; 21(2): 99-113. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.2.8 www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n2/v21n2a08.pdf (DUDA)

- Sánchez, M. C., (2013). *La Obesidad*, Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial V. Título. VI. Serie. 2013. (colección ¿Cómo ves?; 9)
- Sanderson, K., Patton, G. C., McKercher, C., Dwyer, T. & Venn, A. J. (2011). Overweight and Obesity in Childhood and Risk of Mental Disorder: a 20-Year Cohort Study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*.
- Sandoya, E., Schwedt, E., Moreira, V., Schettini, C., Bianchi, M., y Senra, H. (2007). Obesidad en adultos: prevalencia y evolución. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 22(2). Recuperado el 15 de septiembre de 2018, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202007000200008&lng=es&tlng=es.
- Sansores, R., y Pérez B., Ramírez V. A, Valdemar V.F., (2006). *A 2 Kilos del Cielo, Síndrome Metabólico y Tabaquismo*, Editorial Fundación Clínica Médica Sur. Impresiones Modernas S.A de C.V. 2006.
- Sartori, G. (1984) *La política, lógica y método en las ciencias sociales*. México. Fondo de Cultura Económico
- Sierra, J., Ortega, V. and Ihab Zubeidat. "Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar." *Revista malestar y subjetividades* 3.1 (2003).
- Silva, J. (2007). Sobrealimentación Inducida por la Ansiedad Parte I: Evidencia Conductual, Afectiva, Metabólica y Endocrina. *Terapia psicológica*, <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200005>

Spielberger C., Gorsuch, R., y Lushene, R, (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushene, R. Adaptadores G. Buela-Casal, A. Guillén-Riquelme y N. Seisdedos Cubero (Dpto de I+D+i de TEA Ediciones).

Escala de Ansiedad ante Procesos Terminales de Templer (1970), 1 Rivera Ledesma, A, 2 Montero López Lena, M, 3 Sandoval Ávila R, Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* [en línea] 2010, 2 (Noviembre Abril): [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221720008>> ISSN 2007-07801 universidad de londres, coordinación de investigación y producción científica. distrito Federal, México. 2 universidad nacional autónoma de México, Facultad de psicología, división de estudios de posgrado, distrito Federal, México. 3 instituto mexicano del seguro social. hospital general de zona núm. 8. Jefatura de trabajo social, distrito Federal, México.

Steer, R., Rissmiller, D., Ranieri, W., Beck, A., Structure of the computer-assisted Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* 1993.

Tapia, A., *Rev. chil. nutr.* v.33 supl.2 Santiago nov. 2006

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000400003>

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000400003

Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*.
London: *Sage Publications*.

Tortora, J. G. (1998) *Principios de Anatomía y fisiología*, Sexta Edición, Editorial Harla
México.

Van, S. (1997). The concurrent validity of a classification of dieters with low versus high
susceptibility toward failure of restraint. *Addictive Behaviors*..

Vega, Z.; Martínez, L.; Nava, C. y Soria, R. (2010). *Calidad de red como variable
moduladora de depresión en adolescentes estudiantes de nivel medio*. LIBERABIT.

Vega, Z.; Muñoz, S.; Berra, E.; Nava, C. y Gomez, G. (2012). Identificación de
emociones desde el modelo de Lazarus y Folkman: propuesta del cuestionario de
estrés, emociones y afrontamiento. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15
(3).https://www.researchgate.net/publication/292967477_Asociacion_entre_estres_afrontamiento_emociones_e_IMC_en_adolescentes
www.redalyc.org/html/799/79952834009/

ANEXOS

Fecha de aplicación: _____ / _____ / _____

Lugar de aplicación: _____

Anamnesis del Paciente o valorado

DATOS BÁSICOS GENERALES DEL PACIENTE A LLENAR POR EL MÉDICO TRATANTE

- ✓ Talla
- ✓ Peso
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Ocupación
- ✓ Estado civil

.....

En una escala del 1 al 3 cómo considera actualmente el estado de salud nutricional de su paciente, con base a sus hábitos alimenticios, márquelo con una X.

MALO

REGULAR

BUENO

!!!Gracias!!!

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Título de la Investigación:

RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES DEL SECTOR SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Objetivo de la Investigación:

Conocer la relación que existe entre los niveles de ansiedad que pueden presentar pacientes con problemas de Índice de Masa Corporal que se encuentren o no en tratamiento médico en el sector salud de la Ciudad de México.

¿Qué se propone en este estudio?

El médico o profesional de la salud tratante, llenará un cuestionario de Anamnesis con los datos clínicos del paciente de forma confidencial, los cuales se indican a continuación, Únicamente: Talla, Peso, Edad, Sexo, Ocupación, Estado civil; horas de sueño al día y estado de salud nutricional con relación a hábitos alimenticios.

El paciente llenará un cuestionario del autor Aaron Beck, que contiene 21 ítems (preguntas), que describen diversos síntomas de Ansiedad. En un lapso de 5 a 10 minutos.

Cantidad y edades de los participantes

La población de estudio estará dada por 100 pacientes en población general mayor de 13 años con problemas o no del Índice de Masa Corporal.

Riesgos y beneficios

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe ningún beneficio.

Confidencialidad

El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación Voluntaria

La participación será estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio

El participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá algún tipo de sanción o represalias.

¿A quién contactar en caso de preguntas?

Investigadoras: Elena Aguilar Y/O Nadia Tejeda Tel: 5545647096 Asesor responsable de Tesis: Mtra. Ana Luisa Serna Uribe Universidad Insurgentes Tel: 55799876

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador (a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio del Investigador (es) Elena Aguilar y Nadia Tejeda sobre la *Relación entre los niveles de ansiedad y el Índice de Masa Corporal en pacientes que acuden a algún servicio de apoyo para el control de peso en la Ciudad de México.*

_____ / _____ / _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA