



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ANSIEDAD Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES UNIVERSITARIOS

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA ITZEL NADCHIE LIIHI BERNAL DE ANDA

DIRECTORA DE TESIS DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MUY LEJOS, ALLÍ CERCA DEL SOL,
ESTÁN MIS MÁS ALTAS ASPIRACIONES.
TAL VEZ NO SEA CAPAZ DE ALCANZARLAS,
PERO PUEDO ADMIRAR SU BELLEZA,
CREER EN ELLAS
Y TRATAR DE LLEGAR A DONDE ME GUÍAN.

Louisa May Alcott.

....CUALQUIERA QUE SEA TU CAMINO
ESFUERZATE POR REALIZARLO,
CUALQUIERA QUE SEA TU DISCIPLINA
SIÉNTETE ORGULLOSO DE ELLA
POR HUMILDE QUE ESTA SEA.
LOS GRANDES HOMBRRES
SON FRÁGILES COMO LA HIERBA,
SIN EMBARGO, EL INFLUJO DE SUS MENTES
LOS AYUDA A REALIZARSE.
NUNCA SIENTAS MÁS GRANDE QUE
LOS DEMÁS NI BUSQUES IGUALARTE
A LAS IDEAS DE LAS PERSONAS SABIAS.

VIVE TU PROPIA VIDA SIN
MENOSPRECIAR LA DE LOS DEMÁS.
CONQUISTA TUS PROPIAS IDEAS
CULTIVANDO SIEMPRE TU INTERIOR
BUSCA TUS PROPIOS PRINCIPIOS
ESFORZÁNDOTE POR SER FELIZ
MIRA TODAS LAS COSAS CON AGRADO
SIN DIVAGAR TU MENTE O BUSCAR
EL AUTOENGÑO, COMPRENDE TODO
A TU ALREDEDOR DIRIGIÉNDOTE POR TU
PROPIA NATURALEZ COMO PARTE DE ESTE MUNDO....

(fragmento canción primera Satori)

AGRADECIMIENTOS

Mami: Sabes que tu has sido mi gran ejemplo de vida, que esto tan sólo es una pequeña paga por todo lo que he recibido de ti. GRACIAS POR EXISTIR, TE QUIERO MUCHO.

A mis hermanos Elsa y Mario por que hemos logrado superarlos día con día. Los quiero.

Papá, por que sé que tú me escuchas y estas conmigo siempre.

Hectorito, TE AMO. Gracias por acompañarme durante este tiempo.

A mis incondicionales Cristina, Lucas y Tannya gracias por compartir todos estos años conmigo.

Hector M. gracias por tu amistad y por haberme mostrado este fabuloso mundo que es la Psicología.

Gis y Silvia gracias por sus consejos, ayuda y por permitirme conocer a dos personas estupendas y sinceras.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre, por su guía, enseñanzas y tiempo que empleo para esta investigación.

A mis compañeros Angélica, Marlene, Jacqueline, Janet, Olga, Arturo y Ricardo por permitirme conocerlos y aprender de ustedes.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por sus valiosos consejos y su guía inmejorable.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO PRIMERO. ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	
ANOREXIA NERVOSA	. 6
BULIMIA NERVOSA	.10
OBESIDAD	.13
CAPITULO SEGUNDO. ALIMENTACIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO	
ALIMENTACIÓN	.18
FISIOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN	.19
LA NUTRICIÓN EN LOS ALIMENTOS	.21
LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO FACTOR DE RIESGO	.22
CAPITULO TERCERO. ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
ADOLESCENCIA	.27
JUVENTUD	.34
CAPITULO CUARTO. ANSIEDAD	
DIFERENCIAS ENTRE ANGUSTIA, ANSIEDAD, ESTRÉS Y MIEDO	.41
MODELO DE ANSIEDAD	.42
TEORIAS DE LA ANSIEDAD	.44
CLASIFICACION	.46

ANSIEDAD GENERALIZADA47
---------------------------------	-----

CAPITULO QUINTO. PROBLEMA GENERAL, HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA . . . . .	.52
HIPÓTESIS DE TRABAJO . . . . .	.52
DEFINICIÓN DE VARIABLES . . . . .	.53
MUESTRA Y SUJETOS . . . . .	.57
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN . . . . .	.57
INSTRUMENTOS . . . . .	.57
PROCEDIMIENTO . . . . .	.58

CAPITULO SEXTO. RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA . . . . .	.60
DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO . . . . .	.64
PRUEBA DE HIPÓTESIS . . . . .	.67

CAPITULO SÉPTIMO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES . . . . .	.74
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES . . . . .	.79

REFERENCIAS	81
-----------------------	----

ANEXOS	87
------------------	----

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar la influencia que ejercen las variables sexo (hombre / mujer) y ansiedad, en la práctica de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios. La muestra fue no probabilística, con una N=160 estudiantes hombres y mujeres que asisten a la Universidad Nacional Autónoma de México. Se aplicó el Cuestionario sobre Alimentación y Salud en formato para Hombres y Mujeres y el Inventario de Ansiedad de Beck en la versión estandarizada para mexicanos (BAI). Para la confirmación de las hipótesis y el análisis de distribución de las variables, se utilizó estadística inferencial y descriptiva respectivamente. Entre los resultados de este estudio se puede mencionar que efectivamente un nivel alto de ansiedad provoca varios tipos de conductas alimentarias de riesgo (preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restrictiva), y que son las mujeres las que practican con mayor frecuencia estas conductas. Cabe resaltar que el hallazgo de mayor importancia de esta investigación fue que para decidir realizar dietas y conductas de tipo restrictivo es determinante el sexo y el nivel de ansiedad, ya que las jóvenes estudiantes con un nivel elevado de ansiedad reportaron una mayor práctica de estas conductas en comparación con los jóvenes con el mismo nivel de ansiedad, los que reportaron una práctica menor de esta conducta de toda la muestra. Esta investigación formó parte de una investigación mayor titulada "Programa de Prevención: Autodiagnóstico de Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación y la Nutrición"*

* Proyecto Número: IN305599. Financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre Trastornos de la Alimentación y conductas alimentarias riesgosas que los provocan en poblaciones de adolescentes y jóvenes a nivel Universitario en México son muy escasos, a demás de esto en el transcurso de los años esta problemática ha ido en aumento y ha requerido de una mayor atención por parte de los profesionales de la salud, no solamente para recavar información de los motivos que provocan estos trastornos, sino también, y en un papel central para crear prevención y lograr una mejor calidad y estilo de vida de la sociedad.

Diariamente estamos expuestos a una serie de factores que nos causan ansiedad y se nos hace tan común padecerla que en ocasiones es difícil diferenciarla de alguna preocupación que tenga un motivo razonable para actuar de esa manera. La ansiedad es un padecimiento común en la población provocando reacciones distintas para mitigarla o afrontarla, es por este motivo que sea muy probable la intervención directa de este padecimiento en las conductas alimentarias de riesgo provocando algún Trastorno de la Alimentación.

La ansiedad es una de los trastornos más comunes en la población en general además que se ha encontrado que el sexo y la edad puede determinar la presencia y el nivel de este trastorno. Puede ser muy probable que el ser hombre o mujer sea otro factor que influya en la práctica de conductas alimentarias de riesgo, en el nivel de ansiedad experimentada y la forma como se manifieste esta.

Además la etapa que viven los estudiantes a nivel universitario incluye los últimos años de la adolescencia y el principio de la edad adulta temprana o juventud, en el cual los jóvenes ponen en práctica todos los conocimientos adquiridos anteriormente y enfrentan su situación de una manera más "responsable", pero si estos conocimientos incluyen algún hábito relacionado con las conductas alimentarias de riesgo, podría desencadenar junto con las crecientes responsabilidades la práctica habitual de estas.

El objetivo del presente trabajo fue investigar la relación que pudiese presentarse entre el nivel de ansiedad, sexo y la práctica de conductas alimentarias de riesgo (dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva o una conducta alimentaria de tipo normal).

En la primera parte de la presente investigación se abordaron los antecedentes históricos de los ahora llamados Trastornos de la Alimentación y su clasificación actual. En el segundo capítulo se abordaron temas referentes a la alimentación y a las conductas alimentarias de riesgo. En el tercer capítulo se dio una explicación detallada de los procesos que caracterizan a la adolescencia y a la juventud. En el último capítulo que abarca el marco teórico se abordó el tema de ansiedad, dando una diferenciación entre varios estados similares y diferentes explicaciones teóricas sobre su génesis.

Posteriormente en los últimos tres capítulos se expone la metodología del estudio, los resultados, la discusión y conclusiones a las que se llegaron.

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

"Multia fecula, multos morbos"
(muchos platos, muchas enfermedades)
Proverbio latino

El acto de comer es imprescindible para la vida del ser humano , no solo es importante para nutrir nuestro cuerpo o para que se desarrolle saludablemente, también lo es por que a través de este acto estamos continuamente en contacto con otras personas, fomentando redes sociales de diferentes niveles, dándole un significado y usos distintos en los momentos en los cuales se realiza. Desde tiempos muy antiguos se han encontrado evidencias de personas que han ofrecido sus vidas en la practica de ciertas conductas que posteriormente se han conocido como Trastornos de la Alimentación(Toro, 1996).

La conducta alimentaria es importante desde el momento en que deja ser totalmente instintiva, para pasar a ser determinada por factores de otro tipo: Psicológicos, sociales y culturales, los cuales la hacen más complicada y a su vez son fuente de anomalías en esta práctica. Dentro del estudio de los problemas de la conducta alimentaria se encuentran tres entidades principales: Obesidad, Anorexia y Bulimia nervosa (Gómez-Pérez Mitre, 1993).

ANOREXIA NERVOSA

Antecedentes

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se obtiene reduciendo o suprimiendo el consumo de alimentos, especialmente <<los que engordan>> y con frecuencia mediante vómitos autoinducidos, ejercicio físico desmesurado, uso indebido de laxantes, etc..(Toro, 1996).

La anorexia nervosa puede ser dividida históricamente en dos etapas. Antes y después del siglo XVII. Antes del siglo XVII, se puede identificar que su principal característica es que se le da un concepto religioso y posteriormente se le otorga un concepto médico y patológico.(Tolstrup, 1990). Según Chinchilla (1995) la anorexia se delimita por dos etapas, una hasta finales del siglo XIX en la cual se considera de tipo descriptiva y en el siglo XX se le considera más psicopatológica o psiquiátrica.

Durante la Edad Media entre los años 1200 y 1500 se encuentran evidencias de mujeres religiosas que participaban en prácticas ascéticas de cualquier tipo, es el ayuno uno de los más difundidos. Las más conocidas fueron Catalina de Siena, Verónica Giuliani (santa Verónica), Maria de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Rieti e Ida de Lovania.

En un sin número de culturas el ayuno fue considerado como un medio de protección contra las fuerzas del mal. La practica de este garantizaba cierta pureza y sacrificio, lo cual no ha sido exclusivo de un solo tipo de religión.

En cualquier comportamiento debemos considerar el contexto histórico y cultural en el cual se desarrolla este, en especial en el caso de desarrollar un trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad). Refiriéndonos a la "Anorexia Santa " no podemos determinar si la causa de la restricción alimentaria voluntaria era de índole de distorsión de imagen corporal o del temor a engordar, los cuales en la actualidad son significativos para el diagnóstico ya que esa época estaba cargada de un significado altamente religioso y es muy probable que este haya sido uno de los motivos importantes - si no es que el de mayor importancia- en el desarrollo de este padecimiento (Toro, 1996).

Según Holtz (1995), uno los primeros documentos que se puede considerar como evidencia de anorexia como en este momento se describe, es en un reporte realizado por Richard Morton en 1684, en el cual relata una historia de una adolescente inglesa de 18 años, la cual desarrolló amenorrea. Morton que tenia un Doctorado en Medicina en la Universidad de Oxford y se especializaba en tuberculosis llamó a este padecimiento "*consumición nerviosa*" Tolstrup, (1990), menciona que él fue también el que reportó el caso de un hombre con las mismas características.

Las aportaciones de Charles Lasséngue en 1873 y William Gull en 1874 se sitúan en la época victoriana y resultan en observaciones en donde se da importancia por vez primera al miedo anormal de estar o llegar a estar obesas, a pesar de estar emaciadas (Holtz,1995).

De acuerdo con Chinchilla (1995, p 50), la historia natural de esta enfermedad ha tenido varias tendencias en el abordaje de las mismas en el que se destacan los siguientes:

- "Se intenta independizar como entidad autónoma, como relacionada con otras entidades nosológicas (histeria, melancolía, esquizofrenia, etc.) y como síntoma de otros cuadros. La interpretación dependería de las distintas escuelas y metodologías.

-La anorexia nervosa es una afección endocrina y la conducta psíquica sólo sería un epifenómeno.

-La anorexia nervosa es una afección neurológica cerebral, hipotalámica.

-La anorexia es una afección psicósomática, afectando al mismo tiempo al psiquismo y al cuerpo con interacciones y organizaciones etiológicas recíprocas.

-La anorexia nervosa en comprensión dinámica cuya aportación es secundaria a la teoría psicoanalítica y caracteriza la aportación de la psicología, sobre todo de la escuela de Piaget.

-Los síntomas somáticos de esta afección fueron entendidos por Gull y Lasséngue hasta Simmonds como un aporte insuficiente basado en una anorexia de etiología psíquica.

-La psicopatología del cuadro fue descrita en su primer período fundamentalmente por la escuela francesa, aunque en la fecha actual sigue siendo un problema su nosología.

-La anorexia nervosa y la enfermedad de Simmonds son cuadros totalmente diferentes.

-En la actualidad el problema se centra en la comprensión de los mecanismos psíquicos que actúan en los estados anoréxicos, lo que permitirá o no delimitar, secundariamente una entidad nosológica" (Kestemberg y Thomas, citados en Chinchilla, 1995).

En la década de los 70's, se aprecia un aumento espectacular de la prevalencia de esta enfermedad en los países desarrollados, ocasionando un interés específico en el mundo científico, en los medios de comunicación y en la sociedad en general, en relación con todos los factores que apoyarían el desarrollo y mantenimiento de este trastorno (Tolstrup, 1990).

Los estudios están polarizados en la actualidad en dos vertientes:

a) Hacia factores afectivos y neurobiológicos como etiología de la enfermedad, en la que también tienen valor lo situacional, la constelación familiar, la edad, rasgos de personalidad desencadenantes, relación del enfermo con cada uno de los padres, etc.

b) Teorías psicoanalíticas que parten del estudio de los instintos que orientan hacia el de la pulsión y la significación dinámica del conflicto inconsciente (Chinchilla, 1995).

Epidemiología

La incidencia de esta enfermedad, que no debe olvidarse que es de las pocas psiquiátricas que pueden llegar a la muerte por inanición o suicidio, parece que esta en aumento en nuestros días. Una mayor incidencia (por otra parte no demostrable) puede ser debida a varias causas: a) por un mejor diagnóstico; b) por un error diagnóstico con otros cuadros; c) mayor tendencia en la adolescencia por dietas; d) rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones asociado con frecuencia con su autoconciencia; e) necesidades y distintivos sociales; f) problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial, distintos al de generaciones pasadas; g) falta de rigor diagnóstico tomando como anorexia nervosa en enfermas que no lo son, etc.

Hay un aumento de la incidencia de la anorexia nervosa en las culturas occidentales, una prevalencia de 0.7% que varía según grupo estudiado y el criterio diagnóstico usado. Hay una incidencia de anorexia nervosa en la población general de 0.24 por 100.000, que aumentó al doble en la década de los 50, habiendo hoy 1 caso de anorexia por cada 200 chicas escolares de 16 años, un 1% entre los 16 y 18 años, 1 en 250 de todas las adolescentes escolares y 1 de cada 150 escandinavas; 1 de cada 450 ó 750 anoréxicas adultas pasan a anorexia crónica (Chinchilla, 1995).

Etiopatogenia

Aunque pueda haber una razón desencadenante, son varios factores predisponentes los que crean interactivamente la susceptibilidad individual. (Fichter, Elton, Engel, Meyer, Mall & Poustka 1991).

La enfermedad suele afectar a jóvenes con una personalidad marcada por rasgos obsesivo/compulsivos y falta de afecto. Generalmente, se trata de personas perfeccionistas, cuidadosas, que van bien en los estudios, que tienden a establecer normas rígidas para sí mismos y para los demás.

El marco familiar desempeña también un papel importante. Estos jóvenes crecen en un ambiente de familias superprotectoras, con poca libertad para la autorrealización y el desarrollo de sistemas de autoestima (Kanarek, & Marks-Kraufman 1991; Hendricks & Walter, 1991). Sin embargo, según Toro (1996), la familia no puede jugar un factor decisivo o considerarse como agente específico de este trastorno.

En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por la interacción madre-hijo. La conducta alimentaria puede verse influida por los amigos, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan diferentes valores, por lo que está puede tornarse fácilmente conducta de riesgo para la salud en general y para el desarrollo de Trastornos de la Alimentación en especial (Gómez Pérez-Mitre, Unikel y Saucedo, 2001).

Se ha encontrado que las mujeres con desórdenes del comer son las que más tienden a distorsionar su imagen corporal, y que las mujeres con problemas más serios son las que exhiben distorsiones mayores (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Otro hallazgo muestra que la diferencia entre autoconcepto real e ideal es predictora del error o de la tendencia de las respuestas que los sujetos cometerán cuando hacen estimaciones de sus propios cuerpos (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Alteraciones Fisiológicas

El primer sistema afectado es el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. La amenorrea secundaria es uno de los síntomas fundamentales que en casos graves puede acompañarse de retraso de crecimiento. También se detectan alteraciones en los niveles de LH y FSH, con un descenso en las tasas de estrógenos y progesterona (Bay, Braguinsky & Rovira, 1996).

Dentro del sistema endocrino se describen también alteraciones en la función tiroidea, con síntomas de hipotiroidismo y descenso del metabolismo basal.

Asimismo, se observa una elevación en los niveles de cortisol plasmático y aumento en la secreción de la hormona del crecimiento.

En el sistema cardiovascular, puede observarse bradicardia, descenso de la tensión arterial, e incluso en situaciones graves, alteraciones electrocardiográficas, e insuficiencia cardíaca congestiva.

Se aprecian descensos de la motilidad gástrica, asociados a reflejo gastroesofágico, a causa del entretardamiento del tránsito gástrico y de estreñimiento. Un número importante de pacientes manifiestan náuseas y dolor de localización epigástrica.

Las situaciones de riesgo están unidas a la gravedad de la pérdida de peso. Índices de masa corporal por debajo de 14 kg/m² ensombrecen el pronóstico de la enfermedad (ADA, 1988).

Criterios Diagnósticos

Según el DSM-IV (1995), la Anorexia Nervosa es el rechazo constante al mantenimiento del peso corporal mínimo requerido. Los criterios para el diagnóstico de este trastorno se basan en :

- Rechazar a mantener un peso por encima o similar a lo necesitado
- Un miedo desproporcionado por convertirse en obeso aún se este por debajo del peso normal.

- Alteración de la figura corporal y la percepción del peso, negativa de peligro por tener un peso bajo
- En las mujeres post-menárquicas, se presenta amenorrea.

Considera dos tipos:

- Restrictiva: Se refiere a que el individuo no practica regularmente atracones o purgas, durante el episodio.
- Compulsivo / purgativo: Se refiere a que el individuo recurre con regularidad a atracones o purgas durante el episodio.

BULIMIA NERVOSA

Antecedentes

La Bulimia Nervosa es un trastorno alimentario que tiene como característica episodios críticos en los que se ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. En esta acción cuando se lleva a cabo se experimenta al mismo tiempo la sensación de perder el control sobre la ingesta (Toro, 1996).

La Bulimia en literatura no ha tenido una atención tan grande como lo a experimentado la Anorexia, sin embargo podemos reconocer que el nombre con el cual la conocemos actualmente se deriva de la palabra griega "*limos*" que significa hambre y combinada con el prefijo *bou* o *bous* que significa buey, podemos interpretarla como "hambre de buey" o "hambre voraz".

El primer reporte que describe un apetito incontenible fue echo por Diocles de Karystos un físico Griego del siglo IV AC después fueron Aristóteles (siglo IV AC) y Erasistratos en el siglo III (Horst-Ulfert, 1996).

En Roma la práctica del vómito en los banquetes que se acostumbraban era frecuente y bien visto. Cuando el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua llamada el "*vomitorium*" en donde lo pronunciaban (Toro, 1996).

Según Chinchilla (1995), Galeno describió el deseo exagerado de alimento e ingestiones frecuentes asociados con movimientos de vientre y vómitos como "*kynos orexia*" o hambre canina. También señala que en los siglos XVIII y XIX la bulimia fue descrita en los diccionarios médicos como mera curiosidad de la rama médica.

William Cullen un físico rural y posteriormente un profesor de química en Edimburgo, diferenció siete formas de bulimia en 1772 como un desorden de origen desconocido: *bulimia helluonum* (glotonería), *bulimia syncopalis* (en la cual se hace presente el desmayo y un apatito voráz) *bulimia emética*, apetito canino o salvaje en el cual el vómito es determinante.

Las formas sintomáticas fueron: *bulimia verminosa*, causada por gusanos, *bulimia adepagia* afectaba a niños, *bulimia convulsorum* característica de pacientes epilépticos; y *bulimia ab acidis* (no especificada) (Horst-Ulfert, 1996).

Según Stein & Laakso (1988) la bulimia ha sido importante tanto como síntoma como síndrome, comúnmente ha sido asociada con la práctica del vómito a través de la historia, el síntoma central (atracones) ha permanecido constante durante el siglo XVIII hasta nuestra época, sin embargo su etiología y síntomas secundarios son los que se han transformado con el tiempo.

Sin embargo, en la época de los 60's lo que generalmente se aceptaba era el papel de la bulimia como un síntoma derivado de la anorexia, Stunkard en 1959 describe el término *binge eating syndrome*. Al final de la década de los 70's es cuando él mismo publica los criterios diagnósticos del síndrome y el DSM-III los retoma sin apenas hacer cambios (Toro, 1996).

En 1979 Russell es el que utiliza por vez primera el término <<bulimia nerviosa>> en el cual describía un grupo de pacientes que presentaban episodios bulímicos, e intentaban disminuir los efectos de la sobre ingesta por medio de vómitos autoinducidos, abuso de diuréticos y/o laxantes, manifestando una preocupación excesiva por el peso y medidas corporales (Chinchilla, 1995).

Epidemiología

Estudios realizados en la década de los 80's establecen que la edad promedio para el establecimiento del acceso bulímico es a los 18.4 años, que por otra parte es una edad en la que se ha observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo (Cooper & Fairburn, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1993).

En 1992 Holtz hizo una investigación de tipo exploratorio con una población de 90 sujetos, estudiantes de preparatoria privada de la Ciudad de México en el cual reporta, que el 59% de la muestra indicaron el seguimiento de dietas, el 51.8% atracones, el 27.7% uso de diuréticos y el 6% laxantes.

Para Unikel y Gómez Pérez-Mitre (1996), en estudiantes de danza de la escuela de Bellas Artes en México (n= 43) y estudiantes de secundaria y preparatoria (n= 49) se encontró la presencia de atracones en 36.7% y la población de bailarinas fue la que reporto hacer dietas y tener sentimientos de culpa respecto a la forma de comer.

Según el DSM-IV (1995), la prevalencia de bulimia nervosa se encuentra en un rango que va de 1 a 3% en poblaciones heterogéneas.

Sherman y Thompson (1999), encontraron que la frecuencia de bulimia entre chicas adolescentes y mujeres jóvenes es aproximadamente de 1% a 3 % mientras que en la población de varones es diez veces menos.

Etiopatogenia

El origen del problema es multifactorial, aunque los aspectos psicológicos tienen gran importancia. Diferentes autores sugieren que la bulimia es un trastorno asociado a cuadros depresivos puesto que se acompaña de síntomas característicos de la depresión y son frecuentes las alteraciones afectivas entre los familiares del paciente. Las mujeres bulímicas suelen ser muy sensibles al rechazo y al fracaso, son muy

exigentes y con frecuencia tienen problemas de control de impulsos (Sherman y Thompson, 1999).

El entorno familiar del paciente bulímico muchas veces es conflictivo y desorganizado, siendo difícil la comunicación entre sus miembros e impidiendo la conducta autónoma e independiente.

Al igual que la anorexia nervosa la presión social de las sociedades desarrolladas contribuye al progresivo aumento de estos trastornos del comportamiento alimentario. Los cambios en el rol social y profesional de la mujer pueden favorecer la aparición de conflictos y pulsiones alimentarias patológicas.

Entre los aspectos psicológicos a los cuales se enfrenta el paciente con bulimia se encuentran: una fuerte preocupación por la comida, búsqueda de un peso y figura ideal, baja sensación de autoestima, baja sensación de autocontrol, experimentar periodos de enojo, ansiedad y depresión, pensamiento extremista, dificultad en la expresión de emociones y una conducta alimentaria rebuscada o ritualizada. (Sherman y Thompson, 1999).

Existen investigaciones en las cuales se sospecha que el padecimiento puede ser provocado por factores biológicos : a) Pope y Hudson atribuyen a la depresión endógena el posible origen de este trastorno, b) Rau y Green demostraron a través de EEG patológicos y administración de medicamentos anticonvulsivos arrojando resultados favorables, pero en estos casos los atracones se presentaban cuadros sintomáticos con algunas peculiaridades como, cleptomanía, parestesias y presencia de aura antes del atracón. c) Algunos autores afirman que el problema radica en la alteración del *feedback* de serotonina, lo cual implica que los niveles bajos de este neurotransmisor es el causante de la desesperación de hidratos de carbono (Zuckerfeld, 1996).

Alteraciones Fisiológicas

Son variados los problemas físicos que se pueden presentar en este tipo de trastorno, los más comunes incluyen:

Ciclo menstrual irregular o incluso la pérdida de este (amenorrea).

Problemas de tipo estomacal e intestinal, las consecuencias sobre el aparato gastrointestinal derivan del rápido consumo de grandes cantidades de alimentos, se producen dilatación gástrica, con molestias epigástricas y náuseas. La estimulación pancreática continuada puede generar episodios de pancreatitis, con fiebre, distensión abdominal y dolor cólico.

Molestias en garganta y esófago, el estímulo al vómito induce el paso de alimento impregnado en jugos gástricos que producen paulatinamente inflamación esofágica y riesgo de perforación. El uso de laxantes y diuréticos provoca la aparición de deshidratación con hiponatremia e hipocalcemia. Como consecuencia de los vómitos repetidos se produce deterioro dentario glocitis e inflamación de glándulas salivales

Cerca del 50% de los bulímicos utilizan laxantes y diuréticos. El uso continuo de laxantes puede producir trastornos en la función del colon, mala absorción y trastorno electrolíticos.

Criterios Diagnósticos

El DSM-IV (1995), utiliza para el diagnóstico de la Bulimia Nervosa los siguientes criterios:

- Atracones recurrentes esto es, el tiempo en el que el individuo ingiere alimento, por lo regular es corto y la cantidad de alimento es superior a la ingesta de otro individuo en un periodo similar de tiempo y también se hace presente la sensación de no poder controlar esta ingesta.
- Se presentan diferentes conductas que tienen como objetivo no ganar peso, como son el uso de laxantes, la provocación del vómito, diuréticos, enemas, fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- La práctica de los atracones y las conductas compensatorias por lo menos se deben de presentar dos veces por semana en un periodo de tres meses.
- La influencia que tiene el peso y la figura corporal es determinante en gran medida sobre la evaluación que se tenga de si mismo (a).
- Esta alteración se puede presentar aún fuera de algún episodio de anorexia nervosa.

Se consideran dos tipos de bulimia nervosa:

- La de tipo purgativo, en la cual el individuo practicará regularmente el vómito o uso de laxantes
- La de tipo no purgativo , en donde el sujeto no hará uso de laxantes ni practicará el vómito. (pp 553-564).

OBESIDAD

La obesidad a lo largo de la historia ha representado un sin número de significados los cuales han dado lugar a variadas concepciones. Por ejemplo Desde Hipócrates y Galeno se hace referencia a la obesidad como un problema de salud, o causante de alteraciones específicas como la esterilidad.

La obesidad no esta distribuida al azar en la historia de las sociedades, ni en diferentes grupos humanos, por ese motivo se deben considerar tres aspectos que son determinantes en este suceso:

- El dimorfismo sexual, el cual se refiere a la cantidad y tipo de distribución de la grasa según el sexo.
- La relación que hay entre modernización y obesidad, este se refiere al desarrollo de la tecnología de la alimentación y su influencia en la obesidad.
- La concentración de la obesidad en ciertos grupos étnicos o sociales, este tópico se refiere a que aspectos culturales son determinantes en el desarrollo y el concepto que se tiene de la obesidad (Soriguer, Esteva y García, 1994, p. 49).

La obesidad puede definirse como el aumento del tejido adiposo en relación, patológica, al tejido magro que puede tener una persona.(Escobar Jiménez, Fernández-Soto y Barredo, 1994).

Según Gómez Pérez-Mitre (1993b), la obesidad es definida como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento de masa corporal. Este exceso de masa corporal se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) 27 en mujeres, 28 en hombres y 31 puntos o más en ambos para una obesidad masiva.

Aunque en el DSM-IV (1995) no esta incluida la obesidad como un trastorno de la alimentación, esta incluido en el CIE-10 (1992) como una enfermedad crónica.

Para Vidal, Cordido, Martínez, y Méndez (1994), hay ciertos criterios de clasificación que valoran los siguientes aspectos :

- ANATOMICO : a nivel celular
 - Hiperplásticas* : aumento en el número de células
 - Hipertróficas* : aumento en el tamaño de las células
- CUANTITATIVO : grado de riesgo que es aceptable para un sobrepeso.

<i>Riesgo</i>	<i>Sobrepeso</i>
<i>Bajo</i>	25%
<i>Moderado</i>	30%
<i>Alto</i>	35%
<i>Muy alto</i>	40%
<i>Peligroso</i> (mórbida)	> 50%
- DISTRIBUTIVO : Según la localización de la acumulación de grasa
 - Visceral* : abdominal, andrógena o centripeta, su localización es en el área de abdomen se asocia a un riesgo mayor.
 - Periférica* : de cadera, ginoide o centrifuga, el riesgo es menor.
- ENERGÉTICO : Puede ser inducida por
 - Inactividad* de origen social, laboral, limitaciones físicas
 - Excesivo aporte* por una dieta inadecuada en cantidad, distribución y composición.
- ETIOLÓGICO : Cuando se consideran factores genéticos, endocrinológicos, hipotalámicos inducidos por fármacos, psicológicos, sociales. etc.

Métodos de Medición de la Grasa Corporal.

La composición molecular del organismo en su mayoría es de agua, lípidos (triglicéridos) proteínas y minerales, este modelo es uno de los más usuales para el estudio del composición corporal, sin embargo se reduce al modelo constituido por dos componentes : grasa y masa libre de grasa (MLG) (Martín, 1994).

Densimetría

Se puede deducir la proporción de grasa del organismo si conocemos la densidad de la grasa, de la MLG y del propio sujeto, si se quiere realizar esto debemos conocer el peso y volumen del sujeto, recurriendo al principio de Arquímedes o desplazamiento de agua o aire en un pletismógrafo.

Este método asume que el cuerpo está compuesto de dos compartimientos : grasa y MLG, en este procedimiento se asume que la grasa tiene una densidad de 0.9 g/cc y que la MLG es inconstante, debido a la proporción del hueso, sin embargo se estima que es de 1.08 hasta los 10 años y de 1.1 para los adultos.

Con las correcciones pertinentes por la densidad del agua, la fórmula para el calculo de la densidad del cuerpo es :

$$D_c = \frac{P}{\left(\frac{P - P_s}{D_a} \right) - \sqrt{r}}$$

a partir de esta se calcula con las fórmulas de Siri y Brozek

$$= \left(\frac{4.950}{D_c} - 4.500 \right) \cdot 100 \quad \text{Siri}$$

$$= \left(\frac{4.570}{D_c} - 4.142 \right) \cdot 100 \quad \text{Brozek}$$

La disimetría es un procedimiento muy fiable con un error estándar de 0.002-0.003 g/cc en una medida (Martín, 1994).

Índice de Masa Corporal y Antropometría

Algunos autores como Martínez y Carmena (1994), afirman que la obesidad es un exceso que se caracteriza por el almacenamiento de energía en forma de grasa y que se convierte en tejido adiposo, cuando este es comparado con algún sujeto de la misma edad o sexo obviamente los resultados son inadecuados para el primero. Un parámetro que se utiliza para determinar si existe un problema de sobrepeso es el que resulta del Índice de Masa Corporal también llamado Quetelet, que se obtiene de la división del peso entre la talla en metros al cuadrado ($IMC = P \text{ (Kg.)} / T \text{ (m)}^2$). Esta fórmula arroja resultados para la clasificación en grados (clasificación de Garrow) o clases (clasificación de Bray) de obesos:

IMC = 20 – 25	Normopeso
IMC = 25 – 30	Sobrepeso
IMC = 30 – 40	Obesidad
IMC > 40	Obesidad Mórbida
IMC > 50	Superobesidad

Su gran ventaja radica en la facilidad y exactitud de medición de sus componentes, el peso y la altura (Martín, 1994).

Recientemente Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997), realizaron estudios para validar la capacidad diagnóstica del IMC en preadolescentes y adolescentes mexicanos, poblaciones poco estudiadas y vulnerables a múltiples alteraciones nutricias y psicológicas, tomando en cuenta que estos periodos están llenos de cambios y modificaciones que inciden sobre las necesidades nutricionales y por ende sobre el estado de salud. Estos trabajos permitieron corroborar lo encontrado en otras investigaciones en donde se informa que el IMC predice de excelente manera la obesidad y el bajo peso a los 18 años, bien a la edad de 13 años, pero medianamente en edades menores, pues los criterios IMC utilizados no mostraron validez diagnóstica en muestras de preadolescentes, es decir, en edades menores a 12 años.

Los puntos de corte del IMC validados en adolescentes mexicanos son los siguientes :

<u>CATEGORIA</u>	<u>PUNTO DE CORTE</u>
Bajo peso	15 - 18.9
Normal	19 - 22.9
Sobrepeso	23 -27
Obesidad	mayor a 27

Pliegues Cutáneos

Mide la grasa depositada en el tejido celular subcutáneo. Asumiendo que una proporción importante de la grasa corporal (aproximadamente un 50%) se deposita en este tejido, la medición del espesor del pliegue cutáneo en varios sitios puede ser considerada representativa de la masa grasa y permite además obtener datos sobre cómo está distribuida por regiones (Martín, 1994).

De manera general en los países desarrollados se incrementa la existencia de obesidad llegando a presentarse hasta en un 50% de población mayor de 40 años (Escobar-Jiménez *et al.*, 1994).

Con respecto a la obesidad, Gómez Pérez-Mitré (1995), encontró porcentajes bajos en una muestra de mujeres, siendo 3.7% en el subgrupo de adolescentes (15 a 20 años), de 6.3% para los jóvenes (21 a 29 años) y de 10% para el de más edad (30 a 49 años). En los hombres adolescentes (15 a 20 años) y hombres jóvenes (21 a 29 años) no se encontraron índices de obesidad, pero en los hombres jóvenes hubo una prevalencia de sobrepeso del 74%.

En un estudio realizado por Unikel, Mora y Gómez Pérez-Mitre (1999), con una muestra de 148 sujetos del sexo femenino entre 13 y 17 años de edad (\bar{x} = 14.7, DE = 1.3), divididos en dos grupos, estudiantes de secundaria y preparatoria (n = 78) y estudiantes de ballet (n = 70), se observó una percepción generalizada en ambos grupos a mostrar una visión negativa hacia la gordura, como algo no deseable que causa problemas psicológicos y de salud, que es antiestético, que tiene repercusiones en el desempeño cotidiano y en la calidad de vida de las personas.

Un reciente editorial (Epidemic obesity in United States, citado en Escobar-Jiménez *et al.*, 1994), menciona los cambios producidos en el IMC en la población de los EE.UU., debido al desequilibrio metabólico entre <<ingesta-gasto>> y la predisposición genética que existe en los individuos. En un grupo observado durante la década de 70's y 80's, con un rango de edad entre 18 y 74 años se obtuvieron los siguientes porcentajes: el 25% va a presentar un IMC medio del 27.3 kg/m² o mayor, 10% de hombres y 15% de mujeres alcanzan puntuaciones del 30.4 kg/m² o más. La obesidad grave, mayor a 35 kg/m² se puede presentar en raza blanca y negra significativamente en un rango de edad de 25 y 44 años.

CAPITULO SEGUNDO

ALIMENTACIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

"No hay amor más sincero que el amor a la comida" G. Bernard Shaw.

Todo ser vivo para mantenerse saludable necesita alimentarse, el hombre por consiguiente lo hace, pero no de una forma simple y sencilla, a lo largo del tiempo se ha modificado el acto de comer y esta actividad se vincula con circunstancias que son significativas emocionalmente para el comedor (Toro, 1996).

La necesidad de alimentarse provoca la relación que el hombre ha establecido con su entorno, produciendo una modificación en el planeta en el cuál vive. El hombre ha transformado la manera de procurarse alimentos, de producirlos y de cocinarlos para su satisfacción, tanto física como emocional. El desarrollo de la agricultura, la domesticación de animales, las distintas formas de preparación de los alimentos para hacerlos más agradables al paladar, podrían ser ejemplos de los cambios que el hombre ha provocado para satisfacer esta necesidad (Morrodán, González y Prado, 1995).

La especie humana está caracterizada por el hecho de que consume productos de cualquier origen – animal, vegetal y mineral- porque esta dotada para la metabolización de estos nutrientes, aunado a esta capacidad sabemos que también el ser humano se caracteriza por ejercer un juicio de selección sobre qué comer, cuándo y en qué lugar. Esta elección determina los hábitos alimentarios de las poblaciones humanas y nos indica, según López Nomdedeu (1989^a), que los alimentos deben estudiarse desde diferentes ángulos, como el físico, psíquico, social, religioso, mítico y económico (citado en, Morrodán, González y Prado, 1995).

Además que a la comida, como habíamos mencionado antes, se le ha impuesto otros usos dependiendo de las sociedades, "Baas *et al.* (1979), elaboró una lista de diferentes significados y usos que se le atribuye a la comida:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la individualidad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.

16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza. (Toro, 1996, p. 3)

Morrodán *et al.* (1995), señalan que el peso que se le atribuye a la alimentación en el crecimiento y el papel que desempeña la nutrición en un buen estado de salud ha ido en aumento y esto influye en los programas de salud que los gobiernos ponen en marcha.

Ahora bien, la diferencia que existe entre dieta, alimentación y nutrición, se podría hallar en sus definiciones: "la dieta se refiere a la serie de elementos comestibles que ingieren los organismos regularmente", "la alimentación es una acción voluntaria y consciente que consiste en proporcionar al cuerpo una serie de productos nutritivos que, contenidos en los alimentos son necesarios para la nutrición" y la nutrición según la OMS se define como "un proceso involuntario e inconsciente a través del cual los seres vivos toman y transforman en su interior las sustancias sólidas y líquidas que ingieren, para mantener la vida, crecer, facilitar el funcionamiento de los órganos y obtener energía" (pp.50-51).

FISIOLOGÍA DE LA ALIMENTACIÓN

Los seres humanos tenemos una ingesta de alimentos episódica y nos vemos obligados a un gasto de energía continuo. Por ese motivo, para equilibrar día por día la ingesta episódica con la demanda continua, existen mecanismos de control central y periférico que hacen posible ese trabajo (Kaufmann, 1996).

La conducta alimentaria que practica el ser humano puede ser considerada una respuesta hormonal, motora y psicológica a una variedad de fenómenos biológicos y ambientales. "El impulso a incorporar nutrientes es inherente a todo ser vivo", sin embargo los mecanismos que se utilizan para su regulación y límite siempre están determinados por una organización nerviosa" (p. 235).

La conducta alimentaria puede considerarse como un sistema con procesos aferentes y eferentes, en la recepción y envío de información al sistema nervioso central (SNC). Los factores aferentes que regulan la ingesta pueden ser organizados en tres grupos:

1. "Señales originadas en el sistema sensorial (visión, gusto, olfato, etc.).
2. Mensajes aferentes originados en el tracto gastrointestinal.
3. Señales posingesta originadas por los nutrientes o su metabolismo" (Gutiérrez, Nin, Mariño y Braguinsky, 1996, p. 224).

Los sistemas de información hacia el hipotálamo están divididos en dos formas de regulación, a corto plazo, la cual se dedica a la regulación de cada ingesta y a largo plazo, la que repercute directamente en la homeostasis del peso corporal. La orden del

inicio al acto de comer es enviada por el hipotálamo, pero es mantenida por estímulos periféricos (Kaufmann, 1996).

Para Gutiérrez, *et al* (1996), dentro del estudio de la fisiología de la alimentación se incluyen la regulación a corto plazo; la regulación a largo plazo; la regulación central, refiriéndose al funcionamiento hipotalámico, extrahipotalámico y sus sistemas neuroquímicos y neuroendocrinos y la regulación periférica, que es el conocimiento de la acción que ejercen los neuropéptidos digestivos. (Braguinsky, citado en Gutiérrez *et. al.*, 1996).

Mecanismos de regulación a largo plazo

- El nivel de insulinemia, que es proporcional al volumen del tejido adiposo y representa una señal de importancia para la homeostasis del peso.
- El comando genético a distancia, que postula la relación que ciertos genes tienen con el peso corporal y su expresión en el tejido adiposo. (Kaufmann, 1996).

Mecanismos de regulación a corto plazo

- Descenso brusco de la glucemia, ocasionado por falta de ingesta, es interpretado por los sensores hipotalámicos como una señal para el inicio del comer.
- Disminución en el metabolismo celular global, se origina cuando al metabolismo total del organismo se le disminuye el aporte calórico celular y se origina una caída. La percepción de esta variación es otra señal para el inicio del acto de comer.
- Información desde los glucorreceptores hepáticos.
- Datos de tipo sensorial desde los sistemas visuales, olfatorios y gustativos, sin dejar de mencionar la influencia consciente del ser humano, que con mayor frecuencia escoge que y cuanto debe comer.

El hipotálamo maneja información de tipo bioquímico, metabólico, genético, sensorial y emocional para regular nuestra ingesta, aunado a este tipo de información también se encuentra la que procede del tubo digestivo, la cual provoca una serie de estímulos periféricos que son representados por el hipotálamo como señales de saciedad. Estas señales son neurales y hormonales y juntas forman el sistema periférico de saciedad, las cuales se anticipan a las señales que los mecanismos centrales hipotalámicos generan.

La orden de inicio a comer es dada por el hipotálamo y mantenida por estímulos periféricos, comienza con estímulos en la boca que son transmitidos por vía trigeminal al sistema nervioso central, en contraparte el sistema de saciedad esta compuesto por tres diferentes procesos que se presentan casi simultáneamente y pertenecen al sistema de corto plazo: fenómenos mecánicos (distensión gástrica, no es determinante), fenómenos neurales son de jerarquía funcional menor, y el control humoral a través de las señales gastrointestinales, provocadas por tres hormonas que participan notablemente la bombesina secretada por el estómago, la colecistoquinina (CCK) producida por el duodeno y la enterostanina péptido producido por el páncreas. Alteraciones en la

secreción de estas hormonas o sensibilidad a ellas pueden tener un papel importante en el desarrollo de trastornos de la alimentación (Kaufmann, 1996).

LA NUTRICION EN LOS ALIMENTOS

Los alimentos y sus contenidos son el sostén del organismo, en un solo tipo de alimento no se encuentran todas las sustancias que son necesarias para el buen funcionamiento de este. Sustancias como proteínas, grasas, carbohidratos fibra, vitaminas, minerales y agua son esenciales para una buena nutrición, estas las podemos encontrar en diferentes alimentos los cuales están organizados en tres grupos:

- Alimentos de origen animal y leguminosas
- Cereales y féculas
- Verduras y frutas

Para que una alimentación sea buena, debe seguir los siguientes pasos:

1. completa, que contenga todos los nutrientes;
2. equilibrada, los nutrientes deben ser proporcionales entre ellos;
3. variada, se debe tener una variedad en los platillos y alimentos utilizados;
4. inocua, sin riesgo para su consumo
5. suficiente, la cantidad necesaria para brindar un desarrollo optimo de la persona en todos los aspectos (Olea y Orendain, 1997, pp. 13-19).

Aunque los programas que ponen en marcha los gobiernos van encaminados a una alimentación sana y eficiente, no son suficientes ya que estos solo se dirigen a la relación que existe entre la manera de alimentarse y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, cáncer, cardiovasculares, desnutrición etc.). En la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (1995) se atribuye la transformación de los estilos de vida y los hábitos de alimentación al proceso de urbanización y los estratos sociales existentes en una población con estas características y precisamente el objetivo de esta encuesta fue conocer los patrones existentes de alimentación y el estado de nutrición en los diversos grupos que habitan la zona para orientar los programas de prevención tanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, como de las carencias nutrimentales.(ENURBAL, 1995)

Sin embargo sabemos que en la actualidad se tiene un concepto equivocado sobre el cómo y por qué de la alimentación provocando otro tipo de trastornos como la bulimia, anorexia y obesidad, a lo largo de la historia hemos sido testigos de la metamorfosis de la apariencia, principalmente la femenina. El siglo XX fue testigo de un cambio rotundo en la apreciación de la estética corporal femenina, los medios de comunicación visuales y de la moda han sido cómplices de liberar un culto al cuerpo de dimensiones andróginas (Toro, 1996).

Sanders y Balzagette, en 1994 enumeraron diez de los mitos principales que se relacionan con este tema:

1. "Cualquier grasa en la comida es mala

2. La redondez no es saludable.
3. La delgadez es saludable.
4. La gordura o la grasa puede perderse rápidamente y sin peligro.
5. Existe una grasa especial femenina, llamada "celulitis".
6. La grasa de la celulitis está causada por toxinas.
7. Se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos.
8. Ciertos alimentos o ciertas combinaciones de alimentos pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso.
9. Las mujeres de edad inferior a los 50 años corren riesgo real de enfermedad cardiaca.
10. Hacer dieta es una actividad saludable." (citado en, Toro 1996).

LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO FACTOR DE RIESGO.

La conducta alimentaria es importante desde el momento en que deja ser totalmente instintiva, para pasar a ser determinada por factores de otro tipo como: psicológicos, sociales y culturales, los cuales la hacen más complicada y a su vez son fuente de anomalías en esta práctica.

Hoy en día el culto a un cuerpo delgado y bien formado que se manifiesta a través de diferentes medios- radio, televisión, revistas, moda, etc.- obliga al los jóvenes a seguir cierto tipo de conductas alimentarias que ponen en riesgo su salud entre las que más se practican se encuentran las dietas restrictivas, el ayuno, saltar comidas, usar inhibidores de hambre, el ejercicio excesivo, las prácticas de expulsión como el vómito inducido (ligado a la bulimia nervosa), el uso de laxantes o diuréticos que evacuan rápidamente alimentos y agua del cuerpo. Si estas conductas son practicadas con frecuencia se convierten en trastornos de la alimentación produciendo un estado de gravedad, ya que tienen una repercusión considerable en la salud y muchas veces es irreversible.(Gómez Pérez-Mitre, 1993).

Feldman (1990, p. 157), menciona que hay cinco tipos de dietas para perder peso: 1) bajas en carbohidratos; 2) Altas en carbohidratos; 3) Ayuno modificado preservador de proteínas; 4) Frugívora; y 5) Aditivos para prevenir el incremento de grasa corporal.

El problema que surge con las dietas se debe a su temporalidad. Son periodos de tiempo corto y desagradables, ya que se reprimen hábitos alimenticios practicados durante mucho tiempo y que además nos gustan, provocando periodos sin control de ingesta al término de ésta (Arensen, 1991).

Según Nylander (1985), el seguimiento de dietas es un precursor importante en el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Pero para otros autores, su opinión es que la practica de dietas no es un factor que determine el padecimiento de dichos trastornos, ya que su practica es común entre la población normal, sin embargo, la diferencia fundamental entre los individuos que se preocupan por su peso y los que

desarrollan el trastorno es que los segundos desarrollan una vulnerabilidad psicológica, una sensación de ineficiencia y diestrés (citado en Schlundt, & Jonson, 1990).

Dieta crónica y restrictiva

Es la dieta que es insuficiente y no provee al individuo de la energía necesaria para su normal funcionamiento y se produce lo que se llama una alimentación hipocalórica, una restricción alimentaria que se mantiene por un periodo prolongado puede llegar a producir efectos de inhibición del deseo de comer (Casado, 1967).

Bolaños (1998), encontró en muestras de adolescentes mexicanas (13 a 19 años), el deseo de querer bajar de peso y hacer dieta restrictiva sin darle importancia a su peso real, aun si estaba por abajo o muy abajo del peso normal que les correspondía.

Para encontrar un continuo cuantitativo en términos de la presencia de síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria se realizó una investigación en la cual se compararían a 6 muestras de mujeres elegidas tomando en cuenta su edad (adolescentes y adultas) y su elección vocacional (bailarinas y no bailarinas), comparadas con un grupo de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, el resultado con respecto a la práctica de dietas crónicas y restrictivas fue la conducta alimentaria de riesgo principalmente referida, con porcentajes iguales o mayores a 60 % y en un tercer lugar la práctica de ayunos (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1999b).

En un estudio realizado por Unikel, Mora y Gómez Pérez-Mitré (1999), con un grupo de mujeres estudiantes de ballet (n = 70) y un grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria (n = 78) para conocer la percepción de la gordura entre un grupo y otro se encontró, que el seguimiento de dietas es la práctica de riesgo más reportada en ambos grupos de estudiantes, de 65.7% en los sujetos del grupo de estudiantes de ballet y de 32% en el grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria.

En una investigación realizada a una población estudiantil de la Ciudad de México (N = 10,173), con una media de edad de 14.5 años, en el cual se investigaron diferencias por sexo y edad en dos categorías de ocurrencia (alguna vez y dos o más veces por semana) de conductas alimentarias de riesgo, se encontró, en lo que respecta a la practica frecuente por sexo que son las mujeres las que reportan una práctica mayor de ayunos y seguimiento de dietas que los hombres, y por edad en mujeres, el seguimiento de dietas aumenta con la edad, siendo las adolescentes de 18 y 19 años las que tiene un porcentaje más elevado (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000).

Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda (2001), encontraron en un estudio a escolares mexicanos (N = 8673), pre-púberes (6-9 años), púberes (10-12 años) y adolescentes (13-19 años) que el seguimiento de dietas restrictivas para niñas se presentó en un 50 % aproximadamente en los tres grupos estudiados, para los niños

el hacer dieta restrictiva difería en porcentaje al compararlo con el grupo de niñas de su misma edad, 24.9% para púberes y un 33.9 % para adolescentes, sin embargo para el grupo de pre-púberes el porcentaje de estas prácticas es del 50 %.

Preocupación por el peso y la comida

El mensaje de los medios de comunicación reproducen señales en las cuales implícitamente sugieren que el cariño, el éxito y la aceptación se consiguen por la imagen – usualmente delgada- que se tiene. La gran mayoría de las mujeres no pueden acercarse a ese ideal que es presentado por distintos medios (Fallon y Rozin , citado en Schlundt *et al.* 1990).

Este tipo de conducta se puede manifestar por un miedo a las consecuencias de tipo interpersonal por ser gordo, por pesarse compulsivamente y checar el cuerpo, compararse con las demás personas, el miedo a ser vista y la evitación de señales situacionales (Schlundt, *et al.* 1990).

Unikel, *et al.*, (2000), encontraron en una investigación que las adolescentes entre 16 y 17 años de edad obtuvieron los porcentajes más elevados en lo que se refiere a la preocupación por engordar.

La percepción que se tiene a la gordura, en general es negativa, estos son los resultados que se obtuvieron de un grupo de estudiantes de ballet el cual opinaba en un 89% esto, en contraste con un 63% de un grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria (Unikel, *et al.* ,1999).

Previo a la anterior investigación ya se tenía conocimiento en literatura internacional y nacional, confirmada por hallazgos reportados por Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1996), datos referentes a que las poblaciones de bailarinas (estudiantes y profesionales), reportaban peso corporal significativamente bajo, mayores porcentajes de conductas inapropiadas del comer, preocupación por el peso y la figura, distorsión de imagen corporal e incluso desordenes alimentarios.

Conducta alimentaria normal

La dieta ideal es la que proporciona al organismo la cantidad de nutrimentos que se requiere para su óptimo funcionamiento, sin deficiencias pero sin excesos igualmente. Es posible que una dieta correcta y una incorrecta estén formadas por los mismos alimentos, sin embargo su combinación y la cantidad de estos es lo que hace la diferencia (Olea y Orendain, 1997).

En 1998, Gómez Pérez-Mitré y Ávila encontraron en un estudio con una muestra total N = 222 con adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal, que en

las adolescentes con peso normal, la conducta alimentaria normal tiene mayor presencia que entre las más delgadas y que entre las chicas con sobrepeso y obesas esta práctica se presenta con menor medida. En el caso de los grupos que tienen menos problemas al respecto de esta preocupación es el que agrupa a los de peso por debajo de lo normal, tanto adolescentes hombres y mujeres, a mayor peso más preocupación. Este fue el único factor que resultó ser común por género con valores similares.

Conducta alimentaria compulsiva.

Las conductas compulsivas comúnmente representan para algunas personas una vía para disminuir los estresores que rodean su vida diaria. Diversas razones son las causantes de esta sobrealimentación: costumbres religiosas, sociales, familiares, aburrimiento, alteraciones en el centro de saciedad, tensiones, etc. La tasa de ocurrencia puede ser en las comidas pero es más común entre ellas y los alimentos que se consumen son regularmente dulces, pastelillos o golosinas en general las cuales conducen a la obesidad (Morse y Pollack 1998).

Gómez Pérez-Mitré (1995), opina que el sentimiento que causa la pérdida de control en el acto de comer, produce importantes trastornos psicológicos como sentimiento de culpa, inseguridad, baja autoestima y una lucha constante consigo mismo a los que se les une los problemas típicos de la etapa que se vive.

Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998), reportaron en su estudio relacionado con conducta alimentaria de riesgo y obesidad que esta práctica compulsiva fue la que tuvo un mayor peso, las adolescentes con peso normal son las que respondieron tener en menor medida esta conducta, sin embargo en las adolescentes obesas se encontró lo contrario. Además, las adolescentes con peso por debajo de lo normal su tendencia a tener esta conducta fue mayor que las que reportaban un peso normal. En los hombres la conducta compulsiva no aparece diferencialmente significativa.

Obviamente en los grupos de alto riesgo como son las bailarinas de ballet profesionales y estudiantes, el porcentaje en la práctica de atracones es mayor (49%) ocupando el cuarto sitio en lo que se refiere a conductas alimentarias de riesgo, comparado con un grupo de profesionistas mujeres (27%), pero no menos importante por que ocupa el segundo lugar de practica en esta muestra de población normal (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Unikel, *et al.* (2000), reportan que adolescentes mujeres entre 14 y 15 años presentan un mayor porcentaje de este tipo de sensación de falta de control al comer, comparando con grupos de 16-17 y de 18-19 años.

CAPITULO TERCERO

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

"La juventud es la edad adecuada para viajar de un extremo al otro del mundo, tanto con el cuerpo como con el espíritu; para probar las costumbres de diferentes naciones; para oír las campanadas de la media noche" Benjamín Disraeli

ADOLESCENCIA

La adolescencia del latín "*adolescere*", significa "crecer" o "desarrollarse" hacia la madurez (Hurlock, 1990). La adolescencia es el periodo de transición que va desde la niñez a la adultez. Para muchos es considerada como la última fase de la infancia, en realidad es el periodo de tiempo en el cual se es suficientemente grande para ser niño, pero muy pequeño para ser adulto (Starr & Golsdstein, 1975).

Schopen la define como "La lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia" (citado en Orozco, 1998).

La adolescencia, es el periodo del crecimiento y desarrollo humano que transcurre desde la pubertad hasta la edad juvenil. El comienzo es señalado por la pubertad, pero este fenómeno biológico es continuo y general, tanto en el aspecto físico como en el psicológico y social, y prosigue por varios años hasta la formación completa en adulto (Merani, 1983, p. 4).

Maduración Física del Adolescente

Los cambios que suceden al inicio de la adolescencia además de un repentino crecimiento, son la maduración de órganos sexuales y la aparición de las características sexuales secundarias. Véase la tabla siguiente:

Características sexuales primarias y secundarias de la adolescencia

Órganos sexuales		Características sexuales secundarias	
Niñas	Niños	Niñas	Niños
Ovarios	Testículos	Senos	Vello púbico
Trompas de Falopio	Pene	Vello púbico	Vello axilar
Utero	Escroto	Vello axilar	Cambios de voz
Vagina	Vesículas seminales	Aumento del ancho y profundidad de la pelvis	Ensanchamiento de la espalda
	Próstata	Cambios de voz	Vello facial
		Cambios en la piel	Cambios en la piel

Fuente: Papalia & Wendkos, 1998, p 362.

La apariencia de sí mismo es el mayor interés del adolescente, por tal motivo la mayoría se lamenta de su peso, complexión y rasgos faciales, esta característica es experimentada por ambos sexos. Sin embargo, las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su aspecto, debido a un mayor énfasis que le otorga la cultura a los atributos físicos femeninos (Papalia & Wendkos, 1998).

El crecimiento en esta etapa demanda un aumento en el apetito, sobre todo en los varones, ya que la demanda de calorías es mayor que en las niñas. Aunque es de vital importancia el cuidado de la dieta en esta etapa para responder a las necesidades del crecimiento, muchos adolescentes se concentran en su peso y algunos, en especial las niñas, se obsesionan por reducirlo en pro de la belleza (Papalia & Wendkos, 1998).

Desarrollo Cognoscitivo del Adolescente

El adolescente en esta etapa es capaz de sobrepasar con el pensamiento las situaciones vividas y actuales, de evadirse fuera de lo real y del presente, para abrazar lo posible y lo abstracto, el pasado y el porvenir. Ahora razona sobre proposiciones sencillas de manera hipotético-deductiva (Raymond-River, 1986).

El estudio de la inteligencia y su forma de razonar en el adolescente de manera sistemática, comienza en 1955 con la publicación del libro titulado " *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*", de Inhelder y Piaget (Delval, 1994).

Piaget ha hecho estudios acerca del desarrollo humano y de las formas de aprendizaje infantil, destacando estudios sobre psicología evolutiva y genética, especialmente de la inteligencia (Gasca, 2000).

Dentro de las etapas de la teoría del pensamiento de Piaget, encontramos cuatro:

- Inteligencia sensoriomotriz
- Periodo preoperatorio
- Operaciones concretas
- Operaciones formales (Orozco, 1998).

El logro de las operaciones formales le permite al adolescente la manipulación de la información, logrando el manejo de abstracciones, probar hipótesis y ver posibilidades infinitas (Papalia & Wendkos, 1998).

Piaget se replanteó en 1970 el problema de la generalidad del pensamiento formal sosteniendo que entre los 15 y los 20 años los sujetos llegarían al pensamiento formal, pero dependiendo de sus aptitudes y de sus especializaciones profesionales, sin que la utilización de estas estructuras formales sea exactamente la misma en todos los casos (Delval, 1994).

La importancia de otros aspectos de la inteligencia como habilidades específicamente en áreas "no científicas" como historia, lenguas, literatura y artes, no es abordada desde el punto de vista piagetiano (Papalia & Wendkos, 1998).

Lo que es innegable es que el pensamiento adolescente es muy diferente al del niño, esto a la vez se manifiesta en su conducta social, es en este momento que el chico se interesa y entiende diversos temas como, la política, historia, economía o la organización social (Delval, 1994).

Según David Elkind (1984), los adolescentes en esta etapa tienden a desarrollar ciertas conductas típicas que indican un pensamiento egocéntrico como, hallar fallas en las figuras de autoridad, tendencia a discutir, autoconciencia (audiencia imaginaria), egocentrismo, indecisión e hipocresía aparente (Papalia & Wendkos, 1998).

La inquietud moral

Los adolescentes en relación con todos los cambios experimentan un desajuste entre los valores transmitidos a lo largo de los años de la infancia, produciendo un conflicto profundo y rechazo a la sociedad adulta (Delval, 1994).

Posterior a la obra de Piaget, Lawrence Kohlberg, desarrolla la teoría del razonamiento moral, el cual es una función del desarrollo cognoscitivo. En tres niveles, con dos etapas cada uno, explica el grado de desarrollo moral que el individuo alcanza en el transcurso de su vida. Véase la siguiente tabla:

Etapas del desarrollo moral según Kohlberg.

<p>Nivel 1: <i>Moralidad preconvencional</i>; la moralidad se trata de lo que los demás le dicen al niño que haga.</p> <p>Etapa 1: Orientación de castigo y obediencia. Lo que está bien es todo aquello que los demás permiten; lo que está mal es que los demás castigan. No hay concepción de reglas. La seriedad de una violación depende de la magnitud de la consecuencia</p> <p>Etapa 2: Individualismo y orientación instrumental. Las reglas se siguen sólo cuando es en interés inmediato del niño. Lo correcto es lo que obtiene premios o cuando hay un intercambio igual</p>
--

Nivel 2: **Moralidad convencional**; Los individuos en este nivel consideran a la moralidad de los actos en términos de su conformidad con las reglas o normas que prevalecen en el grupo al que pertenecen.

Etapas 3: Expectativas personales, relacionales y conformidad mutuas. "Ser bueno" significa cumplir con las expectativas de los demás, tener buenas intenciones y manifestar interés por los demás. Se valoran la confianza, la realidad, la lealtad, el respeto

Etapas 4: Sistema social y conciencia.

Lo "correcto" es cuestión de cumplir con los deberes actuales que se aceptaron, se cumplen las reglas y las convenciones sociales excepto cuando entran en conflicto con otros deberes. Contribuir con la sociedad es "bueno".

Nivel 3: **Moralidad posconvencional**; Los individuos en este nivel aceptan claramente las reglas de la sociedad, dan precedencia a principios éticos más básicos que desean defender a costa de enfrentarse a la ley de la tierra.

Etapas 5: Contrato o utilidad social y derechos individuales.

Las personas defienden una variedad de valores y opiniones, y aunque las reglas son relativas para el grupo deben de ser defendidas porque son parte del contrato social. Las reglas impuestas son injustas y pueden ser desafiadas. Algunos valores como los de la vida y de la libertad, no son relativos y deben ser defendidos sin importar una mayoría de opinión.

Etapas 6: Principios éticos universales.

Los principios éticos elegidos por uno mismo determinan lo que está bien. En un conflicto entre la ley y esos principios, es correcto seguir nuestra propia conciencia. Los principios son líneas directrices morales abstractas y organizadas en un sistema de valores coherente.

Fuente: Schaffer, 2000, p. 358.

Los adolescentes aplican a diversos problemas de carácter social y personal el razonamiento moral, pero al igual que en el desarrollo cognoscitivo, no todos los chicos se encuentran en el mismo nivel de desarrollo moral (Papalia & Wendkos, 1998).

Kohlberg, no pretendió proporcionar una cronología de sus etapas de razonamiento moral, sin embargo, diferentes investigaciones han demostrado que el nivel *convencional* emerge a mediados de la adolescencia y se extiende normalmente para la mayoría de los adultos (Schaffer, 2000).

Al igual que en la teoría piagetiana, la teoría del desarrollo moral ha sido fuertemente criticada. Una de estas críticas, hecha por Gilligan en 1982, ha sido por su sesgo varonil, ya que la mayoría de sus teorías se basan en investigaciones de varones cuya orientación moral no es necesariamente representativa de la de las mujeres. Así, también se limita al estudio de algunos aspectos de la moralidad, como son la justicia y rectitud, considerando solo el acto erróneo en sus premisas (Schaffer, 2000).

La capacidad de pensamiento que el hombre ha logrado a lo largo de la filogénesis ha sido fundamental para alcanzar un desarrollo integral, este tipo de pensamiento se caracteriza por ser adaptativo y esto se transforma en una pieza clave para que el individuo se integre en la sociedad en la cual se desenvuelve. El adolescente de esta época necesita adquirir estas capacidades y dependiendo de cómo las obtenga esto determinará la manera de insertarse en la sociedad adulta (Delval, 1994).

El Adolescente y el Mundo Social

Búsqueda de identidad

Los jóvenes adolescentes en el momento que comienza a experimentar sus cambios físicos, necesitan construir un nuevo autoconcepto e identidad acorde con su nueva imagen. Además de esto, comienza la búsqueda de un lugar dentro de la sociedad adulta, la cual está llena de dificultades y rechazos. En el afán de conseguir independencia los lazos familiares son modificados, pero a su vez comienza el descubrimiento de nuevas relaciones y oportunidades que le ofrecen al adolescente ir construyendo su nueva imagen y creando su proyecto de vida (Delval, 1994).

La teoría de Erikson pone énfasis en aspectos sociales y en el desarrollo de la personalidad. Sugiere que esta consiste principalmente en el crecimiento del Yo, y de la manera de afrontar los roles de la vida. Da una mayor importancia a los procesos de socialización, la dinámica entre los integrantes de la familia y su realidad sociocultural, a las crisis personales y sociales como orientadoras del crecimiento y la evolución humana como determinante en sociedad (Gasca, 2000).

Erikson (1968) atribuye a la etapa de la adolescencia la misión de formar la identidad personal, manifestado en un proceso dialéctico entre *Identidad vs Confusión de identidad* al resolver este conflicto el joven se convertirá en un adulto capaz de desempeñar un rol importante en su vida (citado en Orozco, 1998).

James E Marcia, amplió la teoría de Erikson, en el sentido que le da a la identidad como "una organización interna, dinámica y autoconstruida de impulsos, habilidades, creencias e historia individual". Este psicólogo propuso cuatro estados de identidad determinados por la presencia o ausencia de crisis y compromiso (véase tabla). Posteriormente relacionó estos estados con características personales como ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento. Así mismo encontró que las categorías no son estáticas y cambian conforme al desarrollo de las personas.

Criterios para estados de identidad.

Estado de identidad	POSICIÓN SOBRE OCUPACION E IDEOLOGÍA	
	Crisis (<i>periodo para considerar alternativas</i>)	Compromiso (<i>selección de una línea de acción</i>)
Logro de la identidad	Presente	Presente
Aceptación s/raciocinio	Ausente	Presente
Difusión de la identidad	Presente / Ausente	Ausente
Moratoria	En crisis	Presente pero vaga

Fuente: Adaptado de Marcia, 1980, (citado en Papalia & Wendkos, 1998, p 410).

La **crisis** es una etapa de toma de decisiones, mientras que en el **compromiso**, es una inversión personal en una ocupación o ideología.

Para Marcia (1980), la identidad es un nivel existencial, se refiere a una organización interna de necesidades capacidades y autopercepciones.

Los cuatro niveles de identidad se establecen por la combinación de los periodos de crisis y compromiso que tenga un individuo. En el nivel de **Difusión de identidad**, el individuo aun no tiene una dirección ocupacional o ideológica, no ha establecido un compromiso. En la **Exclusión o Aceptación sin raciocinio**, están las personas que se encuentran comprometidas, pero no han experimentado ningún tipo de crisis. Estos compromisos han sido elegidos por otros (padres) y será difícil su separación por no desagradar a terceros. La **Moratoria** se refiere a individuos que enfrentan problemas ideológicos u ocupacionales sin ninguna dirección fija, están latentes. Es en el **Logro de identidad** donde los sujetos que han pasado un periodo de crisis y toma de decisión por medios propios, logran elegir objetivos ideológicos propios y una ocupación seleccionada por ellos (Delval, 1994).

La evolución interpersonal

La teoría de las "relaciones interpersonales", de Harry Stack Sullivan, sostiene que el hombre es producto de la interacción con otros seres humanos y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento del nacimiento.

El tema central en esta teoría es la ansiedad como motivadora, como educadora de la vida. Para Sullivan el hombre vive en constante tensión dentro y fuera de el mismo, por lo tanto, la personalidad al experimentar estas tensiones constantemente, tiende a ser modificada, pero manteniendo su forma básica.

El afán de satisfacción, relacionado con necesidades biológicas y el anhelo de seguridad que es el resultado de los procesos culturales, son principalmente los dos factores que inquietan al ser humano. En opinión con Sullivan la seguridad se relaciona con un sentimiento de pertenencia y aceptación.

Todo lo que hacemos es el resultado del orden social en que vivimos y al vivir en sociedad, todos los seres que nos rodean ejercen algún efecto sobre nosotros, de ahí que muchas de las conductas del adolescente se puedan explicarse a partir de la interacción de las personas que le rodean: la familia, los amigos, la escuela, etc.

Sullivan postula siete etapas del desarrollo:

1. Infancia: desde el nacimiento hasta los dieciocho meses. Pensamiento Prototáxico. El niño experimenta de forma directa.

2. **Niñez:** de los dieciocho o veinte meses hasta los cuatro o cinco años. Pensamiento Paratáxico. Relaciona sus experiencias sin lógica.
3. **Etapa juvenil:** de los cinco o seis años a los once años. Pensamiento Sintáxico relaciona sus experiencias con lógica.
4. **Preadolescencia:** de los once a los trece años. Comienza a surgir confusamente el sentimiento de independencia. El sistema del Self se encuentra un poco más estabilizado.
5. **Adolescencia temprana:** de los quince a los diecisiete años. El sistema del Self aun esta confuso, pero continua estabilizándose. Sus experiencias cognitivas están orientadas hacia aspectos sexuales. Sus necesidades sociales son de dos tipos: eróticas hacia el sexo opuesto y de anhelo de intimidad hacia un compañero del mismo sexo, lo cual, en caso de confusión, puede llevar a la homosexualidad. Sus relaciones son altamente independientes.
6. **Adolescencia tardía:** transcurre de los diecisiete a los veinte años. El sistema del Self ya está integrado y es estabilizador. Las relaciones interpersonales características, resultan de una fuerte seguridad en contra de la ansiedad y son de prolongada duración. El adolescente tardío o joven adulto es miembro activo de algunos grupos sociales y puede comportarse de manera totalmente independiente.
7. **Madurez:** va de los veinte a los treinta años. El sistema del yo está completamente estabilizado y su independencia es completa (Gasca, 2000, p 22).

Emancipación de la familia.

En sociedades tradicionales el cambio de nivel dentro de la comunidad se enfatiza con rituales que simbolizan el tránsito de la persona que cambia de nivel, así como informar a la comunidad de ese cambio. Van Gennep (1908), documentó ceremonias de este tipo a las que llamo **ritos de paso**. En este estudio destaco la importancia que tiene la incorporación del niño, a la sociedad de los adultos (Delval, 1994).

Para Eliane de Kerstemberg, las dificultades encontradas por el adolescente en sus relaciones consigo mismo son provocadas por las dificultades que tiene en sus relaciones con los otros y en especial con la necesidad de rehusar los modelos ofrecidos por sus padres (Reymond-River, 1986).

El independizarse de la supervisión y control de los padres es una parte en la búsqueda de la identidad del adolescente, en esta época se encuentra un camino para establecer nuevas relaciones con amigos en situaciones similares (Papalia & Wendkos, 1998).

El soporte que otorga el círculo de amistades o compañeros es determinante y beneficioso, por que con ellos los adolescentes ponen en práctica los nuevos valores

adquiridos sin temor a ser criticados o rechazados. Este grupo es fuente de simpatía, comprensión y afecto, encuentran un lugar para experimentar y lograr el cambio (Papalia & Wendkos, 1998).

La necesidad de apoyo y la influencia del grupo puede ser muy grande y no en todos los casos benéfica, y el mismo joven puede percibirlo de esa forma, sin embargo, le resultará muy difícil alejarse de ella por su demanda de aceptación en alguna parte (Delval, 1994).

El tipo de amistades en la adolescencia va cambiando con los años. Según Douvan y Adelson (1966), las niñas de los once a los trece años (adolescencia temprana) sus amistades se centran más en actividades, en la adolescencia media, de los catorce a los dieciséis, lo más importante es la seguridad y la lealtad, es el valor central. Es a partir de los diecisiete años, las amistades se hacen más relajadas y seguras, se valora la personalidad de la amiga y la posibilidad de compartir puntos de vista (Delval, 1994).

Algunos de los problemas a los cuales se puede enfrentar el adolescente, los cuales pueden ser determinantes en su vida, son el embarazo prematuro y la delincuencia juvenil. Aunque estos casos representan un porcentaje pequeño va en aumento día a día, la aparición de cualquiera de estos desajustes nos indican y exige como sociedad que existe la necesidad de ayuda y apoyo a este sector de la población (Delval, 1994).

JUVENTUD

La adultez es una etapa del desarrollo del hombre que aun no esta definida claramente, debido a que los cambios no son tan evidentes como en periodos anteriores. Para términos prácticos algunos autores gustan dividir a esta etapa en tres periodos o fases: adultos tempranos (juventud), adultos medios y adultos tardíos. Sin embargo la edad de estos periodos varia según los intereses de sus creadores, en la primera va desde los dieciocho a los treinta o cuarenta años, la segunda desde los treinta a los sesenta y cinco años y la ultima después de los sesenta y cinco años (Papalia & Wendkos, 1998; Starr & Goldstein, 1975; Erikson, 1963).

Según Starr & Goldstein (1975), alcanzar la edad adulta no implica que se establezca un nivel ideal de adaptación psicológica en cuanto se llega a esta edad, simplemente la cantidad de habilidades en lo que se refiere a la responsabilidad, juicio y logros es mayor y permanente, es decir madura.

El termino madurez no puede ser asignado solamente a conductas específicas que se presenten con frecuencia, ya que la variedad de estilos de vida que el joven puede adoptar indiscutiblemente tiene una influencia directa en estas, sin embargo se

pueden identificar características de la personalidad que son necesarias para producir un funcionamiento efectivo en esta etapa. Un sentido de responsabilidad para el desempeño de cualquier actividad, un adecuado control de impulsos, convirtiéndolos en conductas más constructivas tanto para él como para los demás, tener la habilidad de tolerar la frustración, la destreza de planear y la capacidad de implementar estos planes, ser tolerante, establecer relaciones íntimas y prolongadas, así como desarrollarse y desempeñarse en alguna de sus potencialidades, son las características que se establecen y desarrollan durante la juventud y las etapas de la adultez (Starr & Golsdstein, 1975).

Para Havinghurst, R (1953), la juventud es una tarea que "surge en cierto periodo, en la vida del individuo, cuya realización exitosa conduce a la felicidad de la persona y al éxito al afrontar tareas posteriores, mientras que no cumplirlas conduce a la infelicidad, así como a la desaprobación social y a la dificultad de realizar tareas subsecuentes" (citado en Egozcue, 1997, p.1).

Los adultos jóvenes entre los 18 y 35 años experimentan un gran potencial para el desarrollo intelectual, emocional y físico. El progreso en estas áreas dependerá de los roles que se asumirán poco a poco a lo largo de su vida (Papalia & Wendkos, 1998; Hoffman, Paris & Hal, 1996).

Desarrollo Físico en la juventud

El adulto joven goza de agilidad, fortaleza y rapidez física, sin embargo el tono muscular que por lo general alcanza su cima entre los 20 y los 30 años empieza a descender después de esta edad. La agudeza visual y auditiva también empieza a menguar a partir de los 20 y la piel comienza a envejecer (Hoffman, Paris & Hal, 1996).

Aunque el estado de salud en general de los jóvenes es bueno, el tipo de dieta que se haga; la cantidad de ejercicio, el fumar e ingerir bebidas alcohólicas, tendrán un efecto directo en su salud, siendo un reflejo del estilo de vida y las elecciones tomadas (Papalia & Wendkos 1998).

Desarrollo intelectual en la juventud

Cuando se sobrepasa el periodo de adolescencia, la manera de pensar de las personas es diferente, por ese motivo los investigadores han considerado medios alternativos par observar la inteligencia en los adultos. Para algunos la capacidad de planeación, la toma de decisiones y su corrección es una buena forma de valorarla, para otros la rapidez de respuesta ante un problema es un buen parámetro de determinación.

Algunos más deciden confiar en las habilidades académicas y logros educativos. Esto nos lleva a dividir en dos enfoques la manera de considerar a un adulto inteligente o no. El enfoque psicométrico, el cual sigue los cambios a lo largo de la vida midiendo el rendimiento de los adultos (CI), con pruebas estandarizadas. Por otro lado, la inteligencia puede ser medida a través de la habilidad que tengan las personas para resolver las exigencias de las tareas de sus vidas cotidianas (inteligencia práctica). Es esta manera de apreciar la inteligencia la que más se aproxima a un modelo más atinado de evaluación en adultos (Hoffman *et al.*, 1996).

Es evidente que en la etapa de la juventud y posteriormente del adulto el desarrollo cognitivo es más lento y con menor grado de predicción que en etapas anteriores. K Warner Schaie (1977-1978), afirma que el desarrollo intelectual está en relación directa con el reconocimiento que las personas hacen de lo que les parece importante y significativo en sus vidas. La presenta en cinco etapas:

1. *Etapa adquisitiva (infancia y adolescencia)*: la información y habilidades se aprenden para provecho de uno mismo, sin importar el contexto.
2. *Etapa de logros (últimos años de la adolescencia o principios de los 20's hasta entrar en los 30 años)*: la adquisición de conocimientos es para beneficio propio, así como para utilizarlo en la obtención y logro de independencia y objetivos establecidos.
3. *Etapa responsable (desde el final de los 30 años hasta comienzo de los 60)* existe un compromiso con metas a largo plazo y problemas reales.
4. *Etapa ejecutiva (desde los 30 a los 40 años hasta la edad adulta intermedia)* las personas se dedican a ejercer responsabilidades sociales, antes que el núcleo familiar.
5. *Etapa de reintegración (edad adulta tardía)*: en esta etapa los adultos ancianos tienen en cuenta los propósitos de lo que hacen y se preocupan menos por tareas que no tiene ningún significado para ellos (Papalia & Wendkos, 1998).

El tipo de pensamiento que Piaget consideró más importante y culminante en el desarrollo cognoscitivo es el de tipo formal, sin embargo el adulto posee un pensamiento flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras más allá de la lógica abstracta. Según Gisela Lobouvie-Vief (1989) la rigidez y la incapacidad de hacer frente al cambio y la novedad es provocado por este tipo de pensamiento, ella propone que durante la mediana edad y debido a las exigencias del entorno, el adulto integra el pensamiento objetivo y analítico con el subjetivo y simbólico, a este tipo de pensamiento lo nombra *pensamiento postformal* (Hoffman *et al.*, 1996).

También la forma de abordar el estudio del pensamiento adulto puede ser en términos de las clases de pensamiento que se tornan más importantes y complejas en la vida. Para Robert Sternberg existen tres elementos que resultan particularmente útiles en situaciones específicas:

1. *Elemento componente (con qué eficiencia analizan y procesan las personas la información)* este elemento es el aspecto central de la inteligencia es útil en la toma de decisiones, resolución y evaluación de los

- problemas.
2. *Elemento de experiencia (como se aproximan las personas a las tareas que les son familiares y a las nuevas)* es la perspicacia de la inteligencia, involucra la habilidad de comparación e integración de información para realizar nuevas propuestas.
 3. *Elemento contextual (como se relaciona las personas con su entorno)*, es el aspecto práctico del mundo real de la inteligencia. Es la habilidad de evaluar alguna situación, enfrentarla, cambiarla o encontrar una nueva y más cómoda (Papalia & Wendkos, 1998).

Desarrollo social y de la personalidad

Para Papalia & Wendkos (1998), existen dos modelos que explican el desarrollo de la personalidad en la edad adulta temprana, el modelo de *crisis normativa* el cual describe el desarrollo en términos de una secuencia definida de cambios sociales y emocionales relacionados con la edad y el modelo de *los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos* el cual explica que los eventos de la vida son los que determinan el desarrollo.

Dentro del primer modelo, Erikson (1963) en su teoría psicosocial ubica a los jóvenes entre los 20 y 40 años en la etapa denominada *Intimidad vs. Aislamiento*, en la cual el joven llega de la adolescencia con un sentido de identidad desarrollado y lo utilizará para resolver las exigencias a nivel ético, íntimo, de competencia e independencia. El establecimiento de una relación íntima representa la unión de dos identidades pero sin perder las cualidades individuales. Por otro lado si hay aislamiento en el joven significa el fracaso para alcanzar esta unión e indica una identidad débil.

Carol Gilligan (1982), cree que las tareas del desarrollo son distintas para hombres y mujeres, esto debido a las formas de socialización practicadas por ambos durante su vida, siendo las mujeres más aptas para conseguir la intimidad sin que afecte su identidad desarrollada en la adolescencia. Sin embargo los hombres sentirán amenazada su identidad puesto que el contexto en el cual se desarrollaron no se enfatiza en las relaciones (citado en Hoffman, Paris & Hal, 1996).

George Vaillant, sugirió modificaciones en la teoría de Erikson estableciendo una etapa intermedia entre la sexta y séptima etapa de este autor, denominándola "consolidación de la carrera". Para Vaillant la *edad de establecimiento (20 a 30 años)*, es la transición de dominio de los padres a la autonomía, se da la búsqueda de la pareja, la crianza de los hijos, el desarrollo y la profundización de las amistades. En la *edad de la consolidación (25 a 35 años)* hacer lo que se debe hacer es el objetivo, la consolidación de una carrera y el fortalecimiento del matrimonio es lo primordial. En la *edad de la transición (alrededor de los 40 años)* se abandona el aprendizaje compulsivo ocupacional y comienza la exploración del mundo interior (Papalia & Wendkos, 1998).

Para Daniel Levinson (1986), aun dentro del modelo de la crisis normativa, la estructura de la vida, es el patrón que subyace o diseña la vida de una persona en determinado momento. La estructura vital esta compuesta de las relaciones que se establezcan con el mundo exterior, a determinado tiempo estas estructuras comienzan a fracturarse debido a inquietudes propias de la edad, en ese momento se crearan nuevas estructuras acordes a las necesidades del momento, hasta que sean insuficientes y se comience nuevamente el proceso. Identifica tres etapas dentro del ciclo de vida del hombre y cada una dura aproximadamente de 20 a 25 años .

Los periodos observados por Levinson (1977), en la edad adulta temprana se resumen en:

- *Etapa de aprendizaje en la edad adulta temprana (17 a 33 años)* en esta etapa se comienza con la construcción de una estructura provisional de vida y el aprendizaje de sus limitaciones. Esta etapa se subdivide en tres periodos:
 - Transición a la edad adulta temprana (17 a 22 años): Conseguir la independencia abandonando el hogar paterno.
 - Ingreso a la estructura de vida de la edad adulta temprana (22 a 28 años): se establece una estructura de vida provisional, se elige una ocupación, una pareja, se establece el matrimonio, un hogar y familia. Se forjan sueños. Se forma parte de asociaciones cívicas y sociales. Se busca un consejero que ayude a conseguir las metas que se han fijado.
 - Transición de los 30 años (28 a 33 años): se revalúan los patrones laborales y familiares. Se establecen las bases para la próxima estructura de vida.
- *Fase culminante de la edad adulta temprana (33 a 45 años)* en esta etapa se culminan los esfuerzos de la edad adulta temprana, se compone de dos subfases más:
 - Estructura de vida culminante para la edad adulta temprana (33 a 40 años): a) Se formalizan sus compromisos familiares, laborales y sus objetivos comienzan a realizarse. b) Se convierte en dueño de si mismo y hay una búsqueda de total independencia y respeto.
 - Transición de la edad madura (40 a 45 años): es el comienzo de la edad adulta intermedia (citado en Papalia & Wendkos, 1998, p. 473; Egozcue, 1997).

El modelo de momentos adecuados permite una mayor variación individual, la forma de responder a sucesos de la vida y épocas determinadas es específica según cada persona. Si el suceso ocurre como se espera el desarrollo transcurre normalmente, de lo contrario producirá estrés y afectará el desarrollo. Este modelo es apoyado por el gerontólogo Bernice Neugarten y solo se preocupa por la edad cuando se refiere a normas culturales relacionadas con los eventos previstos (Papalia & Wendkos, 1998)

Para Danish y D'Augelli (1980, p 111), en la edad adulta el desarrollo de las personas "depende más de los acontecimientos sociales que de los biológicos" (citado en Papalia & Wendkos, 1998, p. 479).

Los eventos de la vida pueden ser de dos clases :

1. *eventos normativos de la vida*: los que las personas esperan, como el matrimonio y la paternidad.
2. *eventos no normativos de la vida*: los que las personas no esperan, como algún accidente, la muerte inesperada de alguien, un ascenso inesperado.

Según Neugarten y Neugarten (1987, p. 33) "los eventos que alteran la secuencia y el ritmo del ciclo de la vida son los que causan problemas" (citado en Papalia & Wendkos, 1998).

La forma como una persona reacciona ante los eventos depende de factores externos e internos (Brim y Riff 1980; Danish y D'Augelli, 1980; Danish, Smmyer y Nowak, 1980). Como la capacidad de comprensión, el nivel de salud física de la persona, el apoyo social con el que se cuente, las características de personalidad del individuo y su historia de vida (citados en Papalia & Wendkos, 1998).

En resumen, durante la juventud o edad adulta temprana, el individuo lucha por obtener su independencia, sobretodo familiar, y comenzar una vida propia. Las elección sobre su ocupación se establecerá y será influida directamente por sus rasgos de personalidad, por las expectativas familiares, el grado de acceso a la educación, el nivel socioeconómico y las presiones sociales a las que este expuesto.

La elección de matrimonio y la formación de una familia son otros aspectos que se deciden la mayoría de las veces, aunque cada vez menos en la juventud. Una opción alterna es la soltería y esta permite que el joven se enfoque con mayor interés en el desarrollo de su carrera y necesidades personales (Starr & Goldstein, 1975).

CAPITULO CUARTO

ANSIEDAD

*"Cuando confíes
en ti mismo
sabrás vivir"*

Johann Wolfgang von Goethe.

La raíz de la palabra *ansiedad* se ubica en el latín "anxietas", que denota una experiencia de diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor. Su uso en latín incluía una sugerencia de estrangulación (Howard, 1960).

El término de ansiedad fue introducido al campo de la psicología cuando Freud en 1894 describió la neurosis de ansiedad. May en 1950, remarcó el echo que este término fue utilizado en publicaciones solamente por psicoanalistas hasta antes de los años treinta(p 197).

Según Rachman (1998, p. 7), el término ansiedad (anxiety) es derivado de la raíz griega *angh*, que significa tensión o contracción. Palabras como angustia (anghish) y enojo (anger) provienen de la misma raíz.

DIFERENCIAS ENTRE ANGUSTIA, ESTRÉS, MIEDO Y ANSIEDAD.

Existen diferentes clasificaciones de estados emocionales que podrían confundirse con la variable de ansiedad que se va a trabajar en esta investigación. Por ese motivo se mencionaran las diferencias principales entre ellos.

Ajuriaguerra (1973), considera que la separación de la ansiedad y la angustia radica en el valor que se les otorgan a estas manifestaciones, siendo para la primera uno existencial y para la segunda uno neurofisiológico

Las diferencias existentes entre la angustia y la ansiedad son:

Diferencias entre la Angustia y Ansiedad.

ANGUSTIA	ANSIEDAD
Más visceral	Más psíquica
Más constrictiva	Más libre
Opresión precordial o epigástrica	Sensación de falta de aire
Sobrecogimiento	Sobresalto

Fuente: Ayuso 1988, p 15.

Uriarte (1992) considera que, el estrés es una variedad de estímulos físicos y mentales llamados estresores que desencadenan una respuesta en el organismo llamada síndrome general de adaptación siendo la forma en que se responde ante la amenaza externa o interna en términos de lucha o huida, rompiendo con ello la homeostasis de los organismos.

De acuerdo con el DSM-IV (1995) el estrés se diferencia básicamente de la ansiedad, por que en el periodo que se presenta es provocado por alguna experiencia traumática y en cambio la ansiedad es un estado constante de miedo y preocupación a cualquier situación o cosa.

Para Rachman (1998, pp. 2-5), "la ansiedad es una anticipación tensa de un evento amenazante pero vago; un sentimiento de suspenso inquietante. El miedo es una combinación de tensión y anticipación desagradable, pero las diferencias existentes entre ambos son alrededor de sus causas, duración y mantenimiento. El término de miedo es utilizado para describir una reacción emocional ante la percepción de un peligro específico". El autor identifica similitudes y diferencias entre estos en las siguientes tablas:

Similitudes entre el Miedo y Ansiedad

Anticipación de peligro o inquietud
Aprehensión
Nivel de atención elevada
Inquietud
Se experimentan sensaciones físicas
Es orientada hacia el futuro
Afecto negativo

Fuente: Rachman, p. 5.

Diferencias entre Miedo y Ansiedad

MIEDO	ANSIEDAD
La amenaza se enfoca a algo específico	El origen de la amenaza es evasiva
Conexión comprensible entre el miedo y la amenaza	Conexión incierta entre la amenaza y la ansiedad
Episódico	Prolongada
Tensión localizada	Inquietud penetrante
Amenaza identificable	Puede ser sin objeto
Disminuye cuando se quita la amenaza	Persistente
Curso identificable	Sin un curso detectable
Área de la amenaza limitada	Sin límites claros
Amenaza inminente	Raramente la amenaza es inminente
Condición de emergencia	Estados de atención elevados
Sensaciones físicas de emergencia	Sensaciones físicas de atención
Racional	Confusa

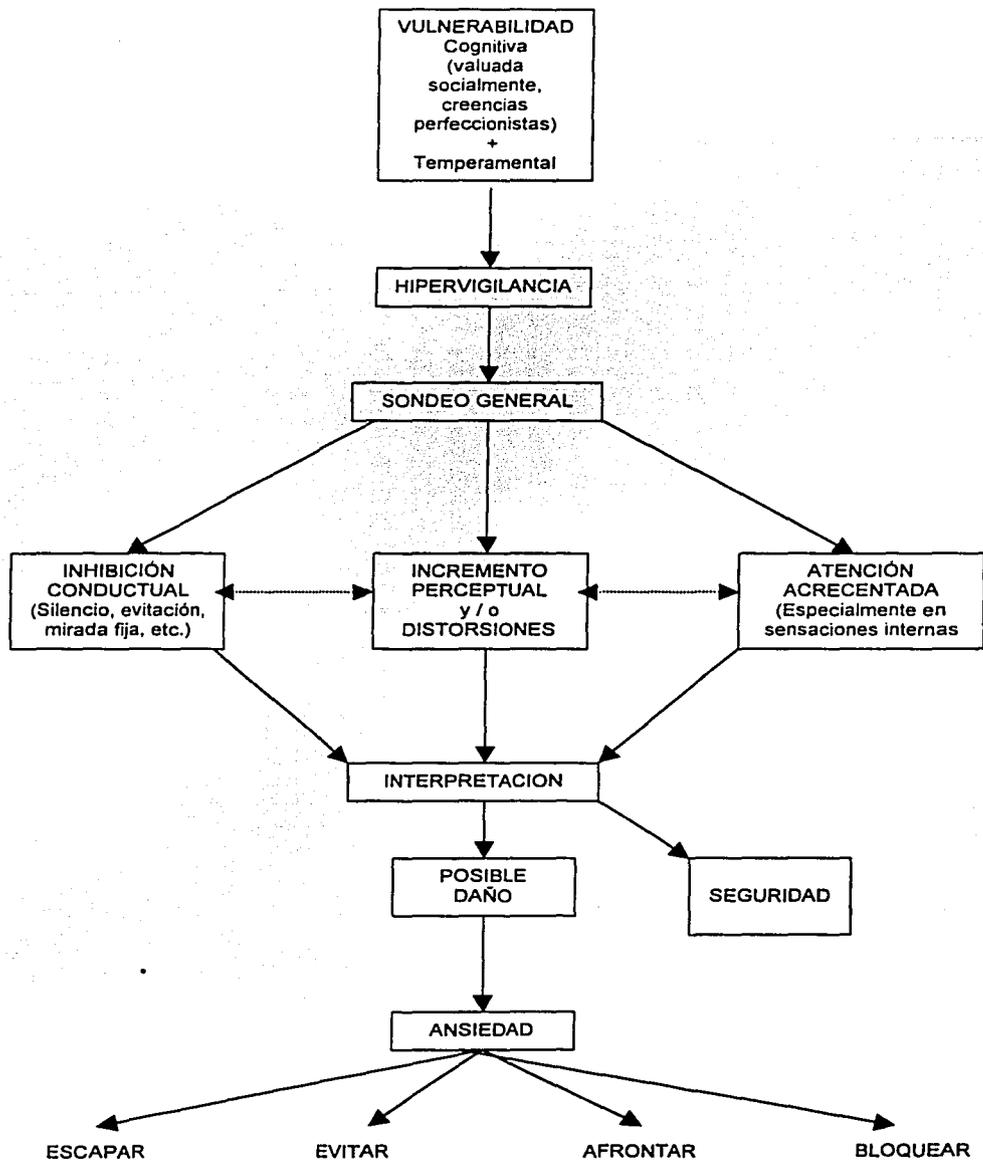
Fuente: Rachman, p. 5.

MODELO DE ANSIEDAD

Existen muchos componentes que se involucran en una sensación de ansiedad, es sabido que es un evento que se puede presentar o no, dependiendo de la propensión que las personas tengan al experimentar o sumergirse en una situación potencialmente intimidante. El proceso que experimenta el individuo, según Rachman (1998), desde el momento de la percepción de un evento amenazante, se puede apreciar cuando su nivel de atención se eleva con rapidez y comienza un sondeo general, el cual se enfocará intensamente en la amenaza si es detectada. La atención de la persona se enfocará estrecha e intensamente en la situación de amenaza, con una sensibilidad y distorsión perceptual acrecentada.

Los objetos o situaciones amenazantes son claros, engañosos y prolongados. La localización de los detonantes y la inhibición de las conductas en proceso se pueden apreciar en forma de quietud y claridad mental. Posteriormente la información percibida, sea producto interno o externo, es interpretada como peligrosa o segura. De acuerdo con

Beck & Emery (1985, p. 56) "Cuando una amenaza es percibida los esquemas cognitivos son activados, y se utilizaran para evaluar y asignar un significado a dicho evento". Si es seguro, la persona puede reanudar su actividad, pero si hay un peligro de daño, la ansiedad surge y puede ser continuada por actitudes de escape, evitación, enfrentamiento o bloqueo (citados en Rachman, 1998).



Fuente: Rachman, 1998, p 28.

TEORIAS DE LA ANSIEDAD

ANSIEDAD COMO PRODUCTO DEL APRENDIZAJE

La idea de que la ansiedad y el miedo son producto de un aprendizaje a través de condicionamiento, fue desarrollada y revisada por Watson y Rayner (1920) y por Jones (1924) y transformada en una teoría por Mowrer (1939) en su escrito "A Stimulus-Response Theory of Anxiety". En, 1958 Wolpe sometió algunas de estas ideas a un análisis experimental y las aplicó a situaciones clínicas, también Eysenck (1957) incorporó parte de estas ideas en su teoría de la personalidad.

La esencia de esta teoría considera que los miedos son adquiridos por condicionamiento u otro proceso de aprendizaje, generando como respuesta a estos, conductas de escape y evitación. La conducta de miedo persiste ya que, por menor que sea el escape o la evitación, a estas siempre seguirá una disminución del miedo o de la ansiedad, provocando un autoreforzo (Rachman, 1998).

Para Eysenck, interesado en la neurosis y los factores de la personalidad que predisponen a la gente para desarrollar este tipo de desordenes, las personas con una personalidad introvertida, tiene un alto riesgo de adquirir respuestas condicionadas de ansiedad, mientras que las personas con una personalidad extrovertida, en el otro extremo, desarrollaran desórdenes de la conducta, problemas de la personalidad o histeria (citado en Rachman, 1998, p. 58).

Gray (1971, 1982, 1987), desarrollo una teoría basada en gran parte en los componentes de la teoría de Eysenck, analizando las predisposiciones biológicas de la personalidad hacia la ansiedad y el condicionamiento. Esta teoría es fundamentalmente psicofisiológica y es sustentada en información de naturaleza psicofarmacológica e innumerables investigaciones sobre aprendizaje en animales (Rachman, 1998).

ANÁLISIS COGNITIVO DE LA ANSIEDAD

En este enfoque las aportaciones de Beck (1985) son fundamentales: supone que un evento o eventos, precipitantes, evocan o engrandecen una idea de miedo subyacente. Estos eventos pueden encontrarse con debilidades específicas del paciente, y provocar ideas que se asocien con peligro. Posteriormente, el paciente se encontrará en un estado de hipervigilancia, examinará características peligrosas de estímulos internos y externos. Cuando nuevas situaciones posiblemente desagradables sean encaradas o experimentadas, serán procesadas como peligrosas, es así como el paciente va aumentando la posibilidad y la intensidad de desagrado en su cognición de la situación (citado en Rachman, 1998, p. 62).

ENFOQUE PSICOANALITICO

Hasta finales del siglo XIX, la ansiedad extrema se atribuía, de forma errónea y rutinaria, a trastornos respiratorios o cardíacos. Sigmund Freud (1948, 1950) identificó la neurosis de angustia como un diagnóstico diferenciado. Freud creía que la angustia tiene su origen en las pulsiones sexuales o agresivas de una persona que resultan inaceptables a la misma. La angustia actúa entonces como acción defensiva para

reprimir o reconducir tales pulsiones. Cuando los mecanismos de defensa inconscientes son insatisfactorios, aparece una reacción de angustia neurótica.

Los síntomas de la neurosis de angustia, descrita por el psicoanálisis, son similares al complejo sintomático que se denomina, genéricamente, ansiedad. Pero cuando los psicólogos y los médicos hablan de la ansiedad en general, no suelen implicar los mecanismos pulsionales internos que Freud describió como neurosis de angustia (Encarta, 1999).

Freud, reconoció dos tipos de ansiedad, la "ansiedad objetiva" y la "ansiedad neurótica". El significado que le dio a la primera se refiere a las reacciones de miedo que surgen por la percepción externa de un peligro o por la espera de una lesión. Sugirió que este tipo de ansiedad es racional y conveniente en ciertas circunstancias, sin embargo hay muchas ocasiones en las cuales es inapropiada o excesiva y se convierte en ansiedad neurótica. Las características principales de la ansiedad neurótica de acuerdo con Freud (1949, p.332) "son un temor generalizado, o una ansiedad libre-flotante" (citado en Rachman, 1998).

EXPLICACIONES BIOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD.

Papez, fue el que sistematizó por vez primera un circuito cerebral involucrado directamente en el control de las emociones, que incluía estructuras prosencefálicas de localización límbica: hipotálamo, giro del cíngulo, formación hipocampo y regiones de proyección singular. Actualmente es conocido como el "circuito de Papez", además se ha descubierto que estructuras como la amígdala y el área septal, también están involucradas en el control de las emociones (Morales, Torres y Megías, 1992).

Para Gray (1982), el sistema septohipocampal (el área septal y la formación del hipocampo) se relaciona principalmente con el control de las respuestas de un organismo tradicionalmente asociadas a la ansiedad. Este sistema, y en especial la región subicular, tendría la función de comparar entre la realidad externa y las expectativas del organismo. Cuando se produjese un desajuste entre ambas ("mismatch") y una vez detectado en el subiculum, el sistema septohipocampal tomará el control de la conducta, generando principalmente, inhibición del comportamiento e incremento en los niveles de activación y atención (Morales, Torres y Megías, 1992).

La amígdala parece tener una relación estrecha en el control de la expresión emocional, debido principalmente a sus conexiones eferentes, al modular respuestas de naturaleza endocrina, somatomotora y autonómica de carácter emocional (Sarter y Markowitch, 1985; Brodal, 1981, citados en Morales, Torres y Megías, 1992).

Al parecer la amígdala esta más relacionada con reacciones a situaciones de miedo/frustración, de naturaleza condicionada o incondicionada, y de importancia en una circunstancia de ansiedad. A través del sistema amigdalino se modularán las respuestas periféricas que caracterizan los estados de naturaleza aversiva en general, y ansiosos en particular. Los sistemas monoaminérgicos se originan fundamentalmente, en agrupaciones nucleares de localización troncocefálica, innervando amplias zonas del SNC, sustancias químicas como la serotonina (5-HT) y norepinefrina (NE), han recibido especial atención en el estudio de la ansiedad (Iversen, 1985, citado en Morales, Torres y Megías, 1992).

Estas sustancias a través de sus sistemas ascendentes de proyección prosencefálica modulan dos aspectos en una situación de ansiedad. El sistema serotoninérgico analiza el carácter apetitivo/aversivo de la estimulación aferente, generando la inhibición del comportamiento; el sistema noradrenérgico actúa a modo de alarma ante estímulos aversivos o amenazantes, generando un estado de alerta mediante un incremento en el nivel de atención (arousal) y una activación del sistema simpático (Morales, Torres y Megías, 1992).

La región hipotalámica posterior, principalmente los cuerpos mamilares y el núcleo posterior del hipotálamo, han sido relacionados con el control de las respuestas de ansiedad. Diversos experimentos han implicado al sistema gababérgico (GABA), como controlador de respuestas periféricas asociadas a estados de activación: incremento en la tasa cardíaca, respiratoria y presión sanguínea (Morales, Torres y Megías, 1992).

CLASIFICACION

"La ansiedad es un sentimiento subjetivo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro no aclarado u objetivo, miedo ante la "nada" en contraposición ante un peligro o amenaza real" (De la Gándara y Fuertes, 1999, p.12).

Para Rees (1973), existen tres tipos de ansiedad: *la ansiedad normal*, la cual considera como un fenómeno normal en su grado moderado, estimulante para los esfuerzos que requieren agudeza y para el mantenimiento elevado de un ritmo de trabajo y conducta. *La ansiedad patológica*, es la que afecta directamente al bienestar y eficacia de una persona, por su alta frecuencia y duración. *La ansiedad situacional*, es del tipo que se experimenta en determinados momentos (aquí y ahora). El carácter ansioso refleja una tendencia habitual a la ansiedad ante una serie de estímulos y situaciones (citado en Cañizales, 1994, pp. 22-23).

Los desencadenantes de la ansiedad pueden ser exógenos y endógenos. La ansiedad reactiva o exógena es motivada por un suceso comprensible, puede ser normal y servir para enfrentarse a una amenaza; puede ser anormal y dificultar la adaptación. La ansiedad endógena, aparentemente no tiene una causa, surge sin razón, es una manifestación del carácter de la persona, de forma excesiva, es poco o nada adaptativa (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Según el DSM-IV (1995), los trastornos de ansiedad abarcan:

- *Trastornos de Angustia con y sin agorafobia*: se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado permanente de preocupación al paciente y la presencia o ausencia de agorafobia.
- *Agorafobia sin historia de Trastornos de angustia*: es la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia pero sin crisis de angustia.
- *Fobia específica*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como la respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

- *Fobia social*: se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.
- *Trastornos obsesivo-compulsivo*: se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
- *Trastornos por estrés post-traumático*: se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación (arousal) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
- *Trastornos por estrés agudo*: se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- *Trastornos por ansiedad generalizada*: se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.
- *Trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- *Trastornos de ansiedad inducido por sustancias*: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
- *Trastornos de ansiedad no especificado*: acoge a los trastornos que se caracterizan por ansiedad o evitación fóbica prominente, que no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados.

La *crisis de angustia* (pánico attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante esta crisis también aparecen síntomas como la falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a <<volverse loco>> o perder el control.

La *agorafobia* se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia" (pp. 401-402).

ANSIEDAD GENERALIZADA

El *Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG)* se trata de una forma de expresión pura, libre, flotante y continua, en la cual el sujeto está sometido de forma permanente y excesiva. Los síntomas que suelen presentarse en este padecimiento se pueden agrupar en:

- *Síntomas de tensión motora*: Temblor, sacudidas, tensión, dolor muscular, inquietud o fatigabilidad.
- *Síntomas de hiperactividad vegetativa*: Falta de aliento, ahogo, palpitaciones, sudoración, boca seca, escalofríos, diarrea, anorexia, taquicardia, manos húmedas, mareo, sofocaciones, sensación de inestabilidad, micción frecuente o sensación de nudo en la garganta.

- *Síntomas de hipervigilancia*: irritabilidad, sentirse atrapado o al borde de un peligro inminente, mostrar respuestas de alarma, dificultades para dormir, problemas para la concentración, alteraciones en las relaciones, estar con la <<mente en blanco>>, etc (De la Gándara y Fuertes, 1999).

Como podemos observar los síntomas físicos y psicológicos del TAG están presentes en muchos otros desórdenes, hasta el punto de cuestionar su particularidad. Sin embargo, el TAG persiste aun si los demás desordenes ansiosos son reducidos (Rachman, 1998).

Los criterios que utiliza el DSM-IV para el diagnóstico de la ansiedad generalizada, son los siguientes:

- La preocupación y ansiedad se presenta sobre acontecimientos cotidianos y diversos, son excesivos y se prolongan por más de 6 meses.
- Es difícil para el sujeto el control excesivo de esta preocupación
- De la siguiente lista se deben asociar la preocupación y la ansiedad por lo menos con tres síntomas que hallan durado más de seis meses:
 - Inquietud o impaciencia
 - Facilidad para fatigarse
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - Irritabilidad
 - Músculos tensos
 - Sueño alterado, ya sea no conciliarlo, dificultad para mantenerlo, o despertarse sintiendo que el sueño no fue bueno
- La ansiedad y la preocupación no sólo se centran en síntomas que pertenecen a otros trastornos, como son el temor a sufrir una crisis de angustia (Trastorno de angustia), el miedo a contraer una enfermedad (Trastorno obsesivo-compulsivo), a engordar (anorexia nervosa), el miedo a quedar mal frente al público (fobia social), miedo a tener múltiples síntomas físicos (Trastorno de somatización), no aparecen exclusivamente en un periodo de estrés post-traumático
- Para los sujetos que padezcan este tipo de Trastorno es difícil el reconocimiento que tienen de una preocupación excesiva por las cosas, pero manifiestan una impotencia evidente en el control de estas, suscitando un malestar subjetivo o daño social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.
- Este tipo de Trastorno no es debido a la presencia de sustancias externas, ni a una enfermedad general, tampoco es derivada de algún otro trastorno del estado de ánimo, psicótico o del desarrollo (1995, pp. 447-448).

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más comunes. Su prevalencia se estima entre el 2 y 3.6% y la prevalencia a lo largo de la vida esta entre el 4.1 y 6.6% de la población en general. Estos índices han sido más altos en mujeres y en personas menores de 30 años de edad (Blazer, Hughes & George, 1991). En los centros médicos para los trastornos de ansiedad aproximadamente el 12% de los pacientes presenta un trastorno de este tipo.

Aunque más de la mitad de las personas que acuden a consulta por este desorden manifiestan que la época de su inicio fue en la segunda infancia o en la adolescencia, no es raro que el trastorno comience a partir de los 20 años de edad (APA, 1995, p. 446).

Según el informe de la OMS (2001) los desórdenes mentales y de conducta son comunes en muchos pacientes atendidos en instituciones de salud de atención primaria. Estudios epidemiológicos en estas instituciones han identificado este tipo de trastornos por medio de instrumentos o diagnósticos clínicos elaborados por profesionales de atención primaria o psiquiatras.

Un estudio transcultural dirigido por esta organización en 14 lugares (Üstün & Sartorius 1995; Goldberg & Lecrubier 1995), utilizando tres diferentes métodos de diagnóstico, un autoreporte, una entrevista estructurada y diagnóstico clínico, encontró que la prevalencia de los desórdenes mentales a través de los sitios varía considerablemente, pero los resultados obtenidos claramente demuestran que aproximadamente el 24% de los pacientes en estas condiciones tiene un desorden mental (ver Tabla).

Los diagnósticos más comunes en instituciones de atención primaria son la depresión, ansiedad y el abuso de sustancias. Estos desórdenes se pueden presentar aislados o a la par con algún trastorno físico. No hay diferencias consistentes en la prevalencia de estos trastornos entre un país en vías de desarrollo y uno desarrollado.

Prevalencia de trastornos psiquiátricos mayores en instituciones de atención primaria.

Ciudades	Depresión Común	Ansiedad Generalizada	Dependencia al Alcohol	Otros desórdenes (de acuerdo al CIDI*)
	(%)	(%)	(%)	(%)
Ankara, Turkey	11.6	0.9	1.0	16.4
Athens, Greece	6.4	14.9	1.0	19.2
Bangalore, India	9.1	8.5	1.4	22.4
Berlin, Germany	6.1	9.0	5.3	18.3
Groningen, Netherlands	15.9	6.4	3.4	23.9
Ibadan, Nigeria	4.2	2.9	0.4	9.5
Mainz, Germany	11.2	7.9	7.2	23.6
Manchester, UK	16.9	7.1	2.2	24.8
Nagasaki, Japan	2.6	5.0	3.7	9.4
Paris, France	13.7	11.9	4.3	26.3
Rio de Janeiro, Brazil	15.8	22.6	4.1	35.5
Santiago, Chile	29.5	18.7	2.5	52.5
Seattle, USA	6.3	2.1	1.5	11.9
Shanghai, China	4.0	1.9	1.1	7.3
Verona, Italy	4.7	3.7	0.5	9.8
Total	10.4	7.9	2.7	24.0

* CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

Fuente: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. En: Üstün TB, Sartorius N, eds. Mental illness in general health care: an international study. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.

En el Estudio Nacional de Australia sobre Salud Mental y Bienestar que consistió en una encuesta domiciliaria de ámbito nacional realizada entre personas adultas en 1997. Se entrevistaron a 10 641 adultos. Los episodios de ansiedad generalizada y depresión fueron los trastornos mentales más comunes detectados mediante la Composite International Diagnostic Interview. Se analizaron esos dos trastornos,

considerando la prevalencia sobre 12 meses y sobre un mes, el grado de discapacidad según la escala de salud mental SF-12 y los días de discapacidad durante el mes precedente, la utilización de servicios de salud, el tratamiento recibido por las personas tratadas y las necesidades de tratamiento percibidas por las no tratadas, con objeto de desentrañar las razones de la persistencia de la carga de estas enfermedades. Todos los datos procedían de las entrevistas realizadas, y reflejaban por tanto lo que los propios sujetos manifestaron. La prevalencia ponderada sobre 12 meses del trastorno de ansiedad generalizada fue del 3,0%, y la de la depresión, del 6,7%. Las prevalencias sobre un mes fueron un tercio y un 50% más bajas, respectivamente, lo que sugiere que la ansiedad generalizada era una dolencia con menos probabilidades de remisión. Estas dos dolencias comunes son más frecuentes en las mujeres, tienen carácter crónico, trastocan las perspectivas vitales y son a menudo discapacitantes (Andrews, Sanderson, Slade, & Issakidis, 2000).

Gross y Eifert (1990) investigaron acerca de los mecanismos que intervenían en el mantenimiento de la ansiedad generalizada crónica. Aplicando una serie de instrumentos (Self-Consciousness Scale, Sensitivity Anxiety Scale, Generalized Anxiety Questionnaire Anxiety Processes Form) a 162 estudiantes, para estudiar el efecto que tiene la "autoconciencia", la sensibilidad a la ansiedad, los errores de afrontamiento y la preocupación versus pensamientos intrusivos. Los hallazgos fueron que al parecer son los pensamientos intrusivos los que mantienen la ansiedad generalizada y se diferencian claramente de la preocupación. Según estos datos preocuparse por sucesos menores es característico de la ansiedad generalizada. Concluyeron que la intromisión de pensamientos desagradables es importante en el mantenimiento de trastornos de pánico, al igual que en la ansiedad generalizada.

CAPITULO QUINTO

PROBLEMA GENERAL, HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN Y METODO

DEFINICION DEL PROBLEMA

Problema General:

¿Las variables ansiedad y sexo se relacionan con Conducta alimentaria de riesgo?

Problemas Específicos:

1. ¿La variable ansiedad se relaciona con: conducta alimentaria compulsiva?
2. ¿La variable ansiedad se relaciona con: preocupación por el peso y la comida?
3. ¿La variable ansiedad se relaciona con: conducta alimentaria normal?
4. ¿La variable ansiedad se relaciona con: dieta crónica y restrictiva?
5. ¿La variable sexo (hombre-mujer) se relaciona diferencialmente con: conducta alimentaria compulsiva?
6. ¿La variable sexo (hombre-mujer) se relaciona diferencialmente con: preocupación por el peso y la comida?
7. ¿La variable sexo (hombre-mujer) se relaciona diferencialmente con: conducta alimentaria normal?
8. ¿La variable sexo (hombre-mujer) se relaciona diferencialmente con: dieta crónica y restrictiva?
9. ¿Habrá diferencias en la relación de las variables ansiedad-hombre en comparación con la relación de variables ansiedad-mujer?

HIPOTESIS DE TRABAJO

1. Los niveles de conducta alimentaria compulsiva son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja.
2. Los niveles de conducta alimentaria compulsiva son distintos entre hombres y mujeres.
3. Los niveles de preocupación por el peso y la comida son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja.
4. Los niveles de preocupación por el peso y la comida son distintos entre hombres y mujeres.
5. Los niveles de conducta alimentaria normal son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja.
6. Los niveles de conducta alimentaria normal son distintos entre hombres y mujeres.
7. Los niveles de dieta crónica y restrictiva son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja.
8. Los niveles de dieta crónica y restrictiva son distintos entre hombres y mujeres.
9. Se encontrarán diferencias entre la relación de las variables ansiedad-hombre en comparación con la relación de las variables ansiedad-mujer.

DEFINICION DE VARIABLES

Variables Independientes:

- Sexo: Masculino y Femenino
- Ansiedad

Definición Conceptual de las Variables Independientes:

El sexo es la condición orgánica que distingue al hombre y a la mujer.

La Ansiedad "es una anticipación tensa de un evento amenazante pero vago; un sentimiento de suspenso inquietante" (Rachman, 1998, pp. 2).

Definición Operacional de las Variables Independientes

Sexo: Los sujetos se clasificarán en esta variable de acuerdo con su respuesta al reactivo que pregunta por el sexo del encuestado.

Ansiedad: Esta variable será estudiada por medio de las respuestas que los sujetos den a los ítems relacionados con el cuestionario de Ansiedad de Beck en su versión estandarizada en México (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Variable Dependiente:

- Conducta Alimentaria de Riesgo

Definición Conceptual de Variable Dependiente:

Las conductas alimentarias de riesgo se definen como los patrones distorsionados de consumo de alimento, entre las que incluyen: atracones o episodios de ingesta voraz y compulsiva, seguimiento de dietas crónicas y restrictivas, masticar y escupir comida, vómito autoinducido y saltarse comidas, preocupación por el peso y la comida. (Gómez-Pérez-Mitre y Avila, 1998).

Definición Operacional de la Variable Dependiente:

Serán los puntajes obtenidos en la aplicación de la Escala de Factores asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) para adolescentes en ambas versiones, para mujeres y hombres. (Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998) Los factores son:

- ❖ **Conducta Alimentaria Compulsiva:** compuesta por 14 reactivos para la versión de mujeres y 9 para la versión de hombres:

MUJERES

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva		
E16	Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
E31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
F1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
F2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
F3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
F4	No soy consciente de cuanto como.	.66033
F5	Siento que no puedo parar de comer.	.80983
F6	Como sin medida.	.79753
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
F8	Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
F14	Soy de los que se hartan(se llenan de comida).	.52215
F20	Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
F21	Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
F23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051

HOMBRES

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva		
E31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.41342
F1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.64982
F2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.74363
F3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.70806
F4	No soy consciente de cuanto como.	.66876
F5	Siento que no puedo parar de comer.	.71884
F6	Como sin medida	.72548
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.50121
F20	Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come	.41833

Eigen value = 11.23 Varianza explicada=15% alpha=.8602

- ❖ **Preocupación por el peso y la comida:** compuesta por 9 reactivos para la versión de mujeres y 8 para la versión de hombres:

MUJERES

Factor 2: Preocupación por el Peso y la Comida		
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
E25	Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
F18	Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	.55815
F22	Me deprimio cuando como de mas.	.48531

Eigen value =5.52 Varianza explicada=7.4% alpha=.8242

HOMBRES

Factor 2: Preocupación por el Peso y la Comida		
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.49715
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.62974
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64006
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68759
E24	Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)	.45554
E25	Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.51079
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	.70754
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.51449

Eigen value = 5.23 Varianza explicada=7% alpha=.8076

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ **Conducta alimentaria normal:** compuesta por 7 reactivos en la versión para mujeres y 6 para la versión de hombres:

MUJERES

Factor 3 Conducta Alimentaria Normal		
E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74462
E15	Como lo que es bueno para mi salud.	.73346
E17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.71196
E20	Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	.73420
E21	Como con moderación	.45378
E28	Procuró comer verduras.	.71369
E29	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61685

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

HOMBRES

Factor 3 Conducta Alimentaria Normal		
E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.72204
E15	Como lo que es bueno para mi salud.	.73430
E17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.70004
E20	Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	.70341
E28	Procuró comer verduras.	.69631
E29	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61762

Eigen value = 4.20 Varianza explicada=5.6% alpha=.8121

- ❖ **Dieta crónica y restrictiva:** compuesta por 8 reactivos para la versión de mujeres y 5 reactivos para la versión de hombres:

MUJERES

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva		
E10	Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
F9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.48691
F11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.46423
F12	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
F15	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
F16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
F17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
F19	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

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

HOMBRES

Factor 4: Dieta Crónica y Restricción		
F9	Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.71723
F11	Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.70527
F12	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.54768
F15	me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.61613
F16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.64157

Eigen value =3.42 Varianza explicada = 4.6% alpha=.8052

MUESTRA Y SUJETOS

La muestra fue intencional, no probabilística, formada por adolescentes y jóvenes universitarios de ambos sexos (hombres y mujeres) que asisten a la Universidad Nacional Autónoma de México de tres facultades distintas (Derecho, Psicología e Ingeniería). El tamaño de la muestra tuvo una N=168, de la cual se excluyeron a los sujetos que sobrepasaban el límite de edad (30 años) y los estudiantes que tenían hijos, quedando una N= 160, quedó subdividida como sigue:

Hombres = n1 = 76

Mujeres = n2 = 84

DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio fue de carácter correlacional de campo, con un diseño *ex post-facto* y transversal, y se desarrollo de acuerdo a un diseño factorial de 2 X 2.

ANSIEDAD	SEXO	
	HOMBRES	MUJERES
BAJA	n =30	n = 28
ALTA	n = 18	n =31
TOTAL	N = 107	

INSTRUMENTOS

Se utilizó el Cuestionario sobre Alimentación y Salud elaborado por Gómez Pérez-Mitré (1996, 1997, 1998), en formato para adolescentes, en versiones para Mujeres (XX) y para Hombres (XY) del los cuales se utilizaron las secciones A (mide área sociodemográfica), B (área de salud física), E (mide el área relacionadas con las conductas alimentarias de riesgo), una escala tipo Likert en la sección F (mide la actitud hacia ciertos hábitos de alimentación) y la sección I (Forma de afrontar problemas).

En todos los reactivos el puntaje se asigno de tal manera que la puntuación más alta representó un mayor problema (Anexo 1).

También se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en su versión estandarizada en México (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001) constituido por 21 reactivos de opción múltiple que indagan la sintomatología ansiosa que experimenta el sujeto. Los reactivos se califican en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa "poco o nada", 1 "mas o menos", 2 "moderadamente" y 3 "severamente". del síntoma en cuestión.

El puntaje obtenido varía desde una puntuación mínima de 0 puntos hasta una máxima de 63, dependiendo del valor asignado a cada respuesta, de tal manera que la puntuación más alta representa un nivel más alto de ansiedad. (Anexo 2).

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos se aplicaron colectivamente en los salones de clase a los jóvenes y adolescentes que participaron voluntariamente, fue necesario solicitar permiso y cooperación del profesor asignado en el momento de la aplicación de los cuestionarios para que se llevara a cabo este estudio.

CAPITULO SEXTO

RESULTADOS

El propósito de la presente investigación fue aportar conocimientos acerca de la práctica de conductas alimentarias anómalas (preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restrictiva) y la sintomatología ansiosa en una población normal de estudiantes universitarios, además de la relación existente entre el género, nivel de ansiedad experimentado y las conductas alimentarias de riesgo.

Una vez obtenidos los datos se procedió a la captura y análisis de éstos en el programa estadístico SPSS (versión 5) obteniendo los resultados que a continuación se presentarán.

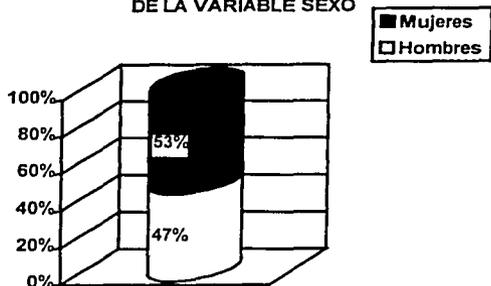
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total de la investigación quedó formada por una N=160 estudiantes de universidad pública, de los cuales 53% fueron mujeres y 47% hombres (Grafica 1). La muestra total se dividió en dos grupos (ansiedad alta y ansiedad baja), tomando como referencia el promedio de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en donde hay cuatro categorías de respuestas, "poco o nada", "mas o menos", "moderadamente" y "severamente"; puntuaciones menores a 1.33 fueron clasificados como ansiedad baja y puntuaciones mayores 1.62 como ansiedad alta (Tabla 1). Las puntuaciones intermedias se desecharon y la muestra con la cual se trabajó fue de una N=107 (54% baja y 46% alta). Este proceso se realizó de esta manera ya que se trabaja con población normal y fue difícil encontrar niveles elevados con sintomatología ansiosa (Gráfica 2).

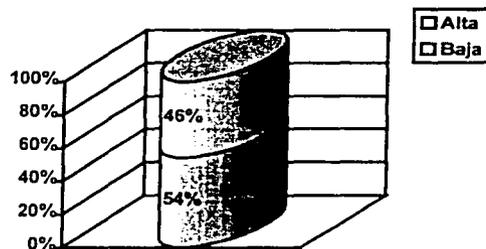
TABLA 1 PORCENTAJES DEL NIVEL DE ANSIEDAD POR SEXO

SEXO	ANSIEDAD	
	Baja	Alta
Mujeres	28%	17%
Hombres	26%	29%

GRAFICA 1 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE SEXO

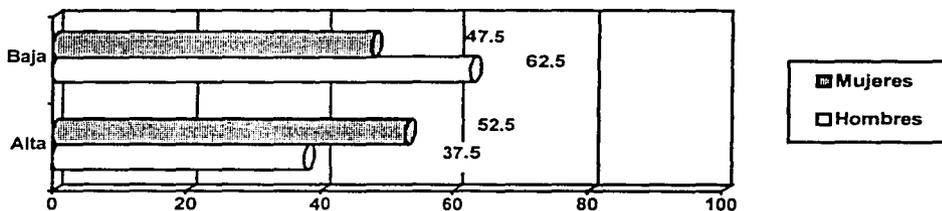


GRAFICA 2 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE ANSIEDAD



La siguiente gráfica muestra la distribución porcentual masculina y femenina, en función del nivel de ansiedad. Cabe resaltar que 52.5% de la muestra de mujeres obtuvo un nivel de ansiedad alta en comparación con 37.5% de la muestra de hombres.

GRAFICA 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SEXO POR ANSIEDAD



En la tabla 2 se pueden apreciar las medias correspondientes a las edades por sexo, siendo para los hombres de 20.65 años y para las mujeres ligeramente por debajo con una media de 19.49 años.

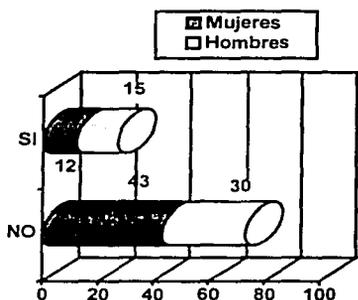
TABLA 2 MEDIAS DE EDAD Y DESVIACIÓN ESTANDAR POR SEXO Y NIVEL DE ANSIEDAD

SEXO	Ansiedad	Media	Desviación Estandar
Hombres	Baja	21.13	2.32
	Alta	19.83	1.86
	Total	20.65	2.23
Mujeres	Baja	19.64	1.85
	Alta	19.35	1.20
	Total	19.49	1.54

De la muestra total sólo 27% trabaja y la mayoría son varones; 73% no lo hace, y en este rubro la mayoría son mujeres como puede apreciarse en la gráfica 4.

En la tabla contigua se muestra los porcentajes obtenidos por el nivel de ansiedad, al parecer el número de mujeres que trabajan (12%) manifiestan el mismo porcentaje de ansiedad alta y baja. En cambio, los hombres que trabajan (15%) muestran más ansiedad baja y menos ansiedad alta que las mujeres. Para los sujetos que no trabajan, los hombres (30%) reportan un porcentaje igual con respecto al tipo de ansiedad que experimentan, sin embargo las mujeres que no trabajan (43%) en su mayoría reportan mayor ansiedad, con respecto a los hombres.

Cabe resaltar que son las mujeres no trabajadoras las que puntuaron más alto en ansiedad de la muestra total.



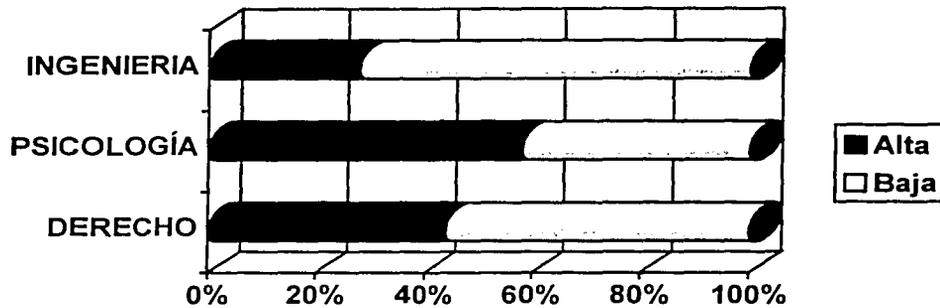
GRAFICA 4 PORCENTAJES POR GÉNERO DE SUJETOS QUE TRABAJAN

TABLA 3 PORCENTAJE DESGLOSADO POR NIVEL DE ANSIEDAD REPORTADO Y SEXO, DE SUJETOS QUE TRABAJAN

Trabajas?	ANSIEDAD		SEXO		Total
			Hombres	Mujeres	
Sí	ANSIEDAD	Baja	13%	6%	19%
		Alta	2%	6%	8%
					27%
No	ANSIEDAD	Baja	15%	20%	35%
		Alta	15%	23%	38%
					73%

En la gráfica 5 se comparan los niveles de ansiedad reportados por los estudiantes de cada una de las Facultades que conforman la muestra. La Facultad de Psicología fue la que alcanzó un porcentaje mayor en el nivel de Ansiedad Alta.

GRAFICA 5 NIVEL DE ANSIEDAD POR PLANTEL



En la tabla 4 se puede apreciar el ingreso familiar por sexo, el rango de ingreso para la mayoría de las mujeres (62%) esta entre \$2001 y \$6000, mientras que para el mismo porcentaje de los hombres se extiende desde \$2001 hasta \$8000.

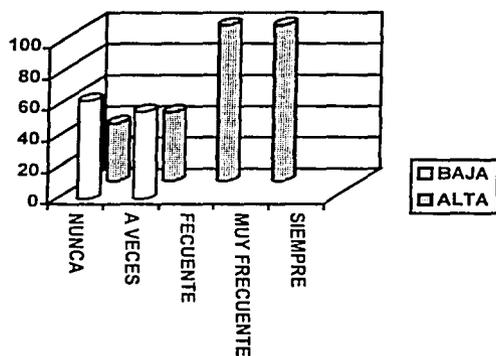
TABLA 4 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLE INGRESO FAMILIAR POR SEXO

INGRESO FAMILIAR	HOMBRES	MUJERES
2000 o -	12%	10%
2001-4000	25%	36%
4001-6000	22%	26%
60001-8000	14.5%	18%
8001-10000	12%	6%
10001 o +	14.5%	4%
	100%	100%

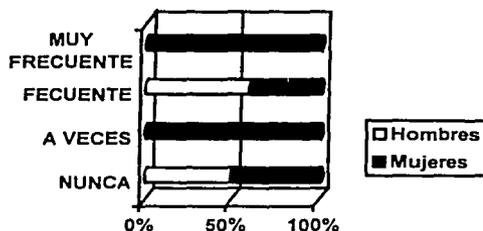
DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO.

En las siguientes gráficas se describe el comportamiento de la variable dieta restrictiva relacionado con la respuesta al reactivo ¿Hiciste dieta para controlar tu peso en los últimos 15 días?. Primero se expone una visión general entre los dos niveles de ansiedad observada en la gráfica 6 y posteriormente se muestra un comparativo de respuestas entre la variable sexo con ansiedad alta en la gráfica 7.

GRAFICA 6 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS DADAS A ¿HICISTE DIETA PARA CONTROLAR TU PESO EN LOS ULTIMOS 15 DIAS?



GRAFICA 7 COMPARATIVO ENTRE SEXOS CON ANSIEDAD ALTA



Se encontró que la mayoría de los sujetos que obtuvieron un puntaje bajo en ansiedad contestaron negativamente a: ¿alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?. Por el contrario los sujetos con un nivel alto de ansiedad, en su mayoría contestaron positivamente a la misma pregunta. Cabe destacar que el porcentaje más alto (41%) correspondió al sexo femenino con un nivel alto de ansiedad.

TABLA 5 ¿ALGUNA O ALGUNAS OCASIONES HAS HECHO DIETA PARA CONTROLAR TU PESO?

SEXO			Hombres	Mujeres	
ANSIEDAD					
Baja	no		40.2%	32.2%	72.4%
	si		12.1%	15.5%	27.6%
					100%
Alta	no		24.5%	22.4%	46.9%
	si		12.3%	40.8%	53.1%
					100%

Los porcentajes más altos en ambos sexos y niveles de ansiedad se encontraron de los 15 años a los 20 años. Sin embargo en el nivel alto de ansiedad fueron las mujeres que hicieron su primera dieta desde los 9 años hasta los 14 años (16%).

TABLA 6 ¿QUÉ EDAD TENIAS CUANDO HICISTE TU PRIMERA DIETA?

ANSIEDAD		SEXO		Total
		Hombres	Mujeres	
Baja	9 a 11 años	12%		12%
	12 a 14 años		12%	12%
	15 a 17 años	12%	33%	45%
	18 a 20 años	12%	12%	24%
	21 o más	7%		7%
				100%
Alta	9 a 11 años	4%	4%	8%
	12 a 14 años		11%	11%
	15 a 17 años	4%	39%	42%
	18 a 20 años	11%	19%	30%
	21 o más	4%	4%	8%
				100%

En la tabla 7 se muestran los porcentajes de los sujetos que afirmaron o negaron haber tenido problemas con su forma de comer en los últimos seis meses. Podemos observar que 43% de los sujetos con un nivel alto de ansiedad contestaron afirmativamente, en contraste con 28% de los sujetos que también lo hicieron, pero ellos reportaron un nivel bajo de ansiedad.

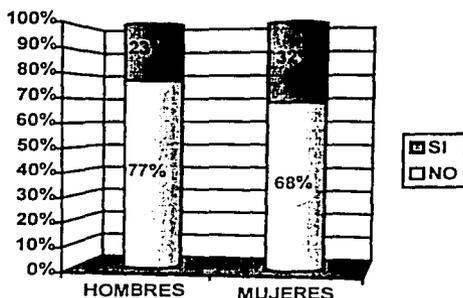
TABLA 7 ¿TIENES O HAS TENIDO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES PROBLEMAS CON TU FORMA DE COMER?

ANSIEDAD		Total
Baja	no	72.4%
	si	27.6%
		100.0%
Alta	no	57.1%
	si	42.9%
		100.0%

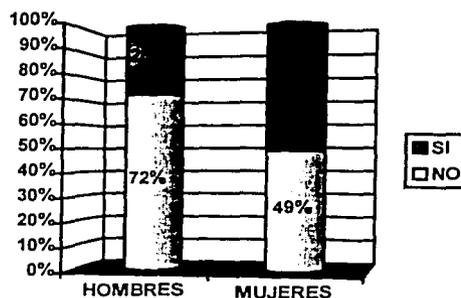
Del total de sujetos que contestaron positivamente a la respuesta anterior se hizo un comparativo entre la variable sexo y el nivel de ansiedad (Gráficas 8 y 9) Hay diferencias en ambos sexos en porcentaje al contestar "si" y también en nivel de ansiedad reportado. Las mujeres con ansiedad alta fueron las que más reportan problemas con su forma de comer.

¿TIENES O HAS TENIDO EN LOS ULTIMOS 6 MESES PROBLEMAS CON TU FORMA DE COMER?

GRAFICA 8 CON ANSIEDAD BAJA



GRAFICA 9 CON ANSIEDAD ALTA



Los principales problemas con su forma de comer que reportaron los sujetos durante los últimos seis meses fueron los que observamos en la tabla 8, los cuales están separados por el nivel de ansiedad obtenida. Sólo las mujeres reportaron que comían hasta vomitar. Mientras que los porcentajes más altos ($\geq 50\%$) entre los hombres e independientemente del nivel de ansiedad correspondió a comer tanto que les dolía el estómago

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TABLA 8 EL PROBLEMA CONSISTE EN:

ANSIEDAD		SEXO		Total
		Hombres	Mujeres	
Baja	comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad	28.6%	33.3%	31.3%
	comes tan poco que te sientes cansada y débil	14.3%	22.2%	18.8%
	comes tanto que te duele el estomago	57.1%	33.3%	43.8%
	comes y sigues comiendo hasta que vomitas		11.1%	6.3%
Alta	comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad	50.0%	23.5%	28.6%
	comes tan poco que te sientes cansada y débil		29.4%	23.8%
	comes tanto que te duele el estomago	50.0%	29.4%	33.3%
	comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas		11.8%	9.5%
	comes y sigues comiendo hasta que vomitas		5.9%	4.8%

Sexo por Ansiedad					
Explicada	6.127	3	2.042	8.035	.000
Residual	26.179	103	.254		
Total	32.306	106	.305		
La interacción no resultó significativa					

En la Tabla 13 se observan las medias que resultaron de la relación Preocupación por el Peso y la Comida con Ansiedad (baja / alta). Son los sujetos con ansiedad alta los que obtuvieron una media mayor en comparación con los de ansiedad baja. Esto quiere decir que los sujetos con ansiedad alta son los que se preocupan en mayor medida por su peso y por lo que comen.

TABLA 13 MEDIAS DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR ANSIEDAD

ANSIEDAD	
Baja	Alta
$\bar{X}_1 = 1.40$	$\bar{X}_2 = 1.73$

Las medias que se muestran en la siguiente tabla nos indican que son las mujeres las que tienen una media más alta, por lo que se preocupan más por su peso y por lo que comen, que los hombres.

TABLA 14 MEDIAS DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR SEXO

SEXO	
Hombres	Mujeres
$\bar{X}_1 = 1.35$	$\bar{X}_2 = 1.72$

Para confirmar la quinta hipótesis "Los niveles de conducta alimentaria normal son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja" y la sexta hipótesis de trabajo "Los niveles de conducta alimentaria normal son distintos entre hombres y mujeres", igualmente se aplicó un Análisis Factorial de 2 X 2 (sexo y grado de ansiedad) teniendo como variable dependiente a la conducta alimentaria normal. Se encontró que **no hay diferencias estadísticamente significativas** en los efectos principales, ansiedad con los siguientes valores $F(1, 103) = 1.247$ $p = .267$ y sexo con valores de : $F(1, 103) = .513$ $p = .475$. Por lo que no fueron confirmadas ambas hipótesis.

Las medias obtenidas de las variables conducta alimentaria normal y ansiedad, fueron ($\bar{X}_1 = 2.53$) ansiedad baja y ($\bar{X}_2 = 2.38$) para ansiedad alta.

De igual forma en las medias obtenidas con respecto a las variables sexo y conducta alimentaria normal fueron para mujeres ($\bar{X}_2 = 2.51$) y para hombres ($\bar{X}_1 = 2.40$).

Para confirmar la séptima hipótesis "Los niveles de dieta crónica y restrictiva son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja" y octava hipótesis de trabajo "Los niveles de dieta crónica y restrictiva son distintos entre hombres y mujeres", se aplicó un Análisis Factorial de 2 X 2 (sexo y grado de ansiedad) teniendo como variable dependiente dieta crónica y restrictiva. Encontrándose los siguientes resultados:

Para el efecto principal de ansiedad $F(1, 103) = 2.402$ $p = .124$, sin que fuera estadísticamente significativa. Lo que nos hace rechazar la hipótesis.

Para el efecto principal de sexo $F(1,103) = 7.407$ $p = .008$, encontrándose diferencias estadísticamente significativas(ver tabla 15) Lo que nos indica la confirmación de esta hipótesis

TABLA 15. RESULTADOS OBTENIDOS CON ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA POR NIVEL DE ANSIEDAD Y SEXO					
Curso de Variación	Suma de cuadrados	Grados de Libertad	Media cuadrada	"F"	Significancia de "F"
Efectos principales	2.360	2	1.180	4.905	.009
Sexo	1.782	1	1.782	7.407	.008
Ansiedad	.578	1	.578	2.402	.124
H ₁ = $\bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$, se rechaza			H ₁ = $\bar{X}_1 \neq \bar{X}_2$, se acepta		
H ₀ = $\bar{X}_1 = \bar{X}_2$, se acepta			H ₀ = $\bar{X}_1 = \bar{X}_2$, se rechaza		
Se rechaza hipótesis de trabajo 7			Se confirma hipótesis de trabajo 8		
	Suma de cuadrados	Grados de Libertad	Media cuadrada	"F"	Significancia de "F"
2-Way Interactions Sexo por Ansiedad	1.043	1	1.043	4.335	.040
Explicada	3.403	3	1.134	4.715	.004
Residual	24.777	103	.241		
Total	28.180	106	.266		
La interacción de las variables sexo por ansiedad resultó significativa estadísticamente					

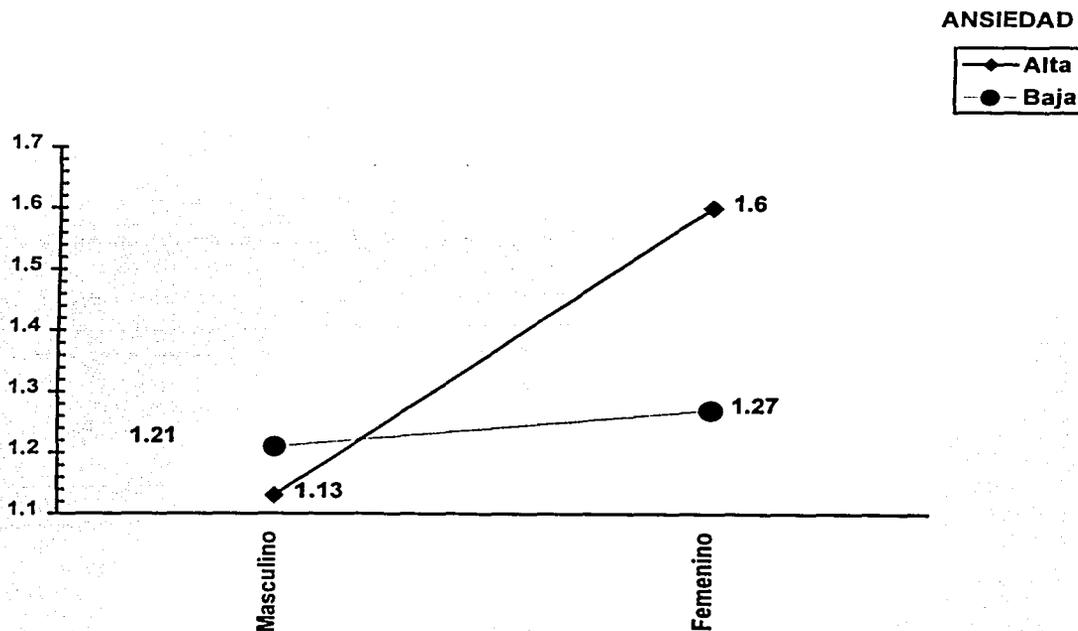
Los valores de esta interacción son para $F(1, 103) = 4.715$ $p = .004$. Encontrándose resultados estadísticamente significativos. En la tabla 16 se muestran las medias correspondientes a la variable Dieta Crónica y Restrictiva, indicando que son las mujeres con ansiedad alta las que tienen la media más alta ($\bar{X} = 1.60$) a diferencia de los hombres con ansiedad alta los cuales presentaron la media más baja ($\bar{X} = 1.13$).

TABLA 16 MEDIAS DE LA INTERACCION DE LAS VARIABLES SEXO POR ANSIEDAD

SEXO	ANSIEDAD	
	Baja	Alta
Hombres	$\bar{X} = 1.21$	$\bar{X} = 1.13$
Mujeres	$\bar{X} = 1.27$	$\bar{X} = 1.60$

Los datos anteriores se graficarán para poder apreciar la interacción que existe entre las variables ansiedad (alta y baja) y sexo (hombre y mujer) y teniendo como variable dependiente dieta crónica y restrictiva (Véase la gráfica 10). En ésta se puede observar nuevamente que fueron las mujeres con ansiedad alta quienes presentaron los niveles más altos de seguimiento de dieta crónica y restrictiva; siendo los hombres con ansiedad alta los que manifestaron la media más baja en esta variable; mientras que los jóvenes (ambos sexos) con ansiedad baja presentaron niveles (bajos) muy parecidos de seguimiento de dieta.

GRAFICA 10 INTERACCION DE LA VARIABLE SEXO(HOMBRE / MUJER) POR ANSIEDAD (ALTA / BAJA) Y DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA



Para la confirmación de la última hipótesis de trabajo "Se encontrarán diferencias entre la relación de las variables ansiedad-hombre en comparación con la relación de las variables ansiedad-mujer", se empleo una prueba t para grupos independientes en la que se obtuvieron los siguientes valores: $t(154) = -1.040$ $p = .300$ lo que indica que no existen diferencias significativas en esta relación. Las medias fueron (mujeres $\bar{X} = 1.54$, hombres $\bar{X} = 1.48$)

CAPITULO SEPTIMO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue determinar la influencia que ejercen las variables ansiedad, y sexo (hombre / mujer) en la práctica de conductas alimentarias de riesgo. Específicamente las que se relacionan con conducta alimentaria compulsiva, con la práctica de dietas crónicas y restrictivas, la preocupación por el peso y la comida y con conducta alimentaria normal, en una población de estudiantes universitarios.

Como se sabe, la ansiedad y específicamente el trastorno por ansiedad generalizada (TAG) es uno de los padecimientos de mayor prevalencia en la población en general, y puede ser que este trastorno se presente sólo, o con otro padecimiento. Según el informe de la OMS (2001) los desórdenes mentales y de conducta son comunes en muchos pacientes atendidos en instituciones de salud de atención primaria. Estudios epidemiológicos en estas instituciones han identificado este tipo de trastornos por medio de instrumentos o diagnósticos clínicos elaborados por profesionales de atención primaria o psiquiatras, y el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los tres trastornos que se presenta con mayor frecuencia.

Es importante señalar que, hay estudios internacionales (O'Kearney, Gertler, Conti, & Duff, 1998; Kinnetz, 1998; Rossi, Balottin, Bonera, Citterio, Martelli, Ricci, Scelsa, Tebaldi, Vercelli, Zambrino, y Lanzi, 1997) que abordan la relación entre ansiedad y trastornos de la alimentación, junto con otras variables como autoestima o depresión entre otros, sin embargo, en nuestro país es la presente, la primera investigación que se hace al respecto.

La muestra total de la investigación quedo formada por 160 estudiantes de universidad pública, de los cuales 84 fueron mujeres y 76 hombres, con una media de edad de 19.49 y 20.65 años respectivamente. Es importante señalar que en estudios anteriores solo se había trabajado con muestras de menor edad, prepúberes, púberes, y adolescentes, en esta investigación como se puede observar se trabajo con jóvenes, obteniendo resultados similares, lo que nos hace suponer que el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación no es exclusivo de etapas del desarrollo que se consideran de alto riesgo, sino que se extiende a otras etapas como la juventud. El ingreso familiar de la mayoría de los estudiantes de ambos sexos variaba desde \$2001 a \$8000 mensuales.

Esta muestra se dividió en dos grupos de ansiedad (alta y baja), las puntuaciones intermedias se desecharon, la muestra con la cual se trabajó fue de 107 estudiantes (58 con ansiedad baja y 49 con ansiedad alta) fueron más mujeres las que reportaron un nivel de ansiedad alto en comparación con los hombres, de igual manera como lo demuestran estudios relacionados con este tema (Andrews, Sanderson, Slade, & Issakidis, 2000; Sandín y Chorot, 1995b citado en Sandín 1997; Blazer, Hughes & George, 1991) Esta muestra fue extraída de tres Facultades distintas, Ingeniería , Derecho y Psicología, y al efectuar el comparativo de niveles de ansiedad reportado por los alumnos se encontró que la Facultad de Psicología tenía un porcentaje mayor de ansiedad alta, en comparación con los otros dos planteles.

Gómez Pérez-Mitre (1993), considera que la práctica frecuente de conductas alimentarias de riesgo puede convertirse en algún trastorno de la alimentación, produciendo un estado de gravedad, repercutiendo considerablemente en la salud y ocasionando daños muchas veces irreversibles. Con respecto a este tema, se encontró que los sujetos que puntuaron más alto en ansiedad respondieron que la práctica de dietas para controlar su peso era frecuente o muy frecuente durante los 15 días anteriores a la aplicación del cuestionario, a diferencia de los estudiantes que puntuaron bajo en el nivel de ansiedad los cuales respondieron que nunca o a veces habían hecho dieta para controlar su peso, en ese mismo periodo de tiempo. Es interesante destacar que solo las mujeres fueron las que respondieron a la opción muy frecuente, por lo tanto se observa que aunque si hay práctica de dieta entre los hombres para controlar su peso, son las mujeres las que lo hacen con mayor frecuencia como lo afirman varias investigaciones (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda (2001); Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000; Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1999b)

También se encontró que las mujeres con ansiedad alta son quienes inician la práctica de dietas desde los 9 años de edad y que se incrementan con la edad. Entre los hombres también se presenta esta práctica en el mismo rango de edad, pero en una proporción menor en comparación con las mujeres, los hallazgos que se refieren al inicio de dietas en una edad temprana los encontramos en investigaciones de Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda (2001); Pineda, 2000; Gómez Pérez-Mitré y Ávila 1998

Con respecto al reactivo "¿Tienes o has tenido en los últimos seis meses problemas con tu forma de comer?", se encontró que fueron las mujeres con ansiedad alta las que presentaron con mayor frecuencia este problema. Esto hace suponer que ser mujer con ansiedad alta es un factor para desarrollar conducta alimentaria de riesgo hallazgos similares los podemos encontrar en investigaciones internacionales (Malheior, A. y Gouveia, M., 2001; Kinnetz, P., 1998).

Al preguntarle a los sujetos que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior en que consistía su problema, un poco más de la mitad de los hombres independientemente de su nivel de ansiedad, presentaron porcentajes altos de sobreingesta ("comes tanto que te duele el estómago"); mientras que las mujeres también independientemente de su nivel de ansiedad fueron las que únicas que reportaron practicar vómito o comer hasta sentir náuseas.

Como se ha podido observar los hombres recurren a una práctica de sobreingesta sin que se diferencie entre niveles de ansiedad, hallazgos similares los podemos encontrar en investigaciones previas en donde se estudiaron una muestra de deportistas y otra de no deportistas en las cuales no hubo diferencias en cuanto a la conducta de atracón (Cortes y Villarruel, 2000). En 1992 Holtz, realizó una investigación de tipo exploratorio en la cuál se encontró que estudiantes hombres de preparatoria también presentaron este tipo de práctica.

En lo que respecta a las mujeres también el practicar el vómito ha sido encontrado en numerosas investigaciones, sobre todo en poblaciones de riesgo como bailarinas de danza y mujeres que hacen ejercicio, sin embargo, también se encuentra

en población normal aunque en un porcentaje menor (Unikel, *et al.* 2000; Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1999; Aquino, 1998; Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1996;).

Los resultados obtenidos del análisis inferencial (prueba de hipótesis) permitieron confirmar cuatro de las nueve hipótesis de trabajo planteadas. Las hipótesis de trabajo confirmadas fueron:

"Los niveles de conducta alimentaria compulsiva son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja". Esto quiere decir que existe una relación entre la practica de este tipo de conductas y el nivel de ansiedad de los estudiantes. Encontrándose que son los jóvenes con ansiedad alta los que presentan una conducta alimentaria compulsiva mayor a los que no la presentan. En estudios internacionales se ha encontrado que la clase de actividad que se desempeña determina el nivel de ansiedad y esta a su vez la presencia de conductas alimentarias de riesgo (Malheior, y Gouveia, 2001).

Sin embargo para la hipótesis "Los niveles de conducta alimentaria compulsiva son distintos entre hombres y mujeres". Aunque no fue estadísticamente significativa, existe una tendencia evidente que son las mujeres las que presentan este tipo de conducta compulsiva en mayor cantidad que los hombres, estos resultados concuerdan con investigaciones previas como en Unikel, *et al.* (2000) que al estudiar una muestra de adolescentes entre 14 y 19 años de edad este tipo de conducta era habitual; también en Unikel y Gómez Pérez-Mitré, (1999) al comparar muestras de población normal con una muestra de alto riesgo se encontró que se practicaba con frecuencia esta conducta, y resultados similares los encontramos en Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1996.

Ahora bien, Schlundt, *et al.* (1990) explican que la preocupación por el peso y la comida se puede manifestar por un miedo a las consecuencias de tipo interpersonal por ser gordo, por pesarse compulsivamente y checar el cuerpo, compararse con las demás personas, el miedo a ser vista y la evitación de señales situacionales. Para la segunda hipótesis confirmada, "Los niveles de preocupación por el peso y la comida son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja", se encontró una relación directa entre un nivel alto de ansiedad y una mayor práctica de conductas de preocupación por el peso y la comida. Esto quiere decir que a mayor ansiedad mayor preocupación por el peso y la comida. Hay estudios internacionales que han encontrado resultados similares pero con sujetos que padecen trastornos de la alimentación (Rossi, *et al.*, 1997).

Para la tercera hipótesis confirmada "Los niveles de preocupación por el peso y la comida son distintos entre hombres y mujeres", nuevamente son las mujeres las que habitualmente efectúa estas conductas en mayor cantidad. De cualquier forma, como lo plantean Nava, 2002; Gómez Pérez-Mitré, 1999; Gómez Pérez-Mitré, 1997; Hill y Oliver, 1992; Davies y Furnham, 1986, el ejercicio de este tipo de conductas no es exclusivo de mujeres, son cada vez más hombres y de menos edad los participan en ellas.

Según Toro (1996), la práctica de ayunos y otro tipo de conductas consideradas como restrictivas ha sido utilizadas desde hace varios siglos, lo que las diferencia de la práctica actual es el significado que se le otorgaba en ese tiempo, ya que se practicaban con fines religiosos. En la actualidad se practican por otro tipo de razones como el miedo a subir de peso y la distorsión de la imagen corporal, todo esto provocado por la gran importancia que se le ha otorgado al cuerpo y como culto a la "belleza".

Con respecto al tema antes mencionado se confirmó la hipótesis: "Los niveles de dieta crónica y restrictiva son distintos entre hombres y mujeres". Encontrándose que son las mujeres las que presentan este tipo de conducta con mayor frecuencia que los hombres, como lo apoyan investigaciones anteriores (Unikel, 1998; Toro y Villardell, 1997; Chinchilla, 1995; Striegel-Moore, Silbestein y Rodin 1986; Polivy y Herman, 1985)

Olea y Orendain, (1997) explican que la dieta ideal para el organismo necesita un conjunto de nutrientes para un buen funcionamiento, pero la importancia que tiene la combinación y cantidad de alimentos al ingerirlos hace la diferencia entre una dieta deficiente y otra correcta. Con respecto a las hipótesis que se plantearon en esta investigación sobre encontrar diferencias en la práctica de conductas alimentarias normales y sexo o diferencias entre sujetos con ansiedad alta y ansiedad baja, no se observaron resultados que las confirmaran.

Durante los últimos años los trastornos de ansiedad han sido tema de gran interés, por ese motivo se han realizado numerosos estudios, para encontrar su etiopatogenia y poder combatirlos a partir de los resultados obtenidos, a demás de crear programas de prevención y manejo de situaciones provocadoras de este tipo de trastornos (OMS, 2001). Estudios de tipo epidemiológico han registrado que el trastorno por ansiedad generalizada es uno de los problemas de mayor prevalencia en la población en general y que es experimentada principalmente por mujeres y personas menores de 30 años (Andrews, Sanderson, Slade, & Issakidis, 2000; Blazer, Hughes & George, 1991; APA, 1995). En la presente investigación se trato de comprobar si existían diferencias estadísticas entre hombres y mujeres con respecto al nivel de ansiedad, pero no se estableció relación alguna entre estos grupos.

Entre los resultados teóricamente más interesantes se encontró una interacción entre sexo, nivel de ansiedad y la variable dieta crónica y restrictiva, siendo las mujeres con ansiedad alta las que efectúan del total de la muestra, más este tipo de conductas (ayunos, saltarse comidas, dietas para control de peso continuas, etc.) Esto quiere decir que no solo es necesario ser mujer para tener este tipo de conductas, sino también es necesario experimentar un estado ansioso elevado para llevarlas a cabo. Los hombres con ansiedad alta fueron los que realizan menos estas prácticas, esto puede deberse a que afrontan su ansiedad de distinta manera, tal vez, y como se mencionó anteriormente son ellos los que tienen una conducta compulsiva mayor, como los atracones.

Con base al análisis de los datos abordados y explicados en el capítulo anterior, se puede responder a las preguntas planteadas al inicio de la investigación que:

- En efecto, a mayor nivel de ansiedad experimentada se efectúan en mayor cantidad conductas alimentarias de tipo compulsivo
- Hay una tendencia evidente que son las estudiantes universitarias las que practican más conductas alimentarias compulsivas que los hombres.
- De igual forma con un nivel alto de ansiedad la preocupación por el peso y la comida es mayor también
- Son las jóvenes universitarias las que se preocupan más por su peso y por lo que comen, en comparación con jóvenes de su misma edad.
- No se encontraron diferencias ni por sexo, ni por nivel de ansiedad para la práctica de conducta alimentaria normal.
- Se encontró que un nivel alto de ansiedad, produce en mayor medida la practica de dieta crónica y restrictiva.
- No se encontró relación entre la ansiedad y el sexo.
- Cuando se conjunta sexo y nivel de ansiedad se observa que las mujeres con ansiedad alta son las que deciden practicar en mayor medida dietas crónicas y restrictivas de toda la muestra, al contrario de los hombres con el mismo nivel de ansiedad, los cuales tiene una practica menor de esta conducta.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Una de las principales limitaciones de este estudio es que el tipo de muestra empleada para la investigación fue de tipo no probabilístico y como consecuencia no es posible generalizar los resultados a la población en general. Por ese motivo se sugieren para posteriores investigaciones un muestreo probabilístico.
- Se sugiere para posteriores investigaciones sobre ansiedad y conducta alimentaria de riesgo, se aborden otras variables como autoeficacia y depresión con el fin de encontrar posibles factores de riesgo que causen Trastornos de la alimentación.
- Realizar más estudios que aborden la relación de ansiedad y conductas alimentarias de riesgo en muestras de diferentes edades
- Se recomienda para futuros estudios sobre conducta alimentaria de riesgo y ansiedad incluir un enfoque de género, para encontrar posibles respuestas a diferentes actitudes practicadas por hombres y mujeres bajo una misma circunstancia.
- Crear programas de prevención dirigidos a la población en general, en los cuales se aborden temas relacionados con el autocuidado, la nutrición, técnicas de afrontamiento y técnicas de manejo de ansiedad.

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajuriaguerra, J. (1973). *Manual de Psiquiatría Infantil*. España: Torray-Masson.
- Aquino, G. A. (1998). Trastornos de la Alimentación: Detección de Factores de Riesgo en Mujeres que hacen Deporte y que no lo hacen. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T. & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(4), 446-454.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, editores.
- Ayuso, J. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bay, L., Braguinsky, J. & Rovira B. (1996). Trastornos de la alimentación. En J. Braguinsky (Comp). *Obesidad*. pp. 264-285. Buenos Aires : El Ateneo.
- Blazer, D., Hughes, D & George, L. (1991). Generalized Anxiety Disorder. En Robins, L.: *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Cañizales, M. (1994). La Ansiedad y su relación con un curso Gestacional. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Chinchilla, A. (1995). *Anorexia y Bulimia Nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Cortés, I y Villarruel, M. B. (2000). Detección de Factores de Riesgo que inciden en el Desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en Muestras de Hombres deportistas y No Deportistas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Davies, E. y Furnham, E. (1986). Body Satisfaction in adolescent girls. *British Journal of Medical Psychology*. 59, 279-287.
- De la Gándara, J. y Fuertes, J. (1999). *Angustia y ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Delval, J. (1994). *Desarrollo Humano*. México: Siglo Veintiuno.
- Egozcue, M. (1997). *Asertividad y el Género en Jóvenes Estudiantes de Cd. Universitaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Enciclopedia Microsoft® Encarta®. (1999). Ansiedad Microsoft Corporation.
- Erikson, E. (1963). *Childhood & Society*. New York: Norton.

- Escobar-Jiménez, F., Fernández-Soto, M. y Barredo, F.(1994). Epidemiología de la obesidad. En J. C. Soriguer.(Coor) *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. pp. 27- 33. Madrid : Díaz Santos.
- Fichter M., Elton M., Engel K., Meyer A., Mall H. & Poustka F.(1991). Structured interview for anorexia and bulimia nervosa (SIAB): development of a new instrument for the assessment of eating disorders. *Int. Eating Disorders*, (10), 571-592.
- Gasca, J. (2000). *Salud mental y relación interpersonal en adolescentes mexicanos y jóvenes universitarios*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Detección de anomalías de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: p0roblemas de peso . *Investigación Psicológica*. 3(1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12(2), 185-198.
- Gómez Pérez-Mitré G. (1997) Alteraciones de Imagen Corporal en una Muestra de Escolares Mexicanos Preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14(1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, E. (1998). Conducta Alimentaria y Obesidad. *Psicología Iberoamericana*. 6(2): 10-21.
- Gómez Pérez-Mitré G. (1999). Preadolescentes Mexicanos y cultura de la delgadez: Figura Ideal Anorectica y Preocupación excesiva por el Peso Corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 16(1), 153-165.
- Gómez Pérez-Mitre, G., Unikel, C. y Saucedo, M. (2001). Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación : La Psicología Social en el Campo de la Salud. En N. Calleja y G. Gómez Pérez-Mitre. (Comps.) *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*. pp. : 267-315 México : Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Pérez Mitré, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres grupos de edad: prepuberes, púberes, adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 18(3), 313-324.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and bulimia. Anatomy of a social epidemic*. Basil Blackwell: Cambridge.
- Gross, R. & Eifert, H. (1990) Components of generalized anxiety: the role of intrusive thoughts vs worry. *Behaviour Research and Therapy*. 28, 421-428.
- Hendricks K. & Walter W. (1991). Common nutrition problems in pediatrics. En Hendricks K. & Walker W. (Dirs). *Manual of pediatric nutrition*. pp. 158-160. Toronto: BC Decker NC..

- Hill, A. y Oliver, S. (1992) Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal of Clinical Psychology*. 31, 95-105.
- Holtz, V. (1992). *Factores psicobiosociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria*. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes Históricos de la Anorexia Nervosa. *Psicología Iberoamericana*, 2 (3), 5-13.
- Horst y Ulfert, Z. (1996). Bulimia: A Historical Outline. *International Journal of Eating Disorders*. 20 (4): pp. 345-358.
- Howard, W. (1960). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kanarek R. & Marks-Kraufman R.(1991). *Nutrition and behavior*. Nueva York: Avi Book.
- Kinnetz, P. L. (1998) Impulsivity in women with eating disorders. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. 58(12-B), 6813.
- Malheior, A. S. y Gouveia, M. J. (2001) Physical anxiety and risky eating behaviors in a sports context. *Análise Psicológica*. 19(1), 143-155.
- Martín, G. (1994). La medida de la grasa. En J. C. Soriguer.(Coor) *La obesidad Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. pp. 3-17. Madrid : Díaz Santos.
- Martínez, J. y Carmena, R. (1994). Obesidades y riesgo cardiovascular. En J. C. Soriguer.(Coor) *La obesidad .Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. pp. 35-45: Madrid: Díaz Santos.
- May, R. (1950). *El Significado de la Ansiedad*. New York: Ronald Press Company.
- Morales, A., Torres, C. y Megías, J. (1992). Sistemas neurales de relevancia en el contexto de la psicobiología de la ansiedad: una revisión. *Aprendizaje*. 47,115-127.
- Nava, L. (2002). Conducta Alimentaria de Riesgo y Peso Corporal en Preadolescentes Mexicanos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- O'Kearney, R., Gertler, R., Conti, J., & Duff, M. (1998). A comparison of purging and nonpurging eating-disordered outpatients: Mediating effects of weight and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*. 23(3), 261-266.
- Olea, D. y Orendain, C. (1997). *Nutrirse es algo más que comer*. Manual y recetario. México: Exasac.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE_10): Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Mentor. Décima Revisión.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Burden of Mental and Behavioural Disorder. <http://www.who.int/whr/2001/main/en/pdf/chapter2.en.pdf>

Pastore, D. R., Fisher, M. & Friedman, S. B. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviors among urban high school students: Correlations with self-esteem and anxiety. *Journal of Adolescent Health*. 18(5), 312-319.

Pineda, G. (2000). Imagen Corporal Asociada a la Edad de la Menarca en una Muestra de Estudiantes Preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Polivy, J. y Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: a causal análisis. *American Psychology*. 40(2), 193-201.

Position of the American Dietetic Association. (1988). *Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa and bulimia. Technical position paper.* Journal American Diet Assoc (88), 69-71.

Rachman, S. (1998). *Anxiety*. United Kingdom: Psychology Press.

Raymond-River, B. (1986). *El desarrollo social del niño y del adolescente*. Barcelona: Herder.

Rossi, G., Balottin, U., Bonera, S., Citterio, A., Martelli, T., Ricci, M., Scelsa, B., Tebaldi, C., Vercelli, P., Zambrino, C. y Lanzi, G. (1997) Epidemiological aspects of eating disorders. Study on a group of 904 adolescents. *Minerva Psichiatrica*. 38(2), 67-78.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, Miedos Y Fobias en Niños y Adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Saucedo, M.T. y Gómez Pérez-Mitre, G. (1997). Validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta pediátrica*, 18 (1), 19-26.

Schaffer, R. (2000). *Desarrollo Social*. México: Siglo Veintiuno.

Schlundt, D. & Johnson, W. (1990). *Eating Disorders: Assessment and Treatment*. USA: Allyn and Bacon.

Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Soriguer, J-C., Esteva, I. y García, J. (1994). Significado clínico del tipo de distribución de la grasa corporal .En J. C. Soriguer.(Coor) *La obesidad .Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología* pp. 49-76. Madrid : Díaz Santos.

Starr, B & Goldstein, H. (1975). *Human development and Behavior*. New York: Publishing Company.

Streigel-Moore, R. H., Silberstein L. R. y Rodin J. (1986). Towards and understanding of risk factors in Bulimia. *American Psychologist*. 41, 246.263.

Tolstrup, K. (1990). Incidence and casualty of Anorexia Nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 361 (82), 1-6.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Villardell, E. (1997). *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Unikel, C. y Gómez Pérez Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria: en muestra de mujeres adolescentes: Estudiantes de danza y estudiantes de secundaria y preparatoria. *Psicopatología*. 16 (4), 121-126
- Unikel, C. (1998). Desordenes Alimentarios en Mujeres estudiantes y Profesionales del Ballet. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Unikel, C y Gómez Pérez-Mitré, G (1999). Espectro de los desórdenes de la conducta alimentaria: grupo normal, alto riesgo y clínico. *Revista Mexicana de Psicología*. 1(16), 141-152.
- Unikel, S. C., Mora, J. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Percepción de la Gordura en Adolescentes y su Relación con las Conductas Anómalas del Comer. *Revista Interamericana de Psicología*. 33 (1), 11-29.
- Unikel, C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999b). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Formas Indiferenciadas y Conductas Alimentarias Patológicas en Mujeres Mexicanas. *Psicología Conductual*. 7(3), 417-429.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, Eva. y Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *La Revista de Investigación Clínica*. 52 (2), 140-147.
- Uriarte, V. (1992). *Psicopatología Básica Moderna*. México: Sianex.
- Vidal, O, Cordido, F., Martínez, F. y Jorge, S. (1994). Clasificación y clínica de las obesidades. En J. C. Soriguer.(Coor) *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. pp. 19-26. Madrid : Díaz Santos.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto Bulímico, cuerpo y Tercera Tópica*. México: Paidós.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XY (P)

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

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

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

SECCIÓN**A****INSTRUCCIONES GENERALES**

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

Utiliza lápiz.

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

1. ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposa o pareja
- E) Solo
- F) Amigo(a)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hijo único
- B) Soy el mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy el más chico

5. Edad de tu primera emisión nocturna

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) N\$ 2000 o menos
- B) N\$ 2001 a 4000
- C) N\$ 4001 a 6000
- D) N\$ 6001 a 8000
- E) N\$ 8001 a 10000
- F) N\$ 10001 o más

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

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

SECCIÓN

B

8 - SECCIÓN B

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

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

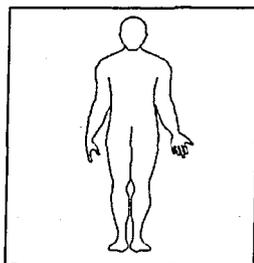
En los últimos quince días :

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

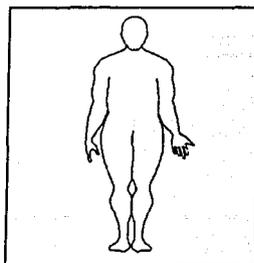
SECCIÓN

C

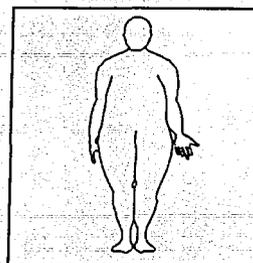
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



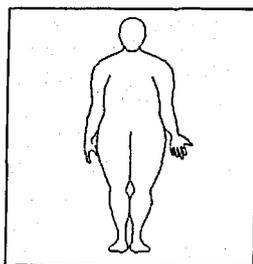
(A)



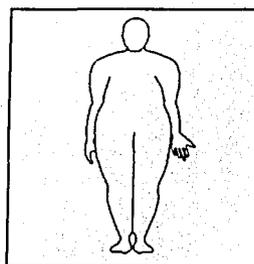
(B)



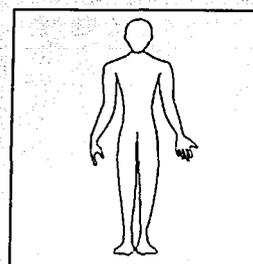
(C)



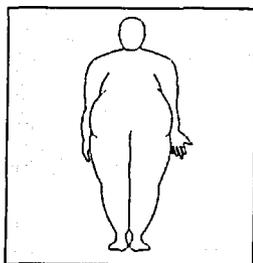
(D)



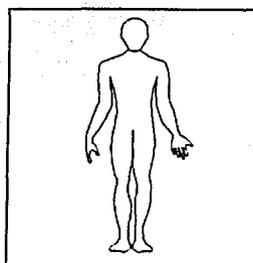
(E)



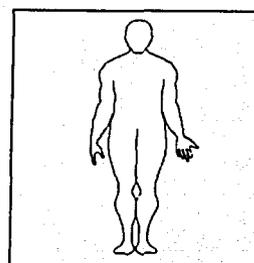
(F)



(G)

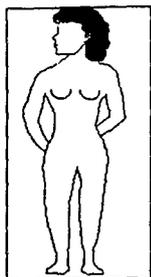


(H)

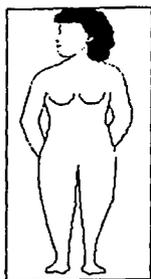


(I)

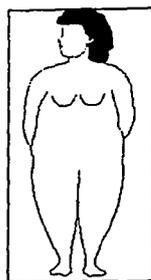
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



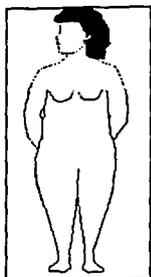
(A)



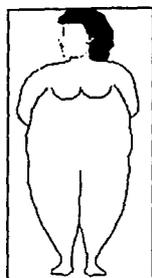
(B)



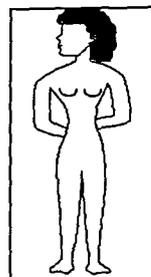
(C)



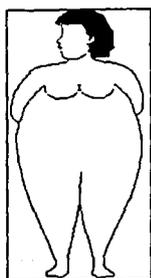
(D)



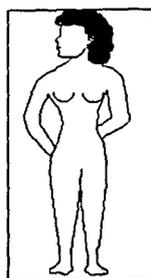
(E)



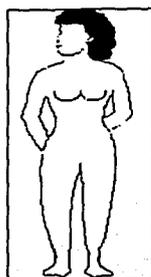
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN

D

12 - SECCIÓN D

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

- A = No me describe nada
- B = Me describe un poco
- C = Me describe regular
- D = Me describe bien
- E = Me describe exactamente

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Ansiosa	A	B	C	D	E
2. Atractiva	A	B	C	D	E
3. Insegura	A	B	C	D	E
4. Inteligente	A	B	C	D	E
5. Fuerte	A	B	C	D	E
6. Exitosa	A	B	C	D	E
7. Sociable	A	B	C	D	E
8. Pesimista	A	B	C	D	E
9. Responsable	A	B	C	D	E
10. Independiente	A	B	C	D	E
11. Torpe	A	B	C	D	E
12. Productiva	A	B	C	D	E
13. Dominante	A	B	C	D	E
14. Estudiosa	A	B	C	D	E
15. Pasiva	A	B	C	D	E
16. Comprensiva	A	B	C	D	E
17. Eficiente	A	B	C	D	E
18. Falsa	A	B	C	D	E
19. Fracasada	A	B	C	D	E
20. Rígida	A	B	C	D	E
21. Sana	A	B	C	D	E
22. Trabajadora	A	B	C	D	E
23. Incompetente	A	B	C	D	E
24. Inestable	A	B	C	D	E
25. Desconfiada	A	B	C	D	E
26. Triunfadora	A	B	C	D	E
27. Ágil	A	B	C	D	E
28. Triste	A	B	C	D	E
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
29. Solidaria	A	B	C	D	E
30. Controlada	A	B	C	D	E
31. Optimista	A	B	C	D	E
32. Agradable	A	B	C	D	E
33. Agresiva	A	B	C	D	E

SECCIÓN

E

1. En el último año :

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

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

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

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

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

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

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

- A) No
- B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

16 - SECCIÓN E

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

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

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

- | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| 22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23.No como aunque tenga hambre | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores". | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Siento que no puedo parar de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Como sin medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32. Me deprimó cuando como de más. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 37. Me sorprendo pensando en la comida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 38.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 39.Como a escondidas | | | | | |
| 40.Disfruto cuando como con otras personas | | | | | |
| 41.Como hasta sentirme inconfortablemente lleno. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 42.No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 43.Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 44.Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 45.Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 46.Como tan rápido que los alimento se me atragantan. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 47.Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN

F

20 - SECCIÓN F

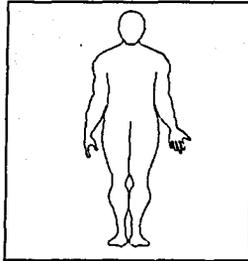
Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas) :

A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C Indeciso	D En Desacuerdo	E Muy en Desacuerdo
1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
2. Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura".	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
4. Admiro a las personas que pueden comer con medida	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
5. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida".	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
6. No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
7. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
8. Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo los que nos rodea nos incita a comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
10. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excederse en otras conductas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
13. Creo que soy inseguro.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
15. Me llevo bien con los demás.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigos (as).	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
18. Mi familia me exige demasiado.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
19. Me considero una persona agradable.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
20. No tengo confianza en los demás	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
22. Sólo se debe competir para ganar	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
23. No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)

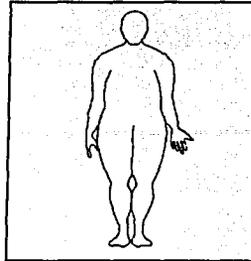
SECCIÓN

G

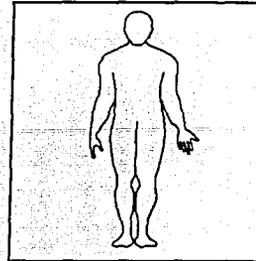
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



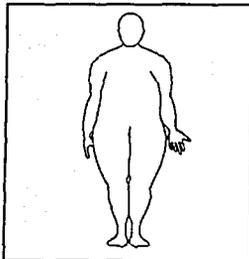
(A)



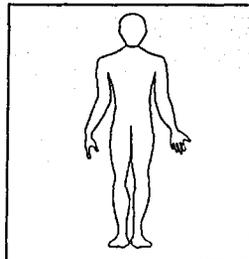
(B)



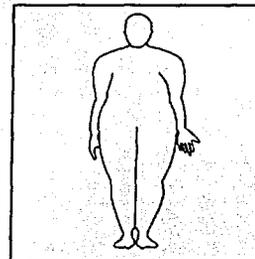
(C)



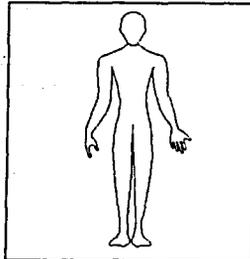
(D)



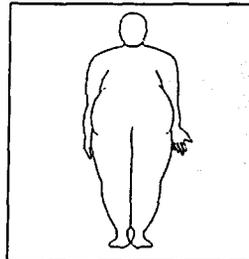
(E)



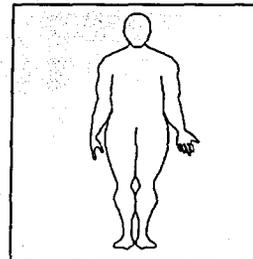
(F)



(G)

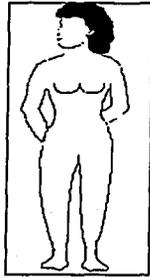


(H)

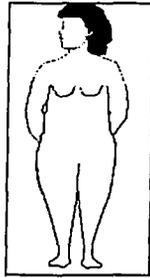


(I)

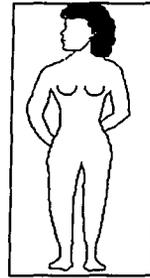
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



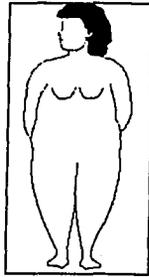
(A)



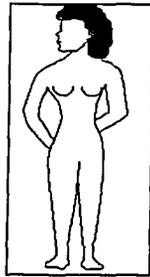
(B)



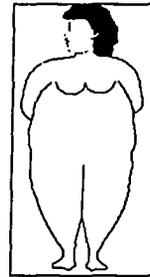
(C)



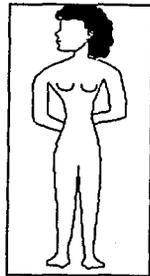
(D)



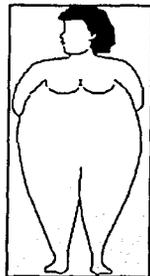
(E)



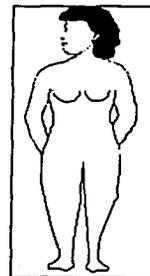
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN

H

1. ¿Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)
- A) Ninguno
 - B) Uno o Dos
 - C) Tres a cinco
 - D) Más de cinco
2. ¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?
- A) Ninguna
 - B) Una o Dos
 - C) Tres a cinco
 - D) Más de cinco
3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?
- A) No
 - B) Sí
4. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padre y/o madre y/o hermanos)?
- A) Muy malas
 - B) Malas
 - C) Regulares
 - D) Buenas
 - E) Muy buenas

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
5. Las amistades	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. El dinero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. La falta de comunicación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. La disciplina	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. La comida o alimentación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos) , hay o ha habido :

- A) Sobre peso
- B) Tabaquismo
- C) Obesidad
- D) Alcoholismo
- E) Delgadez extrema
- F) Ninguno de los anteriores
- G) Todos los anteriores

11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :

- A) Actitud negativa hacia la obesidad
- B) Preocupación por el peso corporal
- C) Preocupación por la forma de comer
- D) Preocupación por la apariencia física
- E) Insatisfacción con la figura

12. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

- A) Dietas para control de peso
- B) Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana

SECCIÓN

I

28 - SECCIÓN I

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

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

Cuando tengo un problema:

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

SECCIÓN

J

30 - SECCIÓN J

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
 B= La describe un poco
 C= La describe regular (mas o menos)
 D= La describe bien
 E.= La describe exactamente.

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrie frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
B= La describe un poco
C= La describe regular (mas o menos)
D= La describe bien
E.= La describe exactamente.

Mi madre:

La describe

Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
------	------	---------	------	-------------

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 20. Me da tanta libertad como la que yo quiero | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Es autoritaria. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Me parece emocionalmente fría. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Me premia | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Me deja en libertad de vestirme como quiera | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Es indiferente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Tiende a consentirme como si fuera bebé. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN

K

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecho
- B) Satisfecho
- C) Indiferente
- D) Insatisfecho
- E) Muy insatisfecho

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariciencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obeso | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |

10. Llegar a estar gordo :

- A) Me preocupa mucho.
- B) Me preocupa.
- C) Me preocupa de manera regular.
- D) Me preocupa poco.
- E) No me preocupa.

11. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

12. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

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

13. Me gusta la forma de mi cuerpo :

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

SECCION L

SECCIÓN L - 35

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos parejas de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes		X				Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son grandes contestarás la letra A, si piensas que son pequeñas marcarás la letra E. Si opinas que son algo grandes elegirás la letra B (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son algo pequeñas elegirás la letra D. Finalmente, si tus manos no son ni grandes ni pequeñas responderás en la letra C.

Mi cuerpo es:

		A	B	C	D	E	
1.	Agil						Torpe
2.	Sano						Enfermo
3.	Alto						Bajo
4.	Bonito						Feo
5.	Duro						Flácido
6.	Grueso						Delgado
7.	Atlético						Bofo
8.	Bien Formado						Mal Formado
9.	Atractivo						No Atractivo
10.	Gordo						Flaco
11.	Proporcionado						Desproporcionado

Mi cara es:

		A	B	C	D	E	
12.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
13.	Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
14.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
15.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
16.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
17.	Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
18.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

Mi espalda es:

		A	B	C	D	E	
19.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
20.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
21.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
22.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
23.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

Mi torax es:

		A	B	C	D	E	
24.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
25.	Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
26.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
27.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
28.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
29.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

Mis piernas son:

		A	B	C	D	E	
30.	Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
31.	Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
32.	Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
33.	Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
34.	Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

Mis gluteos son:

		A	B	C	D	E	
35.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
36.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
37.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
38.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
39.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
40.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

Mi estómago es:

		A	B	C	D	E	
41.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
42.	Duro	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
43.	Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
44.	Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
45.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
46.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
47.	Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
48.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
49.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
50..	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

Mis brazos son:

		A	B	C	D	E	
51.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
52.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
53.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
54.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
55.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
56.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

Mi cintura es:

		A	B	C	D	E	
57.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
58.	Dura	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
59.	Delgada	_____	_____	_____	_____	_____	Gruesa
60.	Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
61.	Bofa	_____	_____	_____	_____	_____	Atlética
62.	Mal formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
63.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
64.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No atractiva
65.	Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
66.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

Mis muslos son :

		A	B	C	D	E	
67.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
68.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
69.	Bofos	_____	_____	_____	_____	_____	Atléticos
70.	Mal Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formados
71.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
72.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

Ocupacion _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

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

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA MENTE.
1. ENTUMECIMIENTO, HORMIGUEO.	_____	_____	_____	_____
2. SENTIR OLEADAS DE CALOR. (BOCHORNO).	_____	_____	_____	_____
3. DEBILITAMIENTO DE LAS PIERNAS.	_____	_____	_____	_____
4. DIFICULTAD PARA RELAJARSE.	_____	_____	_____	_____
5. MIEDO A QUE PASE LO PEOR.	_____	_____	_____	_____
6. SENSACIÓN DE MAREO.	_____	_____	_____	_____
7. OPRESIÓN EN EL PECHO, O LATIDOS ACELERADOS.	_____	_____	_____	_____
8. INSEGURIDAD.	_____	_____	_____	_____
9. TERROR.	_____	_____	_____	_____
10. NERVIOSISMO.	_____	_____	_____	_____
11. SENSACIÓN DE AHOGO.	_____	_____	_____	_____
12. MANOS TEMBLOROSAS.	_____	_____	_____	_____
13. CUERPO TEMBLOROSO.	_____	_____	_____	_____
14. MIEDO A PERDER EL CONTROL.	_____	_____	_____	_____
15. DIFICULTAD PARA RESPIRAR.	_____	_____	_____	_____
16. MIEDO A MORIR.	_____	_____	_____	_____
17. ASUSTADO.	_____	_____	_____	_____
18. INDIGESTION, O MALESTAR ESTOMACAL.	_____	_____	_____	_____
19. DEBILIDAD.	_____	_____	_____	_____
20. RUBORIZARSE, SONROJAMIENTO.	_____	_____	_____	_____
21. SUDORACIÓN (NO DEBIDA AL CALOR).	_____	_____	_____	_____