



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**“DEPRESION Y SU RELACION CON FACTORES DE RIESGO  
EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA:**

**LILIANA OVIEDO CAMACHO**

**DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE**

**REVISORA DE TESIS: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ**

**SINODALES: CORINA MARGARITA CUEVAS RENAUD**

**MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO**

**MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO**



**Facultad  
de Psicología**

**ENERO 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Papá y Mamá: Les agradezco su entrega, paciencia, apoyo, fortaleza, compañía, dedicación, cariño, amor. Gracias por existir, son los seres más importantes de mi vida. No existen suficientes palabras para describir todo lo que los AMO. Los amo con todo mi ser.*

*Nancy y Evelyn: Hermanas mil gracias por todo su apoyo, por estar en los momentos felices y no tan felices, por sus consejos, conocimientos, su perseverancia, lucha y experiencias tan maravillosas a lo largo de nuestra vida. Las Amo.*

*A la UNAM: Por darme el honor de pertenecer a esta máxima casa de estudios, por darme las experiencias más profundas del conocimiento y transmitirme el espíritu de lucha.*

*A la Facultad de Psicología: Por su formación, conocimientos y por permitirme ser parte de su alumnado.*

*Dra. Gilda Gómez Péres-Mitrè: Le agradezco su paciencia, experiencia y la oportunidad de desarrollar un tema que me apasiona.*

*A mis sinodales: gracias por sus comentarios tan acertados que han hecho mejorar este trabajo.*

*Gis: Gracias por tu amistad, apoyo y realización de este sueño.*

*Rosi, Rodrigo, Chivis, Lulú: Gracias por sus opiniones y ayuda en este proyecto pero sobre todo por su amistad.*

*Miri: Amiga, te agradezco todos los momentos que pasamos en Nuestra Escuela y por ser punto clave en este trabajo.*

*Carlos: Te agradezco no sólo que seas parte de este trabajó arduo, sino por formar parte de mi vida, por apoyarme, alentarme a seguir y por tu amor. Te amo*

*Normis: Te agradezco tus consejos, tu ayuda y tu amistad.*

# ÍNDICE

RESUMEN		4
INTRODUCCIÓN		5
CAPITULO 1	TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
1.1	RESEÑA HISTÓRICA	9
1.2	ANOREXIA	12
1.3	BULIMIA	21
1.4	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	27
CAPÍTULO 2	DEPRESIÓN	
2.1	DEFINICIÓN	29
2.2	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	35
2.3	TEORÍAS Y CAUSAS	47
2.4	TIPOS DE DEPRESIÓN	57
2.5	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	65
2.6	TRASTORNO DEPRESIVO NO IDENTIFICADO	66
CAPÍTULO 3	IMAGEN CORPORAL	
3.1	DEFINICIÓN	67
3.2	SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	72
3.3	TEORÍAS Y MODELOS	80
CAPÍTULO 4	JUVENTUD	
4.1	DEFINICIÓN	82
4.2	CARACTERÍSTICAS GENERALES	84
4.3	TRANSICIONES A LA VIDA ADULTA	101
4.4	TEORÍAS Y MODELOS	104
CAPÍTULO 5	METODOLOGÍA	
5.1	VARIABLES DEPENDIENTES	111
5.2	VARIABLES INDEPENDIENTES	112
5.3	INSTRUMENTOS Y APARATOS	114

	A2
5.4 PROCEDIMIENTO	115
CAPITULO 6 RESULTADOS	
6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	116
6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	120
6.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS	123
CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	131
7.1 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	135
REFERENCIAS	136
ANEXOS	

## RESUMEN

Este estudio forma parte de una investigación mayor<sup>1</sup>. Tiene como objetivo determinar si existe relación entre la variable depresión y factores de riesgo asociados con la imagen corporal y la conducta alimentaria en hombres y mujeres universitarios de escuelas públicas. La muestra fue no probabilística, con (N = 196) que se subdividió como sigue: n1= 121 mujeres universitarias y n2= 75 hombres universitarios procedentes de una población formada por jóvenes que estudian en universidades públicas del Distrito Federal. Además, se formó una submuestra con selección sistemática, aleatoria de un 20% de la muestra original para efectos de mediciones antropométricas (peso y estatura). Se aplicó colectivamente el "Cuestionario sobre la Alimentación y Salud", así como el Inventario de BECK, el cual explora el estado emocional depresivo. Para el análisis de datos se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales. Algunos datos relevantes de este estudio fueron que, efectivamente, la mayoría de las mujeres se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, pretendiendo así, ser más delgadas, en comparación con los hombres, en los que se presenta insatisfacción, es por pretender ser más gruesos, pero sin llegar a ser obesos. También se pudo observar que la depresión se presenta en la mayoría de los casos tanto en hombres como en mujeres, aunque en porcentajes diferentes, cuando cualquiera de ellas o ellos quiere ser más delgada o delgado; mientras que no se presenta depresión en aquellas (os) que quieren ser mas gruesas o gruesos o se encuentran satisfechas (os). También se deja ver que las conductas alimentarias de riesgo como dieta restrictiva y la preocupación por el peso y la comida son cuestiones de género ya que se presenta más en mujeres que en hombres. Sin embargo, en este estudio la mayoría de las y los jóvenes que deseaban ser más delgados y no tenían depresión, tampoco presentaban haber recurrido a dietas restrictivas. Ciertamente los factores depresión e insatisfacción con la imagen corporal se encuentran relacionadas para que se desencadene alguna conducta alimentaria de riesgo.

---

1

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen demasiados estereotipos que afectan de diversas maneras a nuestro ente social, es decir, existe el estereotipo de la mujer exitosa que mantiene un prototipo de estatura alta, blanca, atractiva, inteligente, divertida, que sabe vestir "bien", es sociable, amigable, tiene novio y que puede realizar cualquier cosa sin tener más consecuencias que ser más exitosa. En cuanto a los hombres, pasa de igual manera, el nuevo prototipo es ser alto, atlético, inteligente, atractivo, que aparente tener una buena posición económica y social, que sea carismático, guapo, sensible pero sin ser *gay* o amanerado, es decir, ser metrosexual.

Toda esa carga de información acerca de los diferentes estereotipos y estilos de vida que presentan a nuestra sociedad, afectan principalmente a las y los adolescentes y jóvenes adultos, ya que son los más vulnerables pues están en una etapa en la que tienen que tomar decisiones; tales como: ¿a qué escuela ir?, ¿qué estudiar?, ¿con qué personas relacionarse?, ¿trabajar y estudiar?, ¿por qué no tienen lo que quieren?, una serie de cuestiones propias de la edad que se acentúan con la información dada por los medios de comunicación social. Pero no son sólo éstos los que presionan para decidir acerca de la problemática antes mencionada, también los padres y los amigos presionan y muchas veces las y los chicos se ven tan presionadas (os) por tratar de dar gusto a todos los que los rodean, que se olvidan de ellos mismos, tomando decisiones que afectan su salud física, mental y por supuesto emocional; ya sea dejando de comer, comiendo de más, haciendo dietas, ejercicio excesivo, ingiriendo cualquier cantidad de productos que afirman bajar de peso en poco tiempo sin

consecuencias y sin “rebote” pero teniendo un aspecto melancólico o deprimido.

El primer capítulo de este trabajo presenta una revisión de los trastornos alimentarios a través de una reseña histórica, dando a conocer que siempre han existido éstos; sin embargo, en la antigüedad el contexto histórico, social, económico y cultural era diferente, mientras que en la edad media los trastornos alimentarios en las mujeres se tomaban como un sacrificio para beneficio de alguien más. En estos tiempos comer menos se toma como un estilo de vida provocado por la presión que ejercen los medios de comunicación a través de la familia, los amigos y maestros.

El segundo capítulo aborda la depresión: cómo se da, qué personas pueden ser más vulnerables, cómo nos damos cuenta que alguna persona presenta signos de este trastorno. Con la ayuda de los criterios diagnósticos y los tipos de depresión podemos diagnosticar que una persona sufre de depresión y de qué tipo, pues son varios los que se mencionan a continuación. También se presenta una visión histórica, las teorías y causas que están detrás de la depresión. Lo cual nos permite, al igual que los criterios diagnósticos, un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, así como determinar si ésta existe o no y cómo se vincula con los trastornos alimentarios y, sobre todo, en qué edades surge más este tipo de trastorno.

El capítulo tercero se refiere a la imagen corporal, la cual es uno de los factores más importantes para la predisposición de los trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia. La imagen corporal en esta época quiere decir todo para las y los chicos, puesto que para

ser exitosa o exitoso los medios nos dicen que hay que ser delgada/o, ser guapa/o, tener una personalidad que impacte, en pocas palabras ser lo que el mercado vende. Es así como muchas de estas chicas y chicos se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, pues la presión que los medios, los padres y los amigos ejercen sobre ellos no les deja ver que lo más importante es estar sanos, aceptarse a sí mismas (os) para tener una buena autoestima. La insatisfacción con la imagen corporal puede ser positiva o negativa ya que algunas personas quieren ser más llenitos/as y otras o, la gran mayoría en especial las chicas, desean ser delgadas muchas llegando a la delgadez extrema, lo que tampoco les hace sentir satisfechas puesto que la percepción de su cuerpo se encuentra distorsionada.

El capítulo cuarto se avoca a describir una de las etapas de la vida que representa la culminación de dos de las etapas fundamentales y más hermosas: la niñez y la adolescencia. En estas dos se define lo que será o lo que es nuestra personalidad, así al llegar a la edad adulta nos tenemos que enfrentar al mundo "real", puesto que seremos nosotros/as mismos/as los que resolvamos nuestros problemas, los y las que seamos responsables en todo lo que hagamos, es aquí cuando nos enfrentamos a nosotros/as mismos/as; se enfrentan a la búsqueda de empleo, de independencia con los padres o familia, a la búsqueda de pareja, del éxito, que en muchas ocasiones y como veremos, es tal la presión que se tiene por la búsqueda de este último que cuando no se logra éste o cuando no se obtiene esa satisfacción que se busca, se puede convertir toda esa pasión por crecer en un factor que desencadene algún tipo de depresión y como consecuencia de ésta un trastorno alimentario o viceversa.

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

El capítulo seis presenta los resultados obtenidos del análisis estadístico existente entre la variable depresión con factores de riesgo asociados con la imagen corporal y con la conducta alimentaria de riesgo en mujeres y hombres.

El capítulo siete aborda la discusión y conclusiones además de las limitaciones y sugerencias, mostrando que un alto porcentaje de la muestra, se encuentra insatisfecha con su imagen corporal pues las personas jóvenes universitarias quieren ser más gruesas o más delgadas. Asimismo difirieron significativamente en las variables de estudio, por lo que este estudio sugiere la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

## CAPITULO I

### TRASTORNOS ALIMENTARIOS

#### Reseña histórica

El hombre tiene la capacidad de controlar una gran variedad de situaciones que se le presentan: puede suprimir algunos malos hábitos adquiridos, puede cambiar de una ideología a otra; así también puede eliminar vicios como beber o fumar. Sin embargo, "no puede dejar de comer". Los requerimientos alimenticios varían de un individuo a otro, promoviendo así una alimentación personalizada; es por tanto que todos necesitamos continuamente un aporte de nutrientes para obtener energía, construir, reparar y mantener nuestros tejidos y regular los procesos fisiológicos vitales (Braun, 1995, p. 60).

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR, 2005); de acuerdo al CIE-10 y al DSM-IV los trastornos alimentarios más importantes son la anorexia y bulimia nervosas, de los que se pueden destacar una serie de criterios que se tienen que cubrir para poder definir y proporcionar un mejor diagnóstico de estos trastornos. También existen los llamados Trastornos alimentarios no especificados (TANE), llamados así porque sólo cumplen con ciertos criterios.

Estos desórdenes alimentarios son caracterizados por el temor o fobia a ser o estar gordo, la distorsión de la imagen corporal, el ejercicio compulsivo, el uso de dietas restrictivas, los factores psicosociales como la presión ejercida por la sociedad a adentrarse a la cultura de la delgadez. Lo anterior provoca que los y las chicas se valgan de todos o, algunos de ellos para conseguir una figura delgada, que en ocasiones no corresponde a su estatura, a su edad o a su constitución ósea o genética. Así también depositan el valor del éxito social en la figura corporal que poseen y lo mantienen como su forma de vida. Mateos y Solano (1997) mencionan que una vez que se inicia y se mantienen estas conductas alimentarias, las personas consiguen lo contrario de lo que se suponía debería de pasar, pues su restricción alimentaria las debería llevar al camino del triunfo y todo lo que conlleva, pero lo único que se muestra es una autoestima más baja de la que tienen, con sentimientos de culpa que promueven el aislamiento, y mantienen síntomas depresivos.

La conducta alimentaria como objeto de estudio, tiene por sí misma, gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo, empero la alimentación del ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es,

psicológicos, sociales y culturales, así como los aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desórdenes del comer (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Estos trastornos según Palma (1997) son desviaciones que se encuentran en la conducta alimentaria y se han clasificado respecto de las conductas y consecuencias que estas producen multifactorialmente; es decir, en el aspecto físico, emocional y por supuesto sociocultural. El resultado al que puede conducir esta clase de conductas es una "adaptación a la muerte".

Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, entre otras) directamente relacionadas con el estado de salud-enfermedad de un sujeto individual o colectivo (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 1999).

Alemaný (1995) menciona que los trastornos alimentarios se presentan sobre todo en sociedades de primer mundo, y esto suele ser contradictorio pues en países en los que existe una abundancia de alimentos que se pueden consumir, se dan en niveles considerables estos tipos de trastornos como son, la anorexia y la bulimia nerviosa.

Los problemas alimentarios pueden ser resultado, tanto de la disponibilidad de muchos alimentos atractivos altos en calorías, como la preocupación persistente por estar delgada o delgado. La preocupación por el peso y las dimensiones corporales pueden volverse tan extremas que lleguen a desarrollar trastornos alimentarios, como son la anorexia o bulimia nerviosa (Sue, Sue y Sue, 1994).

## ANOREXIA

### Reseña histórica

La anorexia es un trastorno que en nuestros tiempos ha causado conmoción y que muchos lo consideran como una moda puesto que la mayoría de las mujeres y algunos hombres presentan ciertos rasgos característicos de este trastorno.

Pareciera como si este problema fuera único y exclusivo de la última década del siglo pasado y de este nuevo milenio, pero lo cierto es que esta enfermedad, que hoy es considerada como un trastorno, debido a sus diferentes rasgos o características que tienen que cumplir para que se diagnostique como tal, ya existía desde hace muchos siglos, donde sus primeros y más grandes hallazgos surgieron en la Edad Media, de acuerdo con Toro (1996). En este período las mujeres que consagraban su vida al servicio de Dios parecían manifestar los

criterios característicos de la anorexia como son dejar de comer por períodos de tiempo prolongados, amenorrea, aparición de lanugo, piel amarillenta, hiperactividad, etc.; siendo concebida esta conducta como un sacrificio que las llevaría a ser mujeres santas, de ahí el nombre que el autor propuso como anorexia santa.

Bell realizó investigaciones de 261 mujeres italianas desde el siglo XIII en donde encontró que las religiosas más afectadas fueron las dominicas y agustinas (citado en Toro, 1996). De las religiosas estudiadas, la más característica fue Santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, quien decidió entregar su virginidad a Dios, pero conociendo la decisión de su padre por casarla con el Rey Sarraceno de Sicilia se entregó a una constante oración, sumergiéndose en la misantropía más intensa. Y sobreponiéndose a su apetito, solicitó la ayuda de Dios para perder la belleza que emergía de su cuerpo. Con tal misantropía, se convirtió en una mujer masculinizada, le aparecía pelo por todo el cuerpo y debido a este suceso el Rey de Sicilia renunció a desposarla. El padre de Wilgerfortis procedió a crucificarla. Murió por los años 700 y 1000 a.C., pero su fama se extendió por toda Europa (Toro, 1996).

De acuerdo con Van Deth y Vandereycken (1991) (citados en Toro, 1996) la vida austera, como es la renuncia a las cosas terrenas, a los placeres de los sentidos y la resistencia al dolor físico, se

consideraba el mejor camino hacia una vida más espiritual y era la base de la que partían todas las religiosas para poder liberarse de los "demonios", pecados y acercarse más a Dios sin ningún remordimiento o culpa, puesto que su sumisión y el sacrificio las liberaría y las llevaría a la santidad. Pero estos rasgos no sólo eran característicos de las religiosas puesto que Catalina de Siena, que era considerada como ayunadora creía que estaba enferma pero no por practicar la religión.

Se puede decir que la religión ha sido una causa determinante por lo menos durante la Edad Media para la aparición de la anorexia.

#### Definición

La palabra anorexia se origina de la palabra griega anorektous que hace referencia a la inapetencia o a trastornos del estómago; desde hace ya varios siglos este término se ha definido de muchas maneras ya que muchos creían que se trataba de un don divino y por lo tanto milagroso para mantenerse vivo sin alimentarse, esta concepción se mantuvo hasta el siglo XIX. Whytt en 1764, Pinel en 1798, Imbert en 1849, y Lasegue, propusieron que se trataba, no sólo de un trastorno orgánico, sino psíquico, puesto que podría originarse a raíz de situaciones nerviosas, neuróticas e histéricas (Silverman, 1967; Vandereycken y Deth, 1994; Silverman, 1989; citados en Toro, 1996).

Uno de los estudiosos que revolucionaron este concepto dando un significado, no sólo médico sino psicológico, fue Imbert quien en 1849 incluye no sólo como trastorno alimentario a la anorexia sino a la bulimia y la pica. Imberet define dos tipos de anorexia: una llamada anorexia gástrica, donde es calificado sólo de trastorno del estómago; y la anorexia nerviosa, que se refiere precisamente a la alteración del cerebro (Silverman, 1989; citado en Toro, 1996).

La anorexia es pérdida o disminución del apetito; se considera rasgo de los trastornos depresivos (Golman, 1999).

#### Criterios diagnósticos

Por otro lado, la anorexia se ha considerado un trastorno debido a que ésta se conforma de varios síntomas que afectan la alimentación, y por lo tanto, a la salud de las personas.

Este trastorno ha sido considerado por la mayoría de los autores de nuestro siglo, como una pérdida de peso corporal como principal característica (DSM-IV-TR, 2005., CIE-10, 1995; Gómez Pérez-Mitré, 1993., Toro y Vilardell, 1996; Golman, 1999) pero para realizar un buen diagnóstico tenemos que remitirnos a una serie de características que se requieren cumplir para que una persona sea considerada anorexica. De acuerdo con el CIE-10 deben de estar presentes todas las alteraciones siguientes:

1. Pérdida significativa de peso.
2. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: evitación de consumo de alimentos que engordan, vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
3. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo a permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
4. Trastorno endócrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida en el interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Con el DSM-IV-TR, los criterios diagnósticos son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de una importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (p. 659-660).

De acuerdo con el DSM-IV-TR, la principal diferencia que existe entre éste y el CIE-10 es que este último excluye los atracones frecuentes en la anorexia. (DSM-IV, 2005).

Para Lasegue, un autor citado por Toro (1996), la anorexia es la acumulación de presiones externas e internas que tienen como consecuencia que la persona que presenta este trastorno deje de comer, aumente su actividad física en niveles exagerados provocándole así la intervención médica ya que su estado mental y físico se deteriora, puesto que sus comentarios o pláticas se limitan al tema de la alimentación y el cambio en su humor es notorio puesto que la mayoría de las veces se encuentra irritable, aislada y poco

cooperativa; la apariencia física que presenta, es de una persona pálida, seca, amarilla, extremadamente delgada.

#### Factores psicosociales

Para poder analizar las causas que provocan o desencadenan este trastorno es importante que, éste, sea multidimensional; es decir, que sea desde una perspectiva médica, biológica, psicológica, sociocultural, individual y familiar (Chinchilla, 1995).

La evolución de esta enfermedad en ocasiones ocurre cuando se presentan factores de cambio, teniendo como referencia los cambios biológicos que comienzan en la pubertad para dar paso a la adolescencia; y, por supuesto a la vida adulta. Otros de los cambios que pueden estar enlazados con la anorexia son el ingreso a la universidad, el rompimiento de alguna relación amorosa, la muerte de un familiar o algún amigo cercano, así como la dinámica familiar (Golman, 1999).

El principal o uno de los principales detonadores que han mencionado autores como Baile (2002), es que la anorexia es un miedo exagerado a ser "gorda" o "gordo", más que el deseo a adelgazar; así también que la atribución de adjetivos como el ser bonita o ser guapo, atractiva/o, inteligente, con éxito, con seguridad, y otros, son asignados a las mujeres u hombres con una silueta delgada;

y adjetivos con connotaciones negativas, tales como, la fealdad, enfermedad, inseguridad, tristeza, cobardía son designados a mujeres u hombres que padecen de sobrepeso o que no son especialmente esqueléticas/os, y por lo tanto tienden a ser rechazadas/os mientras que las mujeres y hombres delgadas/os tienden a ser más populares.

Hernández (2001) destaca que la anorexia es una enfermedad grave que puede acabar con la vida del paciente en más de un cinco por ciento de los casos que se estudian, y que por otra parte puede ser causa de suicidio. Además de lo descrito, la anorexia según Carrascosa (2002), suele ser causa de osteoporosis puesto que existe durante la anorexia, además de una pérdida considerable de peso corporal, también existe pérdida de la masa ósea y esta no se puede recuperar como el peso, es por ello que las jóvenes que tienen anorexia tienden a fracturarse los dedos, las muñecas, los pies, en cualquier actividad o juego en el que participen.

Dos aspectos importantes que también son de gran importancia para el desarrollo de este trastorno son la contradicción existente en lo que respecta al rol femenino, ya que éste debe tener características como la lealtad, sumisión, interés y preocupación por la familia; y la ideología dominante llamada capitalismo, lo que conlleva a la aspiración del éxito a través de cualquier medio no importando qué se

tenga que hacer para llegar a esta meta; y por otra parte se encuentra la presión para ser una mujer ama de casa, madre de familia y esposa. Por lo anterior, algunas mujeres que no comparten la misma idea, presentan sentimientos ambivalentes ante el rol que deben, o se pretende que deben desempeñar llegada la adultez. Esto desencadena el temor hacia esta etapa de la vida y su vínculo con el desarrollo de la anorexia. Se dice que es por este motivo que la mujer se ve más afectada que los hombres (Behar, 1992; Duker y Slade, 1992).

La anorexia se ha considerado en los últimos años como una moda para la que el blanco de este trastorno son las adolescentes y muchas jóvenes adultas; esto se debe a que existen cambios, tanto corporales como psicológicos, al entrar a la adolescencia o desde antes, es decir, en la pubertad y también en las mujeres adultas principalmente.

Se dice que la cultura es un factor importante para el desarrollo de este y otros trastornos alimentarios puesto que la cultura occidental es la que ha tendido más a padecerla, mientras que la cultura oriental así como de países subdesarrollados occidentales tiene una prevalencia mucho menor a la occidental (Toro, 1996). Esto se puede deber a la adopción de costumbres occidentales en países no occidentalizados o en países subdesarrollados, como son: la forma de

vestir, de hablar y por supuesto la de comer, que tiene gran vínculo con la presión que ejerce la familia, es decir, de padres a hijos, o entre hermanos. De acuerdo con Hernández (2001) cabe destacar que los pacientes que sufren de este trastorno suelen contagiarse por el miedo a engordar de sus padres. Otro de los grandes factores que influyen y que van de la mano de la occidentalización son los medios masivos de comunicación, puesto que en estos se encuentran anuncios en donde la mayoría de los anunciadores son chicas y chicos atractivos y esbeltos que tienden a seducir al espectador dejando en ellos el ideal de una silueta corporal delgada.

## BULIMIA

### Reseña histórica

La anorexia ha acaparado por muchos años la atención de médicos, psicólogos y psiquiatras, entre otros; lo que ha dejado de lado al trastorno bulímico que hasta finales del siglo XIX y principios del XX ha ocupado una pequeña parte de las investigaciones que se han realizado sobre este trastorno (Toro, 1996).

Jenofonte (citado en Toro, 1996) en el año de 970 a.C., describió las prácticas bulímicas que mantenían soldados griegos que eran restringidos en su alimentación, además de que mantenían como rito o culto a su religión y a algunas situaciones sociales, el vómito. Filósofos tales como Hipócrates o Aristófanes, utilizaron el término boulimos como hambre enfermiza o feroz, a lo que llamaríamos hoy atracones. En Roma se practicaba, sobre todo en las clases medias y altas, el banquete que constaba de por lo menos 20 platos, de los cuales comían y cuando se sentían verdaderamente saciados se dirigían al vomitorium, para dejar libre su estómago, permitiendo volver al banquete y repetir la conducta antes mencionada. Así como en el caso de la anorexia la Edad Media fue de gran relevancia para el desarrollo de este trastorno, también lo es para la bulimia, ya que al igual que en la anorexia se practicaban los actos bulímicos como signo de santidad

y/o de penitencia, pues a través del vómito se liberaban de sus culpas y dominaban sus impulsos sexuales que, según la época, también eran generadores de pecados.

### Definición

La palabra bulimia esta compuesta por el vocablo griego antiguo, limos, que significa hambre y por el prefijo bou que significa gran cantidad. Al juntar los vocablos se tiene por resultado el término que significa hambre feroz, que es lo que caracteriza a este trastorno del comportamiento alimentario (Toro, 1996).

Según Stein y Laakso (1988) mencionan que la bulimia es una enfermedad caracterizada principalmente por un comer insaciable que tiende a relacionarse con la depresión; Motherby, (1785), describe tres tipos de bulimia: la de hambre puro, aquella en que el hambre acaba en vómito y la que asocia hambre a desmayos; James (1743), se dio a la tarea de distinguir entre el boulimus el cual suele acompañarse de desmayos y el caninus appetitus, el hambre canina que tiene como finalización el vómito. Otro autor que describió a la bulimia fue Blachez (1869), quien señaló que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación. De acuerdo con Beumont (1991) a partir de los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes en la bulimia

hubo que clasificar a la anorexia en restrictiva y de vómitos y laxantes, para que ésta no se confundiera con la bulimia (Toro, 1996).

### Criterios diagnósticos

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2005) para diagnosticar la bulimia se requiere tener los criterios siguientes:

- a) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.
- b) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- c) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen un lugar, como promedio, al menos dos o tres veces por semana durante un período de tres meses.

- d) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- e) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa (p. 665)

El DSM-IV-TR (2005), distingue a este trastorno en purgativo, en el cual se recurre a vómitos y a uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio; y no purgativo, en el que se emplean ayunos y ejercicio intenso.

#### Factores predisponentes

La bulimia suele iniciarse en la adolescencia o al iniciar la adultez, en personas que mantienen un peso normal o por debajo de éste. En algunas personas, en su historia clínica, se observa que presentaron o presentan episodios de anorexia o de obesidad; este trastorno al igual que la anorexia suele suceder después de cambios que para ellas pueden ser drásticos; su evolución suele ser crónica y pueden no solicitar ayuda de manera inmediata sino al cabo de un tiempo considerable de iniciada la conducta (Golman, 1999), puesto que la bulimia suele mantenerse en secreto por la vergüenza y la culpa que les ocasiona (Crispo, 1994) el atracarse de comida y después vomitar, ya que para nuestra cultura esto no es bien visto.

Según Braguinsky (1995) el síndrome bulímico, como lo llama, tiene como principal característica períodos recurrentes de ingestión rápida y en grandes cantidades de alimento en un lapso de tiempo relativamente corto, teniendo en cuenta que la persona que recurre a éstas prácticas es consciente de lo anormal de su alimentación teniendo como consecuencia temor a engordar, ya que su autoestima se encuentra ligada a la imagen corporal y para compensar a su autoestima baja se obliga a crear conductas compensatorias como los atracones y vómitos para evitar subir de peso. Las y los bulímicos tienden a comer sin control, es decir a cualquier hora, cualquier cosa, no presentándose gula y ganas de comer, es sólo comer por comer, es decir, sin que exista una razón para ingerir alimento es, sobre todo, comer desconociendo lo que es comer normalmente.

Crispo y cols. (1994) mencionan que la bulimia se encuentra en un circuito en el que se hallan involucrados el control-descontrol, la espontaneidad de la autocorrección-dietas compulsivas y por supuesto esto lleva a alteraciones en la forma de comer, en su deseo intenso por ingerir alimentos que tienen como consecuencia detener éste, lo que da por resultado la creación de un círculo vicioso en el que los elementos que prevalecen son la lucha contra el deseo, la excesiva focalización sobre el mismo, la sensación de fracaso por no poder

dominar este tipo de conductas. Lo anterior lleva a prácticas nuevas y mayores esfuerzos por tratar de dominar la situación en la que se encuentran. Refieren los autores que la creación de este círculo se debe, en gran parte, a la cultura y a la sociedad, ya que son ellas las que tienden a marcar y remarcar que la figura delgada mantiene un alto valor que proporciona el éxito en cualquier ámbito.

Existen diferentes hipótesis con relación a las causas de la bulimia nerviosa, pero ninguna ha sido comprobada empíricamente. Sin embargo, al igual que en la anorexia nerviosa, se considera que debe estudiarse desde una perspectiva multidimensional donde se incluyan factores biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales; estos factores interactúan entre sí para desencadenar la enfermedad (Chinchilla, 1995).

Los factores predisponentes de la bulimia nerviosa están relacionados con factores genéticos, con la crisis adolescente, al pertenecer al sexo femenino, inestabilidad, obesidad infantil, falta de control de impulsos, el que la persona sea altamente influenciable, pertenecer al nivel socioeconómico medio-alto, experimentar diferencias significativas entre el peso real y el ideal, y el tener antecedentes familiares de trastorno afectivo, obesidad y/o adicciones. Dentro de los factores precipitantes se encuentran las críticas respecto

al cuerpo, vivir situaciones estresantes, presentar estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera y aburrimiento) y obesidad. Y los factores de mantenimiento están relacionados con una interacción familiar conflictiva, distorsión de la imagen corporal, depresión, ansiedad, sentimiento de culpa y baja autoestima (Chinchilla, 1995).

Así podemos ver que las presiones sociales desempeñan un papel importante para la aparición y mantenimiento de la bulimia.

La anorexia y la bulimia son consideradas como las "epidemias" del *siglo* y como graves problemas de salud que "azotan" no sólo a las jovencitas y jovencitos, sino a niñas y niños de entre 9 y 12 años e incluso de menor edad. (Gómez Pérez-Mitré, 2001)

#### Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2005) este tipo de trastorno se caracteriza principalmente en no cumplir con los criterios establecidos para el diagnóstico de los trastornos como la anorexia y la bulimia. Por ejemplo:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia excepto que, a pesar de que existe una pérdida de peso

significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
5. Masticar y expulsar pero no tragar, cantidades importantes de comida (p.65-66)

El Trastorno compulsivo se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

## CAPITULO II

### DEPRESIÓN

#### Definición

El término melancolía se deriva del griego melas =negro y chole =bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad (citado por Polaino-Lorente, 1988).

La depresión se refiere, tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido.

Goldman (1999) describe la depresión como uno de los trastornos médicos más frecuentes; ya los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida. El empleo común del término depresión se inició principalmente con los intentos del psiquiatra, Emil Kraepelin, de crear una palabra la cual tuviera más especificidad diagnóstica que la melancolía. En la actualidad, el término melancolía indica trastorno depresivo mayor con cambios en la función vegetativa, como son, alteraciones del sueño, apetito y líbido.

Rojas (2002) menciona que la depresión es un término poliédrico que en nuestra época se ha puesto de moda en nuestro lenguaje coloquial, lo que hace que se utilice de forma tan frecuente como equivocada. Es por ello que a continuación se mencionan las

distintas caras, o mejor dicho, las distintas concepciones que tenemos acerca de la depresión.

- En un lenguaje coloquial, depresión se refiere a un sentimiento de tristeza, decaimiento, aunque las más de las veces por algo momentáneo, pasajero, de escasa importancia y relieve.
- Como estado de ánimo: se refiere a una forma de encontrarse interiormente, es decir un modo anímico.
- Como síntoma: se entiende a diferentes fenómenos que definen a cierta enfermedad; algunos esenciales que describen la enfermedad, y otros secundarios que suelen ser inespecíficos. Algunas de las patologías que suelen observarse son el cáncer, la diabetes, cirrosis, anorexia, bulimia, esquizofrenia, las crisis repetidas de ansiedad, entre otros.
- Como enfermedad: se mencionan las causas, los motivos por los cuales se presenta ésta, así como la sintomatología para continuar con el diagnóstico diferencial, un pronóstico, el tratamiento y por supuesto su prevención.
- Como tipo de personalidad: existe un matiz importante en tal caso, ya que no se puede decir que alguien tiene una depresión, sino que es depresivo. Su manera habitual de manifestarse está presidida, centrada, vertebrada sobre un humor triste y pesimista.

- Como tipo de vida: es cotidiano encontrarte por la calle con personas tristes, como si no tuvieran esperanzas ante la vida, aparentemente en un cuadro depresivo; al analizar la situación nos damos cuenta de que se trata de personas monótonas, aisladas, sin planes para un futuro; es decir, sin expectativas de vida. También nos damos cuenta de que es muy difícil o no se cura con una medicación, sino más bien, tratando de cambiar esa forma de vida, claro que para eso se necesita de voluntad y darse cuenta de que la desmotivación en la que se encuentran sólo da como resultado una vida vacía y sin contenidos (Rojas, 2002).

#### Reseña histórica

El uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecoromana con el nombre de melancolía.

Hipócrates en el siglo IV a.C. afirmaba que los problemas que en la actualidad llamamos psiquiátricos se encontraban relacionados con los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis. Ya en los primeros siglos de nuestra era, Celsus y Areteo de Cappadocia mencionaban como problemas médicos a la manía y melancolía (citado en Polaino-Lorente, 1988).

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señala como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad, y en ocasiones, jovialidad.

Durante la Mediana Edad o Edad Media la melancolía se conocía como acedía. Santo Tomás de Aquino decía que ésta era producida por demonios e influencias astrales, a partir de ellos se psicológiza y se medicaliza (citado en Polaino-Lorente, 1988); esta creencia comienza a desaparecer en 1630 con Robert Burton, quien publica un Tratado de la Melancolía, facilitando de esta manera el estudio y la identificación en primer lugar de los estados depresivos.

Phillippe Pinel fue otro de los cuales menciona que el pensamiento de los melancólicos estaba frecuentemente perturbados, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas (p.ej.: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades y las dificultades familiares); y en segundo lugar a las físicas (p.ej.: la amenorrea y el puerperio) (citado en Polaino-Lorente, 1988).

En 1809, Haslam, boticario del hospital de Behtlem en Londres, escribió: "Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de síntomas: semblante ansioso con aspecto sombrío; poco dispuesto a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor

parte del tiempo; después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido, con frecuencia se desesperan, y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa" (citado en Calderón 1987, p. 12).

En el México prehispánico éste cuadro fue considerado como un problema médico, de acuerdo con la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz. "Remedio para la sangre negra" (Negri Remedium Sanguinis), término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un cocimiento y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes: "Ha de andar en el lugar sombreado, y se ha de abstener de trato carnal. Beberá muy moderadamente el pulque y mejor no lo beba, si no es como medicina. Dedíquese a cosas alegres, como es el canto, la música, el tocar instrumentos con que acostumbramos acompañar a nuestras danzas públicas". Es así como la depresión o melancolía adquiere un lugar dentro de la historia, por lo que el reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como el de la epilepsia, indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca (Calderón, 1987).

Según Sigerist, (1961) la depresión tiene su primera concepción con Hipócrates, y desde este punto de vista se puede decir que no es

específica, ya que abarca una concepción más extensa de las enfermedades mentales; es así como aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía. De acuerdo con Martiny (1964) la melancolía se caracteriza siguiendo la línea hipocrática por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia principalmente (citado en Polaino-Lorente, 1988).

Galeno por su parte en su escrito pseudogalénico, *On Medical Definitions*, describe la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre. Los pacientes melancólicos se presentan como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. La melancolía hipocondriaca se caracteriza principalmente por la flatulencia y las alteraciones digestivas (Polaino-Lorente, 1988).

## Criterios diagnósticos

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2005) deben estar presentes cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- 2) Disminución causada por el interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por lo demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

- 8) Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (p. 399)

#### Cuadro clínico

Siguiendo el modelo psicoanalítico de la depresión las áreas afectadas son las siguientes:

- AFFECTIVIDAD. El enfermo inicia su cuadro con un descenso en la misma, tristeza inmotivada, falta de ilusiones, indiferentismo, aburrimiento, renuncia a los proyectos ideales, deseos de morir, imposibilidad de sufrir sus propios sentimientos, infelicidad, escepticismo y apatía, descenso del umbral para sintonizar con los sentimientos tristes e hipersensibilidad y susceptibilidad, es por estos síntomas que las actividades deportivas, artísticas o culturales que anteriormente parecían gratas empiezan a ser subestimadas, y de esa manera, hace el menor esfuerzo y con el paso del tiempo termina por dejar esas actividades, y se muestra pensativo y cabizbajo.

Cuando la depresión no es muy severa el sentimiento de infelicidad que se tiene suele ser variable pues puede parecer

sonriente en algún momento del día y por la tarde aislarse de todos los estímulos que parecerían positivos para otras personas. La tristeza, la mayoría de las veces y sobre todo en las mujeres, suele acompañarse de llanto, sin embargo algunos pacientes refieren que no pueden hacerlo, lo que aumenta las molestias del cuadro y cuando superan esto, es decir, pueden llorar o desahogarse sienten como si les hubieran quitado un gran peso.

Conforme la depresión avanza el enfermo se encuentra más aislado, se vuelve una persona mucho más insegura lo que hace que no tenga confianza en sí mismo y que le cueste mucho trabajo tomar cualquier decisión y por lo tanto se vuelve dependiente, por lo regular, de sus familiares, aumentando de forma considerable su pesimismo y el miedo se hace cada vez más frecuente aunque no explica por qué ya que no sabe, a ciencia cierta, de dónde viene ese miedo. Finalmente la irritabilidad, que muchas veces es el motivo básico de la consulta (Calderón, 1987; Polaino- Lorente, 1988).

- Sensopercepción. Esta área, por su parte, también se encuentra disminuida, por lo que la dificultad para recordar se manifiesta por el impedimento para representar algún hecho o palabra precisa en el momento que se desee y al no obtener éste, con facilidad se refleja un sentimiento de ansiedad en estas personas además del curso lento y dificultoso, la circularidad y cavilaciones, así como el

contenido de un discurso monotemático, por la ausencia de ideas, la sensación de vacío que viene en consecuencia por lo anterior mencionado, y en ocasiones, algunas ideas delirantes sobre el contenido monotemático, ideas hipocondriacas, de culpa, condenación y paranoides.

En este tipo de personas se suelen presentar algunas alucinaciones auditivas y visuales o falsas interpretaciones. La capacidad de atención y concentración, por lo tanto, se presenta inhibida lo que repercute a su memoria y aparece la dismnesia que se presenta en circunstancias recientes, actuales al episodio depresivo que se refieren a pequeños hechos de la vida cotidiana que suelen ser irrelevantes para llamar la atención del sujeto y por el contrario existen algunos hechos o acontecimientos que parecen relevantes y estos son los que serán fijados y evocados en forma.

En ocasiones este tipo de trastorno suele ser un síntoma de obsesión lo que puede atormentar más al enfermo, aunque éste trate de alejar estos pensamientos de sí mismo, su lucha es inútil. Su lenguaje también se encuentra afectado ya que al conjugarlo con su pensamiento torpe y alterado, su conversación suele ser lenta, y existe una mala sintonía en cuanto a los contenidos alegres que por lo regular sus contenidos suelen referirse a situaciones negativas y tristes, lo que genera hermetismo.

En cuanto a su experiencia espacio-temporal es lenta y penosa, se refugia en el pasado, obstrucción del futuro por amenazas, temores y fobias que lo hacen insoportables, exageración de las distancias, el espacio de ahoga, sometimiento al espacio, inseguridad y duda. Existe también una sensación de enfermedad que se encuentra muy resaltada, puesto que se considera acabado, cansado y acosado por sus sufrimientos, incapaz de realizar la más pequeña tarea. Este tipo de síntomas constituye con frecuencia el motivo de la consulta del paciente, quien subestimando su problema emocional, no lo manifiesta espontáneamente al médico (Calderón, 1987; Polaino- Lorente, 1988).

- Trastornos conductuales. La actividad y la productividad del sujeto disminuyen, por tanto su falta de entusiasmo e interés por el trabajo, la autoridad, la capacidad de mando y de estimulación, se embotan, además de carecer de sentido cualquier actividad que realice y como consecuencia de esto, reduce todos sus proyectos personales.

Los impulsos suicidas son el aspecto más delicado y peligroso que debe valorarse adecuadamente al inicio de un tratamiento, pues el médico deberá decidir si es necesario internar al paciente bajo estrecha vigilancia y/ o utilizar el método terapéutico que rápidamente modifique el cuadro depresivo, a fin de evitar el serio

peligro que esta situación presenta. Su interacción social se encuentra inhibida y bloqueada, penosa, monotemática, perseverante, dificultad para rebasar su propia intimidad, impermeable frente a otros y autoconcepto peyorativo.

Otra de las dificultades que presenta es la inhibición psicomotriz la cual puede llegar hasta el punto de estupor melancólico, y puede expresar incapacidad para permanecer sentado (acaticia) y así mismo presentar aplanamiento afectivo con gestos lentos y estereotipados.

- Tendencias. Disminución de la fase del sueño paradójico, imposibilidad de dormirse, sueño inquieto, superficial y con pesadillas, frecuentemente suspendido, a veces hipersomnia, anorexia y disminución de peso. A veces pequeños episodios de bulimia. Inhibición de la apetencia sexual y apatía generalizada.
- Trastornos neurovegetativos y equivalentes depresivos. Náuseas, vómitos, sequedad en la boca, algias gástricas, hiperclorhidria, estreñimiento, descenso del metabolismo basal, probable curva diabetoide, bradicardia, taquicardia, hipertensión, cefaleas, algias y parestesias de todas clases y localizaciones, vértigo, acatacia, prurito, opresión precordial, crisis de sudoración, hipersensibilidad al ruido, trastorno del gusto, sofocos, frialdad y hormiguilla (Calderón, 1987; Polaino- Lorente, 1988).

## La personalidad predepresiva

Se podría definir como aquella forma que se caracteriza por adelantar, facilitar y predisponer hacia tal enfermedad psíquica como es la depresión. Freud (1908) señala el afán de los sujetos predepresivos y su tendencia al ahorro, por lo que este tipo predepresivo se construiría sobre una personalidad callada, preocupada, tranquila. Tellenbach (1969,1974), no toma como decisivo el estado de ánimo, y menciona que aunque sea algo destacado en estos enfermos, no resulta decisivo (Rojas, 2002).

Kretschmer por su parte ofrece un modelo tipológico predepresivo caracterizado por una tendencia al agotamiento a la que se suma una estructura pulsional específica de índole sensitiva, esa persona lo refiere todo a ella misma, de forma suspicaz, recelosa, desconfiada y hostil (Rojas, 2002).

La tipología premorbose de la depresión de Mauz (1930) tiene también mucho interés. Este autor hace un diagnóstico diferencial entre las depresiones monofásicas, las bifásicas y las crónicas circulares. Weitbretch (1966) señala que la situación predepresiva no es sino una forma de vida angustiosa, muchas veces excesivamente cargada de actividad, que no deja tiempo para el descanso o para la distracción en otras vertientes que no sean estrictamente profesionales (Rojas, 2002).

Ya Buytendijk (1964) había hecho notar que el desencadenante primordial de una depresión no es nunca una emoción, sino una situación puntual o una constelación situativa, que tanto puede ser fracaso como de éxito. El psiquiatra japonés Shimoda (1932, 1960) recoge los rasgos predepresivos más típicos de su país, entre los que destacan la hipersensibilidad del aparato emocional, que da lugar al pensamiento tenaz que se considera manifestación de un determinado gen (Rojas, 2002).

La personalidad previa a la depresión se caracteriza por: aplicación excesiva al trabajo, entrega a fondo en una actividad, honradez patológica, escrupulosidad terrible, orden enfermizo, elevado sentido de la justicia rayando en los límites excesivos, ausencia de pereza, todo aquello de forma super excesiva, patológica. El rasgo esencial según Tellenbach, es la fijación a un afán desmedido de orden (Rojas, 2002).

#### Características y consideraciones generales

Algunas de las características más comunes dentro de la depresión es la alteración en el pensamiento, estas pueden ser muy variadas, que van desde la inhibición y lentificación a la perseveración obsesiva, el empobrecimiento y rigidez y/o los cuadros delirantes de culpa, ruina, hipocondríaco, y paranoico, así como la disminución de impulsos sexuales y alimentarios aunque la inhibición del impulso

sexual puede aparecer más tarde. Sin embargo, una de las características primordiales es la tristeza o el estado de ánimo abatido, por lo que se considera el principal síntoma de esta enfermedad (Polaino-Lorente, 1988).

Spitzer y cols. (1977) establecieron tres grandes categorías: trastornos depresivos unipolares, trastornos depresivos menores y trastornos depresivos crónicos; en este último grupo se incluye la personalidad depresiva. La personalidad depresiva está constituida por un patrón de conductas y pensamientos que se inician en la vida adulta y que emergen a través de un estado de ánimo permanentemente triste, decaído, con bajo nivel de autoestima, tendencia a criticarse por todo y visión pesimista de uno mismo y del mundo que le rodea. Es importante señalar que, mientras el depresivo está triste, la personalidad depresiva es triste. La diferencia estriba en lo pasajero y permanente frente a lo transitorio y estable: lo primero aparece y desaparece; lo segundo, tiene residencia fija (Rojas, 2002).

De acuerdo con Freud (citado en Polaino-Lorente, 1988) algunas de las características principales que ha tomado en cuenta son las siguientes: extraordinaria disminución del amor propio, egotización -implicación del yo- en la reacción ante la pérdida del objeto (yotización inflacionista), autocrítica pública de su yo sin ningún pudor, lo que le diferencia del remordimiento normal, pérdida

de la autoestima, la libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto (de ahí la relación entre narcisismo y depresión), transformación de la pérdida de objeto en pérdida del yo, disociación entre la actividad crítica del yo, y el yo modificado por la identificación, rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral o canibalística del desarrollo de la libido (deseo de devorar al objeto), una vez que el objeto se ha perdido, la rigidez y el empobrecimiento del yo hace que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva, tendencia al suicidio, como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto, y es por lo que el conflicto se da entre el yo y la realidad a raíz de la pérdida del objeto.

En todas estas diferentes acepciones de depresión aparecía como uno de los trastornos más frecuentes el insomnio, Kirchoff lo encontró en el 80% de sus enfermos; Hernrich, en el 68% dando como resultado la perturbación del enfermo ya que puede ser la única pero angustiosa queja durante muchos años; este trastorno puede presentarse al principio o al final del periodo de descanso, es decir, el paciente tarda mucho en dormirse y se despierta constantemente durante la madrugada. Paradójicamente, ciertos deprimidos duermen mucho, pasan en una cama muchas horas al día, lo que constituye en realidad una forma de escapar a los síntomas de la enfermedad (Polaino-Lorente, 1988).

Otro trastorno importante que ocurre en la depresión es la anorexia, síntoma que se presenta en casi todos los cuadros agudos, pero que puede ser la única queja al paciente. Cuando es pertinaz y se prolonga por años, implica considerables pérdidas de peso, hasta de 10 a 15 Kg (Calderón 1987); se ha constatado que la bulimia se asocia frecuentemente a síntomas depresivos, en algunos casos severos, como tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones de sueño e ideación autolítica (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

Para algunos autores como Piran (1985); Hudson y Pope (1983) y Hatsukami (1984), existiría una estrecha relación entre ambas entidades, pudiendo los síntomas depresivos preceder al trastorno de la alimentación, o presentarse simultáneamente de forma estructurada, constituyendo un cuadro clínico en sí mismos. Walsh (1982) y Liebowitz (1981) abogan, más bien, a favor de formas atípicas de depresión. Otros autores, por el contrario, como Bruch (1973), Russell (1979), Fairburn (1984) y Sabine (1984), defienden la hipótesis de que los síntomas depresivos serían secundarios al trastorno de la alimentación, apoyándose básicamente en la edad de inicio, muy precoz para los trastornos afectivos; y en segundo lugar, en la poca consistencia de la clínica depresiva (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

Paradójicamente a lo antes mencionado, algunas de las personas que padecen esta enfermedad expresan un deseo compulsivo de comer, con el correspondiente incremento de peso. Esta diversidad de reacciones ha hecho que se denomine a la depresión "la enfermedad de las mil caras". Los trastornos de la sexualidad, con debilitamiento o desaparición del deseo sexual, lo cual forma parte del cuadro de reducción global de los instintos, y está vinculado al síndrome de inhibición en evolución. Con frecuencia estas personas se les ve desaliñadas y con un total desinterés por lo que le rodea (Calderón, 1987).

De acuerdo con un estudio realizado en México por Manelic y Ortega-Soto (1995) sobre la depresión en los estudiantes universitarios, se encontró que esta enfermedad puede formar la base de un problema importante para el desarrollo de un rendimiento académico satisfactorio, pues el malestar psicológico de los individuos, así como las funciones cognitivas alteradas cuando se presenta el cuadro depresivo. Según Bunberry y Cols. (1978) la prevalencia del trastorno depresivo en los estudiantes universitarios alcanza hasta un 50%, en contraste en la observada con la población general de 18 a 74 años, que es del 15%. La incidencia del trastorno aumenta durante la época de exámenes, por lo cual se considera que las demandas académicas son un factor de riesgo para desarrollar el cuadro (Cuevas-Castresana y et. al, 1989).

La inasistencia a clases, que puede deberse a la presencia de síntomas físicos o a no poder recordar lo que se ha estudiado incide desfavorablemente en el desempeño académico. Estos hechos podrían dar como resultados el fracaso en los exámenes y, eventualmente, desembocar en la deserción del alumno. Sin embargo, sólo abandonan la escuela cuando el episodio depresivo ha estado presente durante un periodo más o menos prolongado, de manera que el trastorno afectivo puede y debe ser detectado oportunamente para proporcionar al joven la atención adecuada y evitar las consecuencias psicológicas y académicas (Ostow, 1980).

Este mismo autor considera que la parte más grave de la evolución de esta enfermedad es la hostilidad ya que la vamos a ver reflejada en, el o los actos suicidas, que con no escasa frecuencia ponen fin a la enfermedad depresiva, aunque la tendencia suicida sea bastante más frecuente que los actos suicidas propiamente dichos se llega a este tipo de actos o pensamientos por la misma obsesión de autocrítica tanto implícita como explícita, se desprecia a si mismo, por lo que busca de cualquier manera la muerte, así, deja de comer alimentos para matarse de hambre además de que puede mantener pensamientos paranoides, descuida su higiene entre otros factores (Ostow, 1980).

## Teorías y causas

De acuerdo con el modelo psicoanalítico de la melancolía ésta es caracterizada por el estado de ánimo doloroso puesto que existe desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar, y los ya mencionados anteriormente, con la particularidad de mantener un deseo por ser castigados y de esta manera sofocar la culpa que siente en ese momento y que le hace sentirse deprimido.

Para Freud la melancolía es la verdadera depresión, así una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tienen una necesidad vital de tales suministros. Recorre este mundo en una situación de constante voracidad. Si sus necesidades narcisísticas nos son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso; la fijación pregenital de estas personas se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia. Su dependencia oral, por otro lado, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio de la propiciación y la sumisión. (Fenichel, 1992)

Desde la perspectiva de Abraham en 1911 (citado en Polaino-Lorente, 1988, Lahortiga, Cervera y Blanco, 1994) un psicoanalista se ocupó de la depresión mucho antes de que Freud lo hiciera; coincide en que la depresión la constituye la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente, el estado de ánimo se considera doloroso,

una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar e inhibición de todas las funciones; así también señaló la similitud entre el deprimido y el obsesivo en características de la personalidad.

Los rasgos del carácter anal más prominentes serían la preocupación por el orden, la limpieza y la puntualidad, la obstinación y una conciencia escrupulosa. Además, la persona propensa a la depresión se caracterizaría por presentar una dependencia incrementada, atributo derivado de la oralidad. El rasgo fundamental de este tipo de personalidad sería la ordenalidad, entendida como un afán de orden, del que deriva la fijación y mantenimiento de la vida entre límites rígidos que difícilmente puede ser trascendido. La minuciosidad, el perfeccionismo, la rigidez, el alto sentido del deber y las exigencias en el rendimiento personal (citado en Polaino-Lorente, 1988, Lahortiga, Cervera y Blanco, 1994).

Estas características de personalidad facilitan la aparición del sentimiento de culpa. El rasgo neuroticismo se ha considerado a menudo un factor predisponente a la enfermedad depresiva (Kennedy y Discipio, 1968; Perris, 1971; citados en Lahortiga, Cervera y Blanco 1994;).

Freud y Abraham (citados en Ostow, 1980) se dieron cuenta muy pronto de que en los depresivos existe una preocupación grande por la boca y sus actividades. Hay falta de apetito y rechazo de la

comida durante la depresión misma, mientras que en el estado complementario, es decir, en la manía, el apetito es voraz. El paciente deprimido siente como si fuera devorado por su enfermedad. Muestra una tendencia a morder en el sentido de ser mordaz, sarcástico y áspero.

La pérdida del apetito supera el deseo de morder y de devorar al objeto decepcionante de modo canibalístico. La negativa a comer no sólo es el síntoma clínico más extendido de la melancolía. Es concomitante de toda depresión y ocasionalmente alterna con la bulimia. Las ideas inconscientes de las personas deprimidas, y a menudo también sus pensamientos conscientes, están llenos de fantasías sobre personas o partes de personas que ellos pueden haberse *comido*. Para aquellos que carecen de experiencia en el análisis no cabe excederse en destacar hasta qué punto ésta incorporación oral es concebida literalmente como un acto de devorar (Fenichel, 1992).

Siguiendo con esta línea psicoanalítica de la oralidad en la depresión es un hecho que, en nuestros tiempos, parecen estar de moda los trastornos alimentarios y su relación con este trastorno del estado de ánimo (depresión), Kirszman y Salgueiro (2002) plantean seis hipótesis teóricas acerca de esta relación:

- La anorexia nerviosa se ubica junto con la depresión mayor a lo largo de un continuo.

- Los trastornos depresivos pueden predisponer psicológica o fisiológicamente, al desarrollo de trastornos alimentarios.
- Ciertos procesos del trastorno alimentario pueden expresar o poner en movimiento una vulnerabilidad genética o biológica para la depresión.
- Ambos tipos de trastornos puede surgir a partir de una base común.
- Los trastornos alimentarios coexisten y pueden interactuar con los trastornos depresivos.
- Los rasgos depresivos son comunes en los trastornos alimentarios pero no necesariamente reflejan un trastorno depresivo concurrente.
- Los trastornos afectivos son secundarios al trastorno alimentario.

Schultz (1951), reduce el problema de la depresión a sólo depresión neurótica. Su explicación la toma prestada de los elementos freudianos: la ambivalencia (entre el yo activo y el yo objetivo) y la regresión parcial a la oralidad, conservando ciertas instancias adscritas a un super yo rígido.

Melanie Klein lo plantea de un modo psicodinámico muy similar a lo que sucede en las neurosis; sólo que en la depresión el yo (identificado con el objeto bueno) se enfrenta al ello; bien porque está identificado con los objetos malos o porque con sus impulsos supone una grave amenaza o pérdida del objeto bueno. Lo paranoide,

en la versión kleniana, es una externalización del conflicto depresivo, según el cual los objetos buenos no han podido ser incorporados por el yo, lo que supone, en algún sentido, la amenaza del yo (Segal, 1975).

Spitz nos habla de depresión anaclítica presentando los siguientes síntomas: dificultades en el desarrollo motor e intelectual, ensimismamiento, inexpresividad, pérdida de peso, y vulnerabilidad aumentada para las enfermedades intercurrentes, por cuya causa algunos morían apenas con cuatro años de edad (Ajuriaguerra, 1977).

Lahortiga, Cervera y Blanco (1994) mencionan que al menos cuatro hipótesis podrían explicar la relación entre depresión y características de la personalidad (Hirschfeld y Klerman, 1979; Askisal y cols. 1983<sup>a</sup>; Hirschfeld y cols, 1983<sup>a</sup>): a) predisposición: las características de la personalidad podrían predisponer a padecer episodios depresivos. b) estado subclínico: ciertos rasgos de la personalidad (por ejemplo ciclotimia) podrían ser manifestaciones de la enfermedad. c) patoplastia: la personalidad podría influir en el cuadro clínico, en el curso de la enfermedad o en la respuesta al tratamiento. d) complicación: las características de la personalidad cambiarían como consecuencia de haber sufrido depresión.

Existen diversas teorías que se basan en la genética, algunos como Kallmann y Slater (citados en Calderón, 1987), proporcionan

datos de estudios con gemelos los cuales nos revelan el grado de transmisión de la enfermedad maniaco-depresiva por un gen dominante en las tasas de relación con los parientes. Kallmann menciona cinco datos principales:

- a) 0.4% en población general.
- b) 16.7% en medios hermanos.
- c) 23% en hermanos.
- d) 26.3% en gemelos dicigóticos.
- e) 100% en gemelos monocigóticos.

Slater por su parte utilizó métodos más precisos y encontró que en la depresión psicótica, la posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica. Hay de un 10 a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera, no un progenitor sino un hermano de éste, el riesgo empírico sería casi de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos, como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 ó 4% (citados en Calderón, 1987).

Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión y que la convivencia con una persona deprimida puede

originar el mismo cuadro en algunos de sus allegados. Finalmente, hay datos que indican, al menos aparentemente, que no sólo existe la posibilidad de heredar la depresión, sino también la forma de responder al tratamiento (citados en Calderón, 1987).

En 1990, Beck (citado en Rojas, 2002), habló de los esquemas de la personalidad depresiva, que son estilos de conducta y de pensamientos centrados en una tríada: una visión negativa de uno mismo, tendencia a interpretar las vivencias personales de forma negativa de uno mismo, tendencia a interpretar las vivencias personales de forma negativa y visión negativa del pasado. Los tres aspectos inducen al paciente a interpretar todo de forma pesimista. Se trata de tres errores en el procesamiento de la información, que un desorden en la forma de pensar predispone hacia la melancolía.

### Causas

Las causas de la depresión o las diferentes depresiones son multicausales o multifactoriales, aunque existen agentes predominantes y determinantes sobre otros. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá en el tipo de depresión que desarrolle el enfermo (Calderón, 1987).

De acuerdo con Calderón (1987) las causas psicológicas son de relevancia para la depresión neurótica ya que los principales factores

son los emocionales, ya que estos se presentan desde los primeros años de vida y me atrevería a decir desde antes del nacimiento, determinando así los diferentes rasgos de personalidad de un individuo que finalmente es lo que nos hace ser verdaderamente diferentes, algunos psiquiatras consideran estos rasgos como constitucionales. Sin embargo, no son heredados sino que los aprendemos a través de la relación cercana y dependiente hacia los integrantes de nuestra familia.

#### Causas ecológicas

En la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de vida.

Los problemas de tránsito en las grandes ciudades tienen como consecuencia un mayor número de accidentes, la pérdida económica, además de disminución de las horas de descanso. El ruido excesivo que ocasionan los autotransportes, aviones, fábricas y los equipos de sonido provocan insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, y sordera. Todas estas causas son factores predisponentes y desencadenantes de la depresión (Calderón, 1987).

## Causas sociales

Siguiendo a Calderón (1987), menciona que algunos estudios etiológicos demuestran que la afectividad en la depresión ciertamente es la respuesta a la pérdida de los lazos de una unión que en este caso se vuelve indispensable para la supervivencia y el desarrollo de nuestra especie. Lo que es interesante es la forma de defender nuestras ligas afectivas. Por lo general reaccionamos con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia, pero en ocasiones para que nos demos cuenta de qué tan fuertes son nuestros lazos, tenemos que manifestarlos cuando alguno de ellos se destruye; es decir, nos damos cuenta de esto ante una situación de duelo.

Existen varios duelos, no sólo la muerte de alguien nos muestra el duelo por el que debemos pasar sino que existe el duelo referente a cuando los hijos se separan de los padres para hacer su propia vida, desarrollar sus planes y proyectos o su familia, ésta independencia como muchos le llamaríamos, afecta ciertos lazos y algunos con los que tenemos que romper. Algunas familias pareciera que entrenan a sus hijos y a ellos mismos al dejarlos en algún campamento lejos de casa, o en casa de otros amigos, en viajes de negocios, etc, para que el duelo que más tarde vendrá sea elaborado desde otra perspectiva y de alguna manera se resuelva de manera rápida y sin mayores complicaciones.

Musacchio (1992) por su parte menciona que la depresión al mismo tiempo que es un fenómeno biológico y psicológico es un estado de patología interpersonal, puesto que el ambiente social constituye una trama de intercambio afectivo, de interrelación cultural brindando la seguridad de ser apoyado y ayudado por la familia o por personas a las cuales consideramos amigos y por las que se tiene un sentimiento fuerte o un vínculo afectivo muy grande.

El tener grupos de pertenencia nos ayudan a apaciguar aquellos momentos de soledad por el que todas las personas pasan en algún momento de su vida. Existen algunas personas con depresión crónica que están poco inclinadas a estimular la creación de nuevas redes sociales de sostén afectivo. Es un hecho comprobable que las personas que sufren depresión entran en conflictos diversos por las diferentes demandas explícitas o implícitas de afecto, ayuda y atención, ya que espera de los otros una atención constante, fiel y una provisión de afecto que jamás llegará a satisfacer a estas personas (Musacchio 1992).

## Tipos de depresión

### *Depresión enmascarada*

Es difícil precisar cuándo se utilizaron por primera vez los términos "depresión larvada, enmascarada o latente". Hempel en 1937 manejaba el término depresión distónicoconvergentativa para afecciones en las cuales aparecía -además del cuadro depresivo

A5

completo- una intensa participación de síntomas vegetativos como náuseas, vómito, falta de apetito, bradicardias, cefaleas, etc. Por su parte Walcher en 1969, por primera vez utiliza el término depresión larvada. (Calderón 1987; Uriarte 1997).

### *Depresión melancólica*

Para Kurt Schneider (1967), la tristeza inmotivada y vital era la cuestión medular de la depresión melancólica, de la que serían derivados otros síntomas, como las alteraciones del pensamiento, la inhibición psicomotora y otros muchos desajustes vegetativos. La tristeza vital no es siempre específica de la depresión: en primer lugar, porque hay depresiones que cursan sin ella; y en segundo lugar, por que hay cuadros maníacos en cuyo inicio está la tristeza y no la exaltación eufórica (López-Ibor Aliño, 1972).

Las alteraciones del pensamiento son muy variadas, van desde la inhibición y la lentificación, a la perseveración obsesiva, el empobrecimiento, la rigidez y/ o los cuadros delirantes de culpa,

ruina, hipocondríaco, y paranoico. Pero no siempre acompañan estas alteraciones a la tristeza. La disminución de los impulsos sexuales y alimentarios es otra caracterización que conviene matizar. El descenso de peso y la inhibición de la libido se han dado también como caracterizaciones de la depresión, y hasta cierto punto así es (Polaino-Lorente, 1988; Uriarte, 1997).

Pero la inhibición del impulso sexual aparece en ocasiones más tarde, como un efecto no deseado de la mediación a la que está sometido el enfermo, y no antes de instaurarse la terapia farmacológica. No obstante, todavía puede admitirse que en el perfil psicopatológico de las depresiones, la tristeza o el descenso del estado de ánimo ocupan un puesto relevante y destacado, que autoriza a considerarla como el único síntoma primario de esta alteración (Polaino-Lorente, 1988; Uriarte, 1997).

#### *Depresión neurótica*

Schultz (1951), reduce el problema de la depresión a sólo depresión neurótica. Su explicación la toma prestada de los elementos freudianos: la ambivalencia (entre el yo activo y el yo objetivo) y la regresión parcial a la oralidad, conservando ciertas instancias adscritas a un super yo rígido (Polaino-Lorente, 1988).

En la depresión neurótica la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o la adolescencia.

En la depresión neurótica el elemento "pérdida" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser algo intangible, como el afecto o la autoestima, o ser inminente y amenazadora, como la juventud que se va, un negocio tambaleante o un poder sexual declinante. La pérdida del objeto durante la etapa del desarrollo podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que la soportan sin inmutarse (Calderón, 1987).

El paciente neuróticamente deprimido sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son o moderados o parecen apropiados a los precipitantes externos. Si la depresión es grave, el trauma precipitante ha sido extremo. El individuo acongojado responde a una pérdida real e importante con sentimientos de tristeza y retraimiento pasajero de interés en otros aspectos de la vida. Sus pensamientos están centrados en su pérdida, y podrán pasar semanas o meses antes de que interés por el mundo por el mundo vuelva a su nivel (Calderón, 1987).

### *Depresión psicótica*

En este tipo de depresión los elementos genéticos tienen un papel principal ya que se caracteriza por la alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el medio (Calderón, 1987). El paciente psicóticamente deprimido

cavilará acerca de incidentes menores de su juventud que son recordados con culpabilidad y miedo de un severo castigo. El individuo psicóticamente deprimido con el mundo real está afectado. Podrá presentarse retraimiento social burdo, alteraciones perceptuales, o preocupaciones mentales, que dificultan el funcionamiento cognoscitivo normal.

El individuo en cuestión regresa a un nivel al que las funciones más maduras y autónomas de su ego podrán ser sacrificadas en caso necesario, para mantener su amor propio decadente. Retrayéndose a un sustitutivo ilusorio menos amenazador. Los síndromes depresivos psicóticos, se clasifican con frecuencia como agitados o retardados. El paciente agitado se pasea de un extremo a otro del cuarto, retorciéndose las manos y lamentando su destino. Su forma es estereotipada y a veces molesta. Da una impresión general de ansiedad intensa, pero los rasgos de su cara y el contenido de sus pensamientos revelan depresión. El paciente retardado, muestra inhibición de la actividad motora, que podrá progresar hasta llegar al estupor (Uriarte, 1997).

Sin embargo, el individuo que se encuentra psicóticamente deprimido puede justificar su negativa a comer, no como miedo a consumir, sino más bien como miedo a ser envenenado (Ostow, 1980).

### *Depresión simple*

La personalidad no sufre ningún trastorno, por lo que no se le considera como un trastorno psiquiátrico en el sentido hasta ahora reconocido para el término; el enfermo es una persona con un estado satisfactorio de salud mental, cuyos problemas psicológicos, ecológicos o sociales le han provocado un desequilibrio bioquímico que altera el metabolismo de las aminas biogénas cerebrales, originando el cuadro depresivo. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental (Calderón, 1987).

### *Depresión reactiva*

Son reacciones depresivas de una mayor duración, que se presentan después de confrontar eventos cruciales en la vida; en la actualidad se denominan trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido (Uriarte, 1997).

Musacchio (1992) considera otro la existencia de otro tipo de depresiones:

### *Depresión situacional*

La depresión situacional, no es considerada una reacción vivencial y para obtener la remisión clínica, no es suficiente la eliminación de la situación que provoca la depresión, implica ciertas alteraciones biológicas neuroquímicas y tienen una alta sensibilidad a los antidepresivos.

### *Depresión por pérdida*

La depresión por pérdida: sobre todo por pérdida de tipo afectivo o relacional abarca las de duelo y separación. Estas depresiones por pérdida producen descenso de estado de ánimo.

### *Depresión por sobrecarga y descarga*

La depresión situacional por importantes exigencias del medio: sobreesfuerzo psicológico o una exigencia interna de responsabilidad excesiva. Podría equipararse al supuesto síndrome de estrés. Ésta sobre-estimulación conduce a la depresión por sobrecarga, un vaciamiento energético, un vaciamiento depresivo. Las depresiones por situaciones de aislamiento o vacío de comunicación o falta de estímulos o de actividad: han sido denominadas por descarga. Por eso, al cesar las tareas, hay personas que quedan sumidas en un verdadero vacío existencial.

### *Depresiones por desarraigo*

Las situaciones de desarraigo o de crisis significan un cambio brusco en condiciones de vida, que exige el desarraigo de la situación en la que vivía y no se ha podido llegar a la integración y adaptación a las nuevas situaciones. Allí puede interrumpir la depresión. Estas depresiones por desarraigo ocurren durante una crisis o ruptura de ritmo de vida.

### *Depresiones multifásicas*

En este tipo de depresión los determinantes patogénicos no son exclusivamente endógenos, puesto que existen otros componentes como la vida profesional, la toma de decisiones o la responsabilidad. Mauz (citado en Calderón, 1987) señala como momento desencadenante de la depresión aquel en el cual se percibe el sentimiento de una excesiva sobrecarga, que roza ya los límites de la capacidad para sobrellevarla. Este sentimiento comienza de un modo anímico-reactivo, para tomar más adelante estratos vitales profundos.

### *Depresión unipolar*

Este paciente suele caracterizarse por ser meticuloso, inseguro, ordenado, con un alto sentido de la responsabilidad, sumisión, pasividad, y dependencia interpersonal, (Tellenbach, 1976; Pilowsky, 1979; Cahrney y cols. 1981; Matussek y Fiel, 1983; Nelson y Mazure, 1985 citados en Lahortiga, Cervera y Blanco, 1994; Uriarte, 1997).

### *Depresión endógena*

Este tipo de depresión es provocada por una causa orgánica ya sea conocida o desconocida (Uriarte, 1997).

### *Depresión doble*

Es cuando se instala una depresión mayor en un sujeto con distimia o personalidad depresiva (Uriarte, 1997).

### *Trastorno bipolar*

Los depresivos bipolares tienden a ser inestables en su estado de ánimo, extrovertidos, sociables, independientes, con un fuerte impulso a la eficacia y al éxito en el trabajo y el carácter por lo regular es obsesivo –compulsivo (Perris, 1971; Bech y cols., 1980; Matussek y Fiel, 1983; Klein y Depue, 1985, citados en Lahortiga, Cervera y Blanco, 1994; Uriarte, 1997).

### *Distimia*

La distimia, se define de la siguiente manera: estado de ánimo depresivo crónico, asociado con cansancio, bajo nivel de autoestima, inseguridad, complejo de inferioridad más o menos acusado y una desesperanza que lo envuelve todo (Rojas, 2002); así mismo se considera dentro de las neurosis ya que su principal rasgo es de desconfianza, suspicacia, pesimismo, actitud negativa hacia la vida, hostilidad y baja tolerancia a la frustración (Bonime, 1975; Matseek y Fiel, 1983; citados en Lahortiga, Cervera y Blanco, 1994).

### *Distimia secundaria*

Es una depresión leve o moderada, que tiende a ser de larga duración, que aparece después de padecer una crisis de anorexia nerviosa, somatizaciones, periodos de fármaco-dependencia, crisis de ansiedad, artritis reumatoide, entre otras enfermedades (Uriarte, 1997)

### *Trastorno afectivo estacional*

Es una depresión que con frecuencia es bipolar, se presenta en otoño o en invierno, sobre todo en los habitantes de países que viven cercanos a los polos. Esta depresión se quita viajando a los países más calurosos, cercanos al ecuador o con luz artificial. Durante el verano estos pacientes desarrollan hipomanía o manía (Uriarte, 1997).

### Diagnóstico diferencial

#### *Depresión/duelo*

Las características del duelo suelen ser muy parecidas al cuadro depresivo pero existe un criterio que lo hace diferente: la perturbación del amor propio.

Las características del duelo intenso es la reacción intensa que se tiene ante el ser amado ya sean los padres, hermanos, amigos, etc., constituye el mismo estado de ánimo doloroso, el desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un objeto amoroso nuevo y el aislamiento de cualquier actividad que no concuerde con el recuerdo de aquel objeto amado (Uriarte, 1997).

### *Trastorno depresivo no especificado*

Este trastorno es un diagnóstico que se aplica a los sujetos cuyos síntomas depresivos no satisfacen los criterios de gravedad o duración que se observan en las categorías previamente descritas. Los sujetos con este trastorno experimentan crisis ocasionales breves y leves de depresión que no se acompañan de estrés psicosocial, o quizá tengan un trastorno distímico con periodos de estado de ánimo normal que dura muchos meses (DSM-IV-TR, 2005).

A causa del carácter heterogéneo del diagnóstico y su rango de exclusión, no se dispone de datos significativos sobre prevalencia, evolución, resultados o reacción al tratamiento. Pueden surgir problemas diagnósticos en los individuos deprimidos cuyos cambios de estado de ánimo se acompañan de un proceso psicótico o siguen a éste (DSM-IV-TR, 2005).

## CAPITULO III

### IMAGEN CORPORAL

#### Definición

La imagen corporal debe entenderse como una categoría psicosocial estructurada cognoscitivamente y afectiva o emocionalmente evaluada, si es que ha de aprehenderse en relación con el concepto del *self*, del que forma parte integral y del que se separa sólo para propósitos didácticos o bien para efectos de simplificación expositiva (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Por otro lado es Gómez Pérez-Mitré (1998) quien considera que la distorsión de la imagen corporal debe ser considerada como una construcción sociocultural.

Para Pruzinsky y Cash (1990) (citados en Baños, Botella y Perpiña, 2000) este constructo es multifacético. La experiencia corporal abarca la percepción y las actitudes hacia la apariencia, el tamaño corporal, la posición corporal, los límites corporales, la competencia corporal y aspectos relacionados con el estado físico, salud y enfermedad, así como con el género de uno mismo.

De acuerdo con Schiler (1977) la imagen corporal es la representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo. Por su parte Rosenbaum (1979) se refiere a imagen corporal como la

sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, del dolor, el placer y la atención, así también, señala que el cambio físico que sufren las adolescentes durante la pubertad modifica la imagen corporal previa (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Por otro lado, Slade (1988) (citado en Baños, Botella y Perpiña, 2000), nos muestra otra definición la cual menciona la representación mental que tenemos del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos y las partes que los componen, es decir, la forma en que vemos nuestro cuerpo y la forma en que creemos que los demás nos ven.

Bruchon-Schweitzer (1992) menciona que percibir la apariencia física de los otros a menudo es considerado como un proceso global que incluye diversos detalles, por ejemplo: la forma del cuerpo, el sexo, atractivo físico, la edad, la vestimenta, los gestos y expresiones, por mencionar sólo algunos. Y esto se traduce en unas impresiones o evaluaciones globales, que a menudo ha descrito un factor de impresión agradable/desagradable. Es por lo que este autor llama imagen del cuerpo a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido

frecuentemente a unas normas y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

El término imagen del cuerpo parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el propio individuo, no sólo a propósito de un cuerpo -objeto provisto de propiedades físicas-, sino también a un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, más o menos conscientes, y a menudo de naturaleza autoevaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

#### Características

Para poder hablar sobre la imagen corporal me parece importante comenzar con algunos conceptos como peso real e imaginario de lo cual habla Gómez Pérez-Mitré (1995), ya que con base en éstos es que la imagen corporal se encuentra distorsionada:

- **Peso real.** Se entiende como el resultado que obtenemos al medirnos en una báscula, así también el valor que obtenemos de nuestro peso/talla dando por resultado el índice de masa corporal (IMC). Cabe aclarar que la medición por medio de la báscula es indirecta ya que no se puede medir directamente la grasa corporal, por lo que la medición que se obtiene no debe mantenerse como la única clasificación que se tiene para definir si una persona es obesa, normo peso o peso bajo, ya que la

edad, la herencia, la estatura, constitución, entre otras, son variables que muchas veces no se tienen en cuenta dentro de los estándares que vemos en las tablas de peso/talla y que, en gran medida, sólo forman parte de un estereotipo marcado y no como un beneficio para mantenerse en un óptimo estado de salud.

- **Peso imaginario.** Este concepto debe de tomarse en cuenta como un patrón de respuestas autoperceptivas, con base en las actitudes y juicios de valor que se ponen en juego cuando el cuerpo que estamos observando es el nuestro. Comúnmente observamos nuestro cuerpo con alguna distorsión, es decir, lo vemos generalmente con mayor tamaño de lo que en realidad es, lo que nos lleva a pensar en un peso mucho mayor, lo que nos crea rechazo, culpa y, por supuesto, insatisfacción con nuestra imagen corporal, que a su vez incrementa el miedo a engordar, el rechazo al mismo y obviamente la preocupación por la comida. Todo esto nos lleva a no ver la realidad, a crear prejuicios sobre nosotros mismos y sobre los demás.

Pruzinsky y Cash (1990) (citados en Baños, Botella y Perpiña, 2000), mencionan en forma resumida las características claves de la imagen corporal; entre ellas que la imagen corporal se compone de percepciones, pensamientos y sentimientos hacia el cuerpo, así como

la experiencia corporal. Es así, que la percepción a lo largo del desarrollo y marcado por la sociedad en la que nos encontremos inmersos, lleva a construir imágenes de la forma o el tamaño de varios aspectos del cuerpo. Las cogniciones o la cognición se refieren a todos los pensamientos, creencias y auto- afirmaciones que tenemos sobre el cuerpo y la experiencia del mismo. La parte emocional se encuentra caracterizada por las experiencias de comodidad/ incomodidad, de satisfacción/ insatisfacción asociada con nuestra apariencia o con nuestra experiencia corporal.

Es por lo anterior que las experiencias de la imagen corporal se encuentran unidas a los sentimientos sobre el yo, y que el desarrollo de esta imagen se produce de manera paralela al desarrollo evolutivo y cultural ya que este constructo del que hacemos referencia continuamente, no es estático, cambia rápida y constantemente, por lo cual nuestro concepto de imagen corporal y de cuerpo llegan a estar en constante confusión y peligro por los diferentes estándares y estereotipos a los que “según” tenemos que mantenernos, lo que nos lleva a estar en una continua competencia no sólo con otras personas sino con nosotras (os) mismas(os). Así nos damos cuenta de que es totalmente subjetivo y personal y que por este simple hecho no tiene por qué ser congruente con la realidad objetiva. Estos autores

mencionan también, que las experiencias relacionadas con el cuerpo ocurren en distintos niveles de conciencia.

Gómez Pérez- Mitré (1995) menciona que la imagen corporal es una representación social, es una especie de fotografía dinámica en movimiento es producto de una elaboración que finalmente puede tener un poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

#### Satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal

En cuanto a la imagen corporal ésta mantiene a la gente inconforme sobre todo a las mujeres, ya que la moda, los roles, y por supuesto los estereotipos cambian constantemente lo que hace que tengamos una idea distorsionada de la imagen corporal y exponamos nuestra salud a manipulaciones absurdas de los medios de comunicación para hacer compra y uso de cualquier producto reductivo, laxante, etc. Lo anterior, con el propósito de tener la figura deseada y socialmente aceptada; y si esto no lo logramos, por lo regular nos sentimos más insatisfechas y culpables por la forma y figura que tiene nuestro cuerpo.

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria y constituye el común denominador de las mismas, es decir, se encuentra presente tanto en la anorexia nervosa como en la

bulimia y en la obesidad, formando parte, en consecuencia, de la etiología multifactorial de su complejo cuadro sindromático (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La literatura nos muestra los distintos factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, teniendo los siguientes: la distorsión de la imagen corporal que se relaciona con la sobreestimación y subestimación de peso corporal, se refiere al nivel y grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal (Gómez Pérez-Mitrè, 1998).

Esta clase de factores son el resultado de las condiciones sociales externas, teniendo como protagonista a los medios de comunicación los cuales son los responsables por difundir y mantener estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, y amor, entre otros. Por consiguiente la cultura occidental tiende a ser más vulnerable así como las zonas más industrializadas. Las variables individuales más o menos objetivas –peso o tamaño y forma real-; comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y variables psicosociales subjetivas como, auto percepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, auto atribuciones,

autoconcepto y autoestima, entre otras (Gómez Pérez –Mitré, 1993, 1993b; Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Así también siguiendo a Gómez Pérez-Mitré (1993), la variable insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura.

Se ha observado también, que los niños en edades muy tempranas, aproximadamente entre los 6 y 9 años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que puede decirse que en edades tan cortas ya han adquirido las normas culturales o estereotipos del adulto de lo que es ser atractivo (Feldman, Fledman& Goodman, 1988 citados en Gómez Pérez-Mitrè, 1997), continuado en esta línea Raich (2000) menciona que ciertamente los padres presionan a sus hijas, principalmente, para tener una bonita figura, muchas veces no importando si éstas dejan de comer o incluso en algunas ocasiones los mismos padres son los que inducen a las niñas (os) a realizar dietas restrictivas sin tomar en cuenta que esas niñas o niños se encuentran en crecimiento, pero es más su obsesión por sobrevalorar la delgadez extrema que llegan al

punto de que, no importa que hacer, con tal de tener a una hija o hijo esbeltos.

Otro de los factores que se encuentra muy relacionado con la distorsión de la imagen corporal es la sobreestimación del tamaño corporal y del peso. Esta clase de fenómenos no suele ser estable pues algunas/os pacientes pueden no sobreestimar mientras que otras/os si lo hacen; en realidad son la mayoría. Cash y Deagle (1997) (citados en Ballos, Botello y Perpiña, 2000) mencionan la necesidad de hacer la diferenciación entre la estimación del tamaño de la silueta global y de la estimación de una zona particular, ya que cuando la sobreestimación se produce en dicha zona se hace muy saliente para la persona. Por otro lado la sobreestimación del peso no sólo se produce en términos del tamaño del cuerpo, sino también en el número de peso que la persona cree o siente que debe tener.

Cash y Deagle, 1995; Thompson, 1990 (citados en Gómez Pérez-Mitrè, 1998), mencionan que uno de los elementos relevantes de la imagen corporal en los trastornos alimentarios es la imagen corporal negativa, ya que conlleva insatisfacción, baja autoestima, auto reproches y por lo tanto desadaptación social.

Se ha encontrado que la mayoría de las mujeres suelen ser las más vulnerables a los estereotipos, la moda, "la belleza", las dietas, el

ejercicio excesivo y, por supuesto, a los trastornos alimentarios teniendo como base esta distorsión de la imagen corporal negativa, pues la sobre-valoración de la extrema delgadez (Mintz y Betz, 1988 citado en Gómez Pérez-Mitrè, 1998), que es promovida por los medios de comunicación, que tienen como principal estereotipo la figura ideal de la *chica Barbie* (Brownell & Napolitano 1995, citados en Gómez Pérez Mitrè, 1997), que desde una temprana edad promueve todo tipo de fantasías sobre lo que debería de ser la imagen perfecta de la mujer, la cual mantiene una figura espectacular sin mucha cadera, con busto y glúteos firmes, alta, blanca, lo que conlleva, según la sociedad occidental, a ser exitosa, carismática y elegante, entre otras muchas cualidades.

Pero así como para la mujer existen este tipo de estereotipos, para los hombres también existen otros. Desde sus edades tempranas algunos hombres mantienen el ideal de Ken el novio guapo, fuerte, con cuerpo atlético, elegante, atractivo, exitoso, todo un "príncipe azul". Lo que nos lleva también a serios problemas con la imagen corporal del varón. Me parece que en nuestros tiempos no debemos encasillar a la mujer como la más vulnerable ya que todos somos o podemos ser presa de estos terribles trastornos.

Otros autores que consideran de gran importancia esta insatisfacción por la imagen corporal y la promoción desenfrenada del culto a la figura ultradelgada como determinante del atractivo sexual de la mujer son Garner y Garfinkel, (1980) y Rodin, Silbertein, y Striegel-Moore, (1985 citados en Gómez Pérez-Mitrè 1998).

Lo que en diferentes investigaciones se ha encontrado y en mi experiencia muy personal, es que estos diferentes constructos sociales se han vuelto tan accesibles que la gente responde, no lo que cree realmente de su persona, sino lo que la gente espera que responda, es decir, deseabilidad social y es así cuando en las diferentes encuestas se pregunta si están insatisfechas con el cuerpo, responde que "no" cuando en realidad puede que sea lo contrario y es entonces como la sociedad no le da el lugar que le corresponde como un problema grave de salud pública, sino que la mayoría de la gente lo ve como una moda pasajera. Lo cierto es que cada vez hay más niñas, adolescentes y mujeres, así como hombres, muriendo por la promoción de esta figura ultra delgada.

Aguilar y Rodríguez, 1997, Brodie, Bagley y Slade, 1994, Murrieta, 1997 (citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998) señalan que con la edad se incrementa la insatisfacción y es cierto, pero me atrevería a decir que es una insatisfacción acumulada ya que en la actualidad

trabajando con niñas preadolescentes encontramos una insatisfacción muy marcada que desde el inicio o mucho antes de iniciar esta etapa fue fomentada por los padres, hermanos y familiares cercanos principalmente. Además menciona Gómez Pérez-Mitré que las chicas que presentan este problema generalmente son más delgadas que la población general.

Acosta y Gómez Pérez-Mitré (2003) en un estudio transcultural entre México/España que habla sobre imagen corporal y seguimiento de dieta, encontraron que existen más mujeres mexicanas que españolas que se encuentran insatisfechas, además de que esta insatisfacción no difiere significativamente de la cultura y la insatisfacción que presentan los varones es diferente de las mujeres, puesto que estos presentan el deseo de ser más musculosos pero no con grasa y las mujeres efectivamente no quieren un gramo de grasa pero en una complexión delgada.

Otra de las grandes causas además de los trastornos alimentarios como son la bulimia y la anorexia es el miedo a la gordura o mejor llamado dismorfobia que significa "miedo a la propia forma" (Raich, 2000). Janet (1993) (citada en Raich, 2000), menciona la obsesión que es llevada por la vergüenza del propio cuerpo, esto es parte de la dismorfobia ya que el cuerpo es considerado o visto como

feo en su totalidad y además ridículo, además de expresar un sentimiento de culpa e injusticia por la forma del cuerpo que no es como uno quiere, sino como le han hecho.

El trastorno dismórfico se compone de preocupación de algún defecto del aspecto físico imaginado por una persona que parece normal, a excepción en donde la persona tiene un defecto no muy grave esta preocupación se incrementa provocando un malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del individuo. Esta preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Raich (2000) menciona que las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastorno de la imagen corporal se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios.

El trastorno de la imagen corporal se ha descrito como una fobia al propio cuerpo, sin embargo, como menciona Raich (2000) uno puede dejar de realizar o evitar varias cosas, lugares, etc., a las cuales les tememos pero no podemos evitar nuestro cuerpo, pues con él nacimos y vivimos todo el tiempo, y esta es una posición muy difícil pues la insatisfacción, la vergüenza, la tristeza, el desagrado, la culpa, la depresión, entre otros, por la que suelen pasar estas personas es

una causa grave y que requiere de toda nuestra atención ya que hace a estas inconformes con sí mismas.

Siguiendo un poco con esta línea, los individuos que cursan una carrera universitaria en muchos de los casos suelen ser las más afectadas, debiendo de no ser así pues se debería de tener un criterio más objetivo, pero las presiones por los pares o amigos y principalmente por la familia llegan a ser más fuertes. Para una mujer universitaria que trabaja o busca trabajo suele tener el doble de presión ya que por una parte en la escuela los amigos como mencionaba presionan para que se vean mejor que sean las chicas populares con un cuerpo esculptural pues esto puede llegar a abrir muchas puertas y en el área laboral se sigue el mismo patrón, pues la mejor apariencia es la que tiene mayor éxito, pues una persona delgada aparenta inteligencia y elegancia. En ocasiones un factor predisponente es la elección de distintas carreras por ejemplo en las artes, danza, ballet mantienen altas presiones para seguir en éstas y tener un mejor desempeño (Hendricks y Herbold , 1998, citados en Nava del Negro, 2001).

Rosen (1990) (citado por Raich, 2000), menciona que los mecanismos de mantenimiento son la atención selectiva hacia la parte

o partes del cuerpo que preocupan, conductas de evitación, rituales de comprobación y confirmación.

### Teorías y modelos

Algunas de las teorías y modelos del trastorno de la imagen corporal que menciona Raich (2000) son los siguientes:

1. La teoría sociocultural menciona parte, si no es que todo lo que he mencionado hasta el momento, como es que la sociedad ha provocado que los medios de comunicación sean el vehículo más apropiado para difundir los estereotipos en los que hemos caído; como lo es el cuerpo de *Barbie*, el consumo de los productos *light*, *w. watchers*, que propician el culto a la delgadez extrema y que mantienen a una gran cantidad de mujeres dependientes de esta clase de productos para la mejora de su autoestima y atractivo físico. El ideal estético que impera actualmente es, como mencionaba, el peso bajo extremo que por consecuencia es biogenéticamente difícil y muchas veces imposible de conseguir y, si esto se consigue, tiene serias repercusiones en todo el cuerpo y puede ocasionar la muerte. Existe una frase que me llamó mucho la atención al momento de realizar estos capítulos y fue que mientras la mujer siga pensando que "lo gordo es feo, lo delgado bello y lo

bello bueno" van a continuar agravándose cada día más estos problemas. Vivimos en una sociedad delgadofílica, que parece que olvida cualquier otra característica estética frente a la delgadez para definir la belleza, por lo menos a la belleza femenina.

2. Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal. En estudios controlados se ha visto que existe relación entre la discrepancia del ideal y depresión, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios. También se ha observado que la tendencia a compararse con otras personas, en cuanto al peso, se relaciona directamente con sentirse gorda, a sentimientos depresivos y malestar.
3. Teoría de desajuste adaptativo. La sobrestimación observada en anoréxicas se explica fácilmente: la pérdida de peso y el tamaño corporal disminuido, no se habría integrado todavía en la imagen corporal, persistiendo la representación de las dimensiones corporales previas a la pérdida de peso.

## CAPITULO IV

### JUVENTUD

#### Definición

La vida adulta para Rice (1997) significa cosas diferentes para otras personas. Así, para un niño puede significar privilegios, para los padres del niño, significa madurar y asumir responsabilidades; para el adolescente significa ser uno mismo, tener un departamento y liberarse del control de los padres para otorgárselo a uno mismo. Pero lo cierto es que para llegar a ser un verdadero adulto se necesita pasar por todas estas distintas formas de concebir este concepto.

Rojas (2001) define como persona adulta a aquella que ha alcanzado un estado de madurez física, psicológica, social y cultural. En este largo proceso de convertirse en una persona libre e independiente, la madurez representa la culminación, el grado óptimo de las facultades que los seres humanos tenemos. La edad adulta es comprendida entre los 20 a los 45 años, la edad adulta media de los 45 a los 65 y la etapa tardía a partir de los 65 años.

Hoffman, Paris y Hall (1996) mencionan que, en nuestros tiempos, la edad cronológica no tiene mucha concordancia con la psicológica o la madurez puesto que podemos encontrarnos a personas

de 20 años que parecen ser más maduras que las de 40 años o viceversa.

La edad adulta temprana se le conoce como juventud y es en ésta cuando la fuerza muscular, el desarrollo corporal, la agilidad de movimiento, el tiempo de reacción a los estímulos, la fuerza, el pensamiento, la sensopercepción, la memoria, la inteligencia, entre otras alcanza, su grado óptimo; también, el aprendizaje alcanza este grado. Los jóvenes experimentan experiencias importantes como la independencia familiar, el término de sus estudios, el comienzo de una vida laboral, el matrimonio, los hijos, y es así como la madurez se va haciendo presente (Rojas, 2001).

Stone y Church (1970) mencionan que aunque la vida parezca estática no es de esta manera, puesto que todo cambia, cambian las formas de amistad, los diferentes gustos de entretenimientos y, así el espacio vital se transforma. Muchos jóvenes y no pocos adultos, consideran que la edad adulta es como una pérdida gradual de todo lo que es valioso, como son la agilidad y memoria, entre otros; sin embargo, la madurez, sobre todo la post-adolescencia, puede y debe ser una época de realizaciones, de crecimiento continuado y reiterados descubrimientos, de renovados entusiasmos y sólida sabiduría. En este momento de la vida se tiene que toma la elección de pasar a la

madurez y la vejez recordando con nostalgia el pasado o disfrutar de las alegrías que nos brinda la vida día con día. Para que un individuo alcance el tipo de madurez deseado se debe de contar con cimientos preadultos fuertes y sólidos, tales como responsabilidad ante la toma de decisiones, para que de esta manera no tenga que desviar sus energías hacia problemas infantiles no resueltos, ni cuidar de viejas heridas.

#### Características generales

Moraleta (1994) menciona que el desarrollo de la persona ha terminado en esta etapa; el desarrollo intelectual, ha llegado a su máximo nivel, las transformaciones fisiológicas son mínimas, la emotividad y la sexualidad alcanzan un estado relativo de equilibrio, la vida social es más intensa, algunos jóvenes prolongan sus estudios universitarios, algunos trabajan o realizan ambas actividades, el ingreso a la vida laboral marca a esta etapa y su interés, por otra parte consiste en dominar su oficio o carrera profesional, para ascender de puesto y mejorar su vida social.

Algunos jóvenes que prolongan sus estudios y que también prolongan su estancia con sus padres ven la entrada al mundo laboral más complicada por la estrecha dependencia que existe hacia su familia. Otros jóvenes en cambio, tienen que salir de sus hogares edad

temprana para estudiar, lo que conlleva trabajar y asumir responsabilidades, que a su vez los lleva a una madurez más firme. La consolidación de los intereses que se tengan será por lo menos después de los 21 años, ya que éstos se vuelven más realistas, se jerarquizan valores y orientan estos intereses hacia un solo punto, no sólo llevarlos a cabo, sino realizarlos en toda su magnitud.

Algunos de los intereses personales que marcan la vida de los jóvenes son los siguientes: la importancia de la amistad y el amor, ser útiles en la sociedad, ser libres e independientes, poseer una amplia cultura y conocimiento, llevar una vida honrada, tener buena salud y formar una familia.

Rappoport (1978), por su parte, dice que la misión principal del desarrollo en la transición de la adolescencia a la adultez, es reducir las confusiones que generó la adolescencia. En las sociedades modernas el período que va de los 18 a los 25 años es como un embudo, ya que a medida que avanzamos se va reduciendo la libertad de maniobra; hacia los 25 años la mayoría se encuentra ya desempeñando el rol adulto; en esta etapa, para responder a los desafíos de esta nueva vida independiente debe despojarse del marco social y emocional que le proporciona la juventud, lo que significa tirar por la borda muchas fuentes externas de seguridad, pero no quiere

decir, que el adulto joven se transforma en una persona fría respecto a su pasado, sino que deberá cambiar el orden de sus prioridades; por lo que, en ocasiones puede contrariar las expectativas de la familia con las del joven adulto al tomar decisiones que para él sean en ese momento importantes, y en adelante puedan generar mayores beneficios que las que tenga la familia para él.

### Desarrollo físico

La mayor parte de las personas durante la juventud se encuentran en la cima de la agilidad, rapidez y fortaleza física. Los hombres en su mayoría suelen estar orgullosos de sus cuerpos, no así las mujeres. En general, los adultos jóvenes dan por sentado que tienen buena salud y capacidad física. En la edad adulta se sientan las bases del funcionamiento físico para el resto de la vida; la alimentación de los adultos, la actividad física que desarrollan, el hábito de fumar o beber, así como el consumo de drogas son factores que influyen mucho en el estado de salud y el bienestar actual y futuro. Hacia los 25 años, la mayor parte de las funciones corporales se han desarrollado por completo, la agudeza visual es máxima casi de los 20 a los 40 años, y el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y el calor generalmente permanecen intactos, por lo menos, hasta los 45 años (Papalia, 2005; Craig, 2001).

Stone y Church (1970), nos dicen que los primeros años de la juventud, sobre todo los primeros veinte, son los mejores para un trabajo físico duro, para la reproducción sin problemas y para alcanzar un mejor rendimiento atlético. En algún momento entre los 15 y los 30 años, el crecimiento global se detiene y comienza la senescencia, definida como un declive gradual de las funciones físicas relacionadas con la edad. Ello es cierto para todos: no hay nadie que al final de la juventud, a los 40 años, tenga un cuerpo que funcione tan bien como lo hacía al principio de la edad adulta. Sin embargo, a lo largo de la edad adulta, la relación entre senescencia (decaimiento por la edad) y edad cronológica es difusa, con marcadas variaciones entre una persona y otra y un órgano y otro, a causa de la influencia de los genes, el entorno y el estilo de vida personal.

Como se menciona antes, las marcas del envejecimiento también empiezan en esta época. Hacia los 20 años empiezan a tener lugar en las personas, lentos y continuos cambios, que afectan el funcionamiento del cuerpo humano (Spence, 1989). El tono muscular y la fuerza, por lo general alcanzan la cima después de los 20 y los 30 años, empiezan a descender después de esa edad. Los cambios también tienen lugar dentro del cuerpo. Incluso si el peso no cambia, hacia finales de la juventud la proporción de tejido adiposo en los

músculos empieza a aumentar. Además, la cantidad de aire que pueden absorber los pulmones en una sola respiración empieza a descender entre los 20 y 30 años, disminuyendo 1% por año, del mismo modo que lo hace el índice en que los riñones filtran su sangre (Vestal y Dawson, 1985). Las arterias también empiezan a envejecer, apareciendo placas de grasa, duras y amarillas en sus paredes, especialmente en las personas propensas a la aterosclerosis. Una dieta deficiente y la falta de ejercicio contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas que no se manifestarán hasta la mitad o a finales de la etapa adulta (Hoffman, Paris, y Hall, 1996).

Puesto que la mayoría de los adultos jóvenes son saludables, no es sorprendente que los accidentes sean la principal causa de muerte de los estadounidenses entre los 25 y 44 años; luego de ésta, le sigue el cáncer, y después, las enfermedades cardiovasculares seguidas por el suicidio, el SIDA y el homicidio (Hoyert, Kochanek y Murphy, 1999); por otro lado la personalidad, las emociones y el entorno social importan más que lo que las personas saben que deben hacer, pues las conducen a seguir comportamientos no saludables. Las relaciones personales pueden ser vitales para la salud. Los adultos que no tienen amigos o seres amados son susceptibles de sufrir una amplia gama de problemas, incluidos accidentes de tráfico, trastornos alimentarios y

suicidio (Baumeister y Leary, 1995). Las personas aisladas de los amigos y la familia tienen dos veces más probabilidad de enfermarse y morir que las personas que tienen lazos sociales (Hause, Landis y Umberson, 1988). Estos últimos pueden fomentar el sentido de significado o coherencia de la vida, mientras que el apoyo emocional puede ayudar a minimizar el estrés. Las personas que están en contacto con otras pueden tener más probabilidades de comer y dormir con sensatez, realizar suficiente ejercicio, evitar el abuso de fármacos y obtener la asistencia médica necesaria (Papalia, 2005).

#### Desarrollo cognitivo

En esta etapa, la inteligencia juvenil se define principalmente por el pensamiento formal, el cual se caracteriza por el desarrollo de formas especiales y específicas de inteligencia, esta manifestación es debida a las aptitudes naturales, pero también al aprendizaje. Entre los 18 y 19 años parece ser la edad de mayor frecuencia y rendimiento en la inteligencia espacial y mecánica, puesto que el razonamiento presenta un notable incremento cualitativo en su funcionamiento. De modo general, la inteligencia de la mujer se encuentra más a su satisfacción en lo concreto que en lo abstracto, especialmente en lo concreto del orden cualitativo, como el análisis de formas, matices y colores; en lo que se refiere al análisis de los sentimientos humanos,

las mujeres suelen ser más intuitivas que los varones, para lo que se muestran, o nos mostramos, más fascinadas y sin espíritu de crítica (Moraleda, 1994).

En cuanto a la riqueza del vocabulario las mujeres suelen retener más detalles que al varón. Pero, para todas aquellas operaciones que requieran de ejecución manual y manipulación de objetos delicados se muestra ligeramente superior el varón respecto de la mujer; ya que el varón se encuentra más inclinado por la abstracción, la síntesis y el razonamiento lógico así como las operaciones espaciales y se interesa, más que la mujer, por los estudios técnicos y especulativos, en particular la filosofía y la elaboración de sistemas e ideologías sociales, políticos o religiosos. Su facilidad para la manipulación de objetos de tamaño grande e instrumentos mecánicos es también superior en el varón a la de la mujer (Moraleda, 1994).

Por su parte, Papalía (2005) menciona que el pensamiento parece más flexible, abierto, adaptable e individualista, se basa en la intuición, la emoción y la lógica para ayudar a las personas a enfrentar a este mundo caótico en el que vivimos, ya que aplica el fruto de la experiencia a situaciones ambiguas y se caracteriza por la capacidad para enfrentar la incertidumbre, la coherencia, la contradicción, la imperfección y así también el compromiso. Esta

etapa, por su parte, es la más elevada a la cognición adulta o mejor dicho al pensamiento post-formal, este tipo de pensamiento permite a los adultos trascender un único sistema lógico o un sistema político establecido y reconcilia y elige entre ideas y exigencia contrapuestas.

El pensamiento post-formal se compone de varios criterios según Sinnott (1984, 1998; citado en Papalia, 2005 ): los mecanismos de conmutación se refieren a la capacidad de pasar del razonamiento abstracto a las prácticas del mundo real y viceversa; la múltiple causalidad de soluciones; pragmatismo que es la capacidad de escoger la mejor de varias soluciones posibles y reconocer criterios para la elección; la conciencia de la paradoja hace reconocimiento de que hubo un problema o solución que implica un problema como consecuencia. En referencia a la educación superior se puede ver que ésta etapa es de descubrimiento intelectual y de crecimiento personal. Así, los estudiantes cambian, desafían valores y puntos de vista que se consideran la norma de la sociedad teniendo por resultado la aportación de nuevos modelos de papeles o roles que adquiera la juventud.

## Desarrollo social y emocional

Este desarrollo es principalmente marcado por la sociedad puesto que influye en las actitudes y la conducta de todos aquellos que la conformamos; Neugarten y Neugarten (1986 y 1979) (citados en Hoffmann, Paris y Hall, 1996), mencionan que tanto hombres como mujeres tienen relojes sociales marcados por la sociedad que les ayudan a juzgar su propia conducta y también la de los demás en términos de pronto, tarde o a tiempo; por otro lado, estos mismos autores nos dicen que las diferentes normas y valores ciertamente varían con el paso del tiempo y que la edad, que anteriormente era adecuada para estudiar una carrera, para casarse y así mismo para convertirse en padre/madre, ya no es la misma; ahora existe un mayor número de hombres y mujeres que desean esperar más para contraer matrimonio. En 1991 la edad promedio en Estados Unidos para casarse era de 24 años; las personas en la actualidad y sobre todo de la clase media están dispuestas a esperar más tiempo con el propósito de ser profesionistas, obtener un buen empleo, viajar, y ampliar sus horizontes y quizá formar una familia.

De acuerdo con Rice (1997) el significado de la vida adulta es social, ya que uno no puede ser adulto si la persona no es percibida como tal. Es en esta parte donde la apariencia es un factor

importantísimo para la sociedad ya que lo que se refleja, supuestamente, es lo que se es; así si una persona desde que inicia su adultez se ve todavía como un adolescente, éste será visto como irresponsable, inmaduro, etc., aunque no lo sea y viceversa.

#### Desarrollo emocional

Rice (1997) menciona que el ser adulto incluye la madurez emocional que implica un alto grado de estabilidad emocional, un buen control de impulsos, elevada tolerancia a la frustración y la libertad de oscilaciones violentas del estado de ánimo, lo que nos permite funcionar de manera autónoma.

Salovey y Maller (1990) se refieren a la inteligencia emocional como la capacidad de comprender y regular las emociones, reconocer y manejar los sentimientos propios y ajenos; es decir, la capacidad para procesar la información emocional. Por su parte, Goleman (1995) amplía este término incluyendo cualidades como optimismo, rectitud, motivación, empatía y competencia social, ya que éstos son más importantes para tener éxito en la vida que el CI (Papalia, 2005).

Según Moraleda (1994), para referirnos a un adulto con buena inteligencia emocional se tiene que hablar de autoestima, ya que ésta es la que nos afecta en la motivación y guía la conducta del momento presente, influyendo en la persona para que realice o evite acciones

específicas. El aspecto físico, los roles sociales y las habilidades se encuentran íntimamente relacionadas con el concepto del *yo*, que por consecuencia de los inicios de la etapa adulta cambian así en muchos casos los jóvenes adultos se valoran más que cuando se encontraban en la adolescencia.

Al hablar de desarrollo social y emocional no podemos dejar de lado las relaciones interpersonales, pues suelen ser una parte muy importante en la transición de la adolescencia a la adultez; de acuerdo con Mitchell, Wister y Brunch (1989), a medida de que los adultos jóvenes se responsabilizan de sí mismos, ejercen el derecho de tomar sus propias decisiones y redefinir las relaciones con sus padres; las amistades o las relaciones amorosas suelen convertirse en vínculos de toda la vida o, por el contrario, desaparecer y ser reemplazados por otras nuevas relaciones. La intimidad, por otra parte, suele ser cercana, cálida y comunicativa, y puede desembocar o no en contacto sexual, (Rosenbluth y Steil, 1995).

Las personas se hacen íntimas, de acuerdo con Harvey y Omarzu (1997) y Reis y Patrick (1996), por los descubrimientos compartidos, las respuestas a la necesidades de los demás y la aceptación y el respeto mutuos; esta intimidad incluye así también, un sentido de pertenencia para que las relaciones se vuelvan estables, fuertes,

cercanas y cariñosas pues como se menciona antes, es una motivación muy importante para esta etapa y para cualquier ser humano (Papalia, 2005).

Las amistades adultas según (Fehr, 1996 y Brehm ,1992; citados en Craig, 2001), son el aspecto esencial de la vida adulta, puesto que son personas en las que depositamos nuestra confianza, que contamos con su apoyo en los momentos difíciles y aquellos en los que la felicidad nos embarga. Estas relaciones suelen caracterizarse por el vínculo emocional positivo, así como de la satisfacción de las necesidades y la interdependencia.

#### Educación y trabajo

Hoffmann, Paris y Hall (1994), dicen que a menudo, la personalidad, los intereses y los valores son la base para la elección de una ocupación, pero muchas personas se encuentran en el trabajo de su vida por casualidad. Estos factores aparentemente irrelevantes, como el tomar decisiones en alguna área de la vida, ya sea el emplazamiento del hogar, la suerte y el género, pueden determinar la carrera o el trabajo que guarda a una persona.

Para la juventud, un importante campo ocupacional es la profesión, el hecho de la elección de una carrera universitaria impulsan al trabajo y la satisfacción o insatisfacción que produce dicha

profesión. Los diferentes motivos o intereses que lleva a las y los jóvenes a elegir una profesión y a ejercer la misma desempeñan un papel importante, pues para muchos jóvenes la máxima aspiración es adquirir una posición social que el trabajo profesional les da. El ser útil en la sociedad aparece como segundo motivo, y significa un deseo real de colaborar en la construcción del mundo en la marcha de la vida. Toda esta parte es una de las mejores, sino es que la mejor, pero también existe la contraria, los aspectos negativos son la causa de la frustración e insatisfacción que nos produce el trabajo que desempeñamos al no cumplir con las expectativas que de él se tienen como son los sueldos bajos, la falta de profesionalismo, el poco tiempo libre, la poca iniciativa que se les concede, entre muchas otras (Moraleda, 1994).

Según la teoría de Hollands (1985, citado en Hoffmann, Paris y Hall, 1994), sobre la elección del trabajo y la carrera, las diferencias en la personalidad son cruciales; en ella, los seis problemas básicos de la misma están correlacionados con las opciones ocupacionales. La gente que muestra los temas básicos (realista, investigador, artístico, social, convencional y empresa) se ven atraídos por ocupaciones que son compatibles con estos temas. Cuando la ocupación y la

personalidad encajan, la persona suele estar satisfecha, sigue con su trabajo y asciende en su carrera.

De acuerdo con Papalia (2005), las elecciones educativas y profesionales en E. U. A., después de la escuela secundaria, son producto del desarrollo cognitivo de los primeros años y, con frecuencia, representan oportunidades de mayor crecimiento cognitivo. En la actualidad, 2 de cada 3 graduados de la escuela secundaria ingresan directamente a la educación superior y, de los cuales casi dos terceras partes van a instituciones tecnológicas. La mayoría de quienes completan su primer año de estudios se gradúa en Estados Unidos. Comparado con México, y de acuerdo con el INEGI (2005), el 18.5% de la población estudiantil se encuentra cursando el nivel medio superior; mientras que para el nivel superior sólo un 13.6% y un 14.6% logran terminar el nivel superior. El entorno educativo y laboral, en ocasiones lejos del hogar, puede ofrecer la oportunidad de mejorar las capacidades de responsabilidad, creatividad, la curiosidad intelectual, razonamiento, así como la experiencia universitaria que conduce a un cambio fundamental en la manera de pensar de los estudiantes, ya que muchos estudiantes llegan a la universidad con ideas rígidas acerca de la verdad, y sólo pueden concebir el lado correcto de una respuesta, pero después de este período comprenden

que el conocimiento y los valores son relativos, reconocen que las diferentes sociedades e individuos tienen sus propios sistemas de valores, descubren también que sus opiniones son válidas. Por otro lado, se ha estimado que una tercera parte de los estudiantes universitarios se dedican de tiempo completo a sus estudios; y dos terceras partes trabajan medio tiempo para ayudar a pagar sus estudios.

La exposición de las personas jóvenes a la información sobre las vocaciones constituye sólo un primer paso. Es preciso animarlos también a evaluar sus intereses y aptitudes muy cuidadosamente; por ello, algunos asesores debieran tratar de explicarles cómo adoptar decisiones "apropiadas", "realistas" y "flexibles"; y será preciso que motiven a los jóvenes para que alcancen decisiones factibles. Borow (en Adams, 1968) señalaba que los aportes más prominentes en esta área tratan la adopción de decisiones sobre la ocupación, sobre el resultado de una experiencia anterior de desarrollo que se inicia desde los primeros años de la niñez.

De esta manera, según Super (1957) la identidad sexual del niño que crece, su creciente independencia, y su capacidad de asumir responsabilidades, debieran sumarse hacia el final de la adolescencia en una elección ocupacional que refleje y satisfaga la concepción que

el adolescente tiene de sí mismo como individuo. Los jóvenes pueden reconocer de forma intuitiva la tiranía que una ocupación puede ejercer sobre sus vidas, y que el compromiso con una carrera, no es nada menos que el compromiso con un tipo particular de identidad personal.

La elección de carrera puede entenderse como algo que influye virtualmente sobre los aspectos importantes del concepto de sí mismo. Así, en ocasiones, la identidad personal se verá afectada por la conducta que una determinada ocupación exige; claro que caeríamos en un error si se adoptara una visión enteramente negativa, puesto que los jóvenes adultos pueden obtener importantes beneficios a partir del desempeño de roles ocupacionales que les permitan encontrar nuevos y constructivos significados para sus vidas. Los jóvenes dotados de un fuerte sentido de identidad de su yo, se hallan en mejores condiciones de resistir los dictados de la prudencia de corto vuelo; y a un nivel más práctico parecería que la mejor guía con que cada uno puede contar es la propia intuición (Rappoport, 1978).

Según Robert Havighurst (1964; citado en Craig, 2001), el ciclo ocupacional comienza en la niñez media, lo divide en una serie de etapas basadas en la relación que el individuo establece con el trabajo en distintos momentos de su vida, y pone el acento en la adquisición

de actitudes y habilidades laborales. Estas etapas son las siguientes:

a) identificarse con un trabajador (de 5 a 10 años), en donde los niños se identifican con su padre o con su madre que trabajan y, por lo mismo, la idea de trabajar empieza a formar parte de su autoconcepto. b) adquisición de los hábitos básicos de laboriosidad (de 10 a 15 años), los estudiantes aprenden a organizar su tiempo y sus actividades, a fin de realizar tareas como el trabajo escolar o los quehaceres domésticos; aprenden, además, a dar prioridad al trabajo sobre el juego cuando es necesario. c) adquirir una identidad como trabajador (15 a 25 años), es cuando las personas escogen su ocupación y comienzan a prepararse para ésta; adquieren la experiencia laboral que les ayuda a escoger su profesión y a iniciarse en ésta. d) convertirse en persona productiva (25 a 40 años), significa que el adulto perfecciona las habilidades necesarias para desempeñar la ocupación escogida y para progresar en ésta. e) mantener una sociedad productiva (40 a 70 años), se ve reflejada cuando el trabajador se encuentra ahora en el nivel más alto de su carrera. Comienza a dedicar tiempo y atención a las responsabilidades sociales y cívicas que se relacionan con su empleo. f) contemplar una vida productiva y responsable (70 en adelante), en esta etapa el trabajador

ya está jubilado y en una mirada retrospectiva, examina su carrera y sus aportaciones, tal vez con satisfacción.

Los jóvenes cambian de empleo antes de hacer un compromiso profesional serio; muchos adultos realizan uno o varios cambios a la mitad de su carrera. Estas modificaciones pueden ser resultado de factores que escapan del control de la persona, como cuando una compañía lleva a cabo una reestructuración y despide empleados o cuando un puesto simplemente queda obsoleto. También puede deberse a una reevaluación de la carrera, como cuando alguien llega al tope sin que pueda avanzar en su ocupación actual o cuando siente que ha agotado las posibilidades y decide dedicarse a otra cosa (Craig, 2001).

La época universitaria puede ser de búsqueda intelectual y de crecimiento personal. Para los estudiantes tradicionales, la universidad ofrece la posibilidad de cuestionar supuestos mantenidos en la niñez, y así moldear una nueva identidad como adulto. Algunas veces este cuestionamiento conduce a una crisis de identidad y origina problemas graves como podrían ser el abuso del alcohol y las drogas, desórdenes alimentarios, exposición a ciertos peligros e incluso el suicidio. Los estudiantes cambian en respuesta a otros estudiantes que desafían puntos de vista y valores sostenidos por mucho tiempo; a la cultura

misma del estudiante, que es diferente de la cultura de la sociedad en su conjunto; al currículo que le ofrece nuevas ideas y maneras de pensar y a los profesores de la facultad, que con frecuencia se interesan en algunos estudiantes y les proporcionan nuevos modelos y roles (Madison, 1969, citado en Berger y Thompson, 2001).

Hay poco interés en la educación personal, por la profundización y el enriquecimiento del modo en que una persona se comprende a sí misma y comprende al mundo en que vive. Las escuelas reconocen tácitamente que el joven está en vísperas de tener un empleo lucrativo, de casarse, de ser padre o de realizar el servicio militar, pero todavía les parece demasiado joven para someterlo a las controversias sociales (Stone y Church, 1970).

#### Transiciones a la vida adulta

Convertirse en adulto es un proceso complicado, sobre todo en la sociedad occidental pluralista y muy industrializada; en diferentes segmentos de la sociedad buscan proteger sus propios intereses levantando barreras contra la admisión; los sindicatos exigen largos periodos de aprendizaje, los negocios pueden requerir empleados que tengan años de educación formal y, mientras la persona no cumpla los requisitos establecidos por el grupo, se le niega la pertenencia adulta a esa sociedad. En la medida en que los requisitos se hacen más

exigentes, la edad de admisión a la fuerza de trabajo adulto se demora y en consecuencia se alarga el periodo entre la niñez y la vida adulta. Por otro lado, el separarse de los padres es un paso importante para este proceso; los adultos jóvenes se refugian con sus amistades para romper con los vínculos cercanos con los padres, esto les permite establecer una residencia separada (Thornton, Young-DeMarco y Goldscheider, 1993). Esta separación les proporciona la oportunidad de convertirse en una persona única.

Pero para Erikson (1968 citado en Rice, 1997) la formación de la identidad no empieza ni termina en la adolescencia, sino que es un proceso permanente de selección y asimilación de las percepciones y expectativas de los padres, los compañeros, sociales y propias. Los jóvenes adultos también se ven involucrados en la tarea de realizar un compromiso ocupacional: terminar su educación, ingresar al mundo laboral, obtener destreza en el trabajo y alcanzar la independencia económica. El éxito profesional brinda un sentido de satisfacción y valor, un trabajo del que se disfrute contribuye a la felicidad personal y agrega un significado a la vida.

Prácticamente todas las autoridades concuerdan con la proposición del sentido común, según la cual la elección de pareja y la elección de una carrera o programa educativo constituyen problemas

cruciales que dominan la vida de la mayoría de los adultos jóvenes. Cabe considerar estos problemas como los dos acontecimientos críticos de la transición de la adultez, por lo que los contornos finales de la personalidad adulta dependerán de cómo se resuelvan.

La desilusión constituye una condición psicológica crítica que no se utiliza aquí con sus connotaciones negativas usuales. El ingreso en la adultez no se halla inevitablemente acompañado por el cinismo o la pérdida de todos los ideales; pero sí ocurre que la experiencia típica de este período puede forzar inevitablemente a las personas jóvenes a reevaluar y modificar buena parte de las ideas, que hasta entonces, han concebido sobre sí mismos y sobre el mundo. Las personas jóvenes que no logran completar sus estudios universitarios deben experimentar, casi por definición, alguna seria pérdida de ilusiones, y el número de estas personas es sorprendentemente elevado. El esfuerzo por justificar que la desilusión constituye un estado crítico de la transición a la adultez, podría continuarse acumulando todos los tipos de pruebas que sugieren o demuestran la existencia de grandes cambios en este periodo.

En este proceso de desilusión, Sanford (1966 citado en Rappoport, 1978) ha sugerido que opera aquí un proceso fundamental de "desafío y respuesta": las personas jóvenes se encuentran con una

serie progresiva de desafíos mientras van pasando a la madurez, y sus esfuerzos por responder a ellos involucran los cambios que se describen en este texto bajo el encabezamiento de la "desilusión". Pero, no basta con decir que la desilusión se comprende como respuesta a los desafíos con que se tropieza durante la transición a la adultez; ni añadir que en general, la sociedad desafía y el individuo responde, el proceso de la desilusión se produce simultáneamente a un nivel singularmente personal y a un nivel sociocultural más amplio.

Por su parte, Farnsworth (1968 citado en Rappoport, 1978) ha propiciado una lista típica de las tareas con que se enfrentan las personas que se encuentran en la edad de los estudios universitarios. Esta lista incluye: a) el establecimiento de la independencia con respecto a los progenitores; b) aprender a manejarse con autoridad; c) aprender a aceptar las incertidumbres emocionales; d) el desarrollo de la sexualidad madura; e) el logro de la seguridad en un sentido de capacidad y autoestima, y f) adquisición de normas y valores. El crecimiento individual trae consigo cambios acumulativos que el sujeto reconoce repentinamente como una nueva visión. Al parecer, es más frecuente, que en muchas instituciones las ilusiones adolescentes se pierdan o se modifiquen en forma gradual.

## Teorías y modelos

La teoría psicosocial de Erikson (1982 citado en Hoffmann, Paris y Hall, 1994; Rice 1997; Berger y Thompson 2001; y Craig, 2001) sobre el desarrollo del adulto, deriva de su teoría de las ocho etapas del ciclo de la vida. Propuso que el desarrollo consiste en la resolución progresiva e inevitable de los conflictos entre las necesidades y las exigencias sociales. La principal tarea que afrontan los adultos es el incremento de la intimidad, avance que presupone el temprano desarrollo de la identidad en la adolescencia. La alternativa a la intimidad es el aislamiento. Cuando los adultos resuelven con éxito el conflicto, son capaces de comprometerse en una relación que exija sacrificio y compromiso. Son capaces de amar a otras personas de modo más o menos desinteresado. Si el aislamiento domina la intimidad, sus relaciones emocionales son frías y poco espontáneas, y no existe un verdadero intercambio emocional. Una persona puede entablar relaciones sexuales sin desarrollar intimidad, especialmente si él o ella temen la fusión emocional que supone una relación comprometida.

La teoría de Levinson (1978 citado en Hoffmann, Paris y Hall, 1994; Rice 1997; Berger y Thompson 2001 y Craig, 2001) describe el desarrollo del varón desde aproximadamente los 17 a los 22 años

como período de transición a la juventud. Los hombres, siguiendo un desarrollo similar al del logro de la identidad de Erikson, trabajan para independizarse psicológicamente de sus padres. A los 22 años se vuelven autónomos y pasan a una fase estable, mientras intentan hacerse un lugar en el mundo de los adultos; al mismo tiempo, aprenden a relacionarse con las mujeres y forman un hogar y una familia. A los 28, pasan a otra fase transitoria, en la que ven los puntos débiles de los patrones de sus vidas y toman nuevas decisiones. Cuando tienen 33, ya están preparados para "sentar cabeza"; la consolidación de la carrera se convierte en la meta principal y se concentran en desarrollar sus habilidades y profundizar las bases de la experiencia; también se esfuerzan por conseguir metas más altas que se han propuesto. Pero junto a este afán de ordenar sus vidas y conseguir objetivos, existe el de ser libres y no tener ataduras. En la transición de las mujeres a la etapa de los 30 adoptan la forma de una reevaluación, mientras intentan cambiar su enfoque de la profesión de la familia.

En la teoría de Gould (1975, 1978), los jóvenes adultos pasan por cuatro fases a) empieza a finales de la adolescencia y dura hasta los 22 años, en donde las personas están forjando su identidad y se están separando del mundo de sus padres y establecen su autonomía;

b) se proponen alcanzar sus metas; c) entre los 28 y los 34 años pasan una etapa transitoria, en la que se cuestionan algunas de sus metas anteriores y evalúan de nuevo su matrimonio (en caso de estar casados); d) alrededor de los 35 años, su descontento se hace más profundo y se agudiza al darse cuenta de que se aproximan a la mediana edad; la vida puede parecer dolorosa, difícil e incierta. Durante este inestable período, que dura hasta aproximadamente los 43 años, algunos parecen romper con el entramado de sus vidas y volver a recomponerlos de nuevo de otra forma (Hoffmann, Paris y Hall, 1994; Rice 1997; Berger y Thompson 2001 y Craig, 2001).

Schaie (1977-1978 citado en Papalia, 2005) propuso un modelo que cuenta con 7 etapas por las que el ser humano pasa a lo largo de su vida y son las siguientes:

- Etapa adquisitiva (niñez y adolescencia). Adquieren información y habilidades que les serán útiles o les servirán de preparación para participar en la sociedad.
- Etapa de logros (18-21 y 30 años). Ya no adquieren conocimiento sólo para utilizarlo sino emplean lo que saben para conseguir objetivos, como estudiar una carrera y tener una familia.
-

- Etapa responsable (39 a 60 años). Las personas de edad mediana emplean la mente para resolver problemas prácticos asociados a responsabilidades frente a los demás, como miembros de una familia o empleados.
- Etapa ejecutiva (30 o 40 años hasta la edad adulta intermedia). Las personas situadas en la etapa ejecutiva, que puede coincidir con la etapa responsable y de logros, son responsables de sistemas sociales o de movimientos sociales. Sostienen complejas relaciones en diversos niveles.
- Etapa reorganizadora (fin de la etapa adulta intermedia, comienzo de la edad adulta tardía). Las personas que se jubilan reorganizan sus vidas y las energías intelectuales alrededor de actividades significativas que remplazan el trabajo pago.
- Etapa reintegradora (edad adulta tardía). Los adultos mayores, que pueden haberse apartado del mundo social y cuyo funcionamiento cognitivo puede estar limitado por cambios biológicos, con frecuencia son más selectivos de las tareas a las que dedicarán sus esfuerzos. Se enfocan en el propósito de lo que hacen y se concentran en tareas que tienen el máximo significado para ellos.
-

- Etapa del legado (vejez avanzada). Cerca del final de la vida, una vez completada la etapa reintegradora, las personas ancianas pueden dar instrucciones para la disposición de sus posesiones más preciadas, hacer los arreglos para el funeral, contar historias orales o escribir las historias de su vida como un legado para sus seres queridos. Todas estas tareas involucran el ejercicio de competencias cognitivas en contextos sociales y emocionales.

Cabe mencionar que no todas las personas atraviesan estas etapas en la época prevista.

*Teoría triangular del amor propuesta por Sternberg*

Esta teoría demuestra las complejidades que supone establecer relaciones amorosas. Afirma que el amor tiene tres componentes: el primero es la intimidad, que es la sensación de contacto estrecho que se experimenta en las relaciones amorosas; el segundo es la pasión, que se refiere a la atracción física, la excitación y la conducta sexual de una relación, y por último, la decisión y el compromiso, ya que las personas tienen que darse cuenta de que están enamoradas y hacer el compromiso de mantener ese amor, y este compromiso es a corto, mediano y largo plazo (Craig, 2001).

*Modelos de rasgos: los cinco factores de Costa Y McCrae*

Estos investigadores decidieron desarrollar y probar modelos de cinco factores que son: a) La neurosis, la cual es una agrupación de seis rasgos negativos que indican inestabilidad emocional como son ansiedad, hostilidad, depresión, timidez, impulsividad y vulnerabilidad. b) La extroversión, la cual también tiene seis facetas: calidez, carácter sociable asertividad, actividad, la búsqueda de actividades excitantes y emociones positivas. c) La apertura a experiencias: estas personas están dispuestas a emprender nuevas actividades y acoger nuevas ideas, tienen imaginación vívida y sentimientos fuertes, aprecian la belleza y las artes, y cuestionan los valores tradicionales. d) La rectitud: estas personas son triunfadoras, competentes, ordenadas, cumplidoras del deber, concienzudas y disciplinadas. Y por último, 5) La afabilidad que muestra a personas confiables, sinceras, altruistas, condescendientes, modestas, pero vacilan con facilidad (Papalia 2005).

*Tareas del desarrollo propuestas por Havighurst*

Para él la adultez consiste en una serie de periodos en que hay que cumplir determinadas tareas; en cierto modo estas tareas crean el contexto general en el que tiene lugar el desarrollo, son exigencias que moldean el uso de la inteligencia. En la juventud, se refiere

fundamentalmente a formar una familia y cimentar una carrera. Tareas de la juventud: a) elegir pareja, b) aprender a vivir con el cónyuge, c) formar una familia, d) criar hijos, e) administrar el hogar, f) comenzar a trabajar, g) asumir las responsabilidades cívicas, y por último, encontrar un grupo social afín (Craig, 2001).

## CAPÍTULO 5

### METODOLOGÍA

#### DEFINICIÓN DE VARIABLES

##### VARIABLES DEPENDIENTES

##### Satisfacción/ Insatisfacción con la imagen corporal

###### Definición conceptual:

Según Gómez Pérez-Mitré (1993) la insatisfacción con la imagen corporal es por un lado de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los procesos: percepción, aprendizaje y pensamiento, y por otro lado es actitudinal, porque además de conocimientos, expresa afecto y una gran disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal.

###### Definición operacional:

La satisfacción/insatisfacción se obtendrá de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, una diferencia igual a cero indicará satisfacción y una diferencia positiva o negativa indicará insatisfacción, cuanto más grande es la diferencia mayor será la insatisfacción de la imagen corporal (Gómez- Pérez-Mitré, 1995, 1997).

## Dieta

### Definición conceptual:

De acuerdo con Braguinsky (1989) la característica principal en una dieta es que la alimentación es estricta ya que es a base de alimentos bajos en calorías, estableciendo así un control rígido sobre el alimento.

### Definición operacional:

Se medirá de acuerdo al puntaje que se obtenga de las respuestas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (E y F).

## Comida compulsiva

### Definición conceptual:

Este tipo de trastorno se caracteriza por tener periodos de ingesta abundante y rápida de comida. Los comedores compulsivos son personas que se obsesionan por la comida o por las dietas que difícilmente siguen. Tienen sentimientos de culpa debido a la falta de control en la ingestión de alimentos (Plazas, 1997).

### Definición operacional:

Se medirá de acuerdo con la sección de la escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (E y F).

## *Variables independientes*

### Depresión

### Definición conceptual:

Es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable, que puede ser normal o patológico.

Definición operacional:

La depresión se define operacionalmente como se describe en los puntos de corte: normal de 0 a 9 puntos,; leve de 10 a 18; moderada de 19 a 29; y grave de 30 a 63, obtenidos en el Inventario de BECK de su modelo cognitivo de la depresión basado en su teoría cognitiva.

Sexo

Definición conceptual:

Distinción fundamental de los organismos de una especie determinada que los divide en los que producen óvulos (hembras) y los que producen esperma (machos).

Definición operacional:

El sexo se define operacionalmente como las respuestas que los sujetos indiquen en el reactivo correspondiente.

## Instrumentos y aparatos

Se utilizó el "Cuestionario de alimentación y salud" (Gómez Pérez-Mitrè 2002) el cual explora las siguientes áreas:

- Sociodemográfica
- Imagen corporal
- Conducta alimentaria y peso corporal

Asimismo, se utilizó el Inventario de Beck que consta de 21 preguntas de opción múltiple.

Con el propósito de obtener las medidas antropométricas, se utilizó una báscula electrónica marca Excel con capacidad de 300 Kg. Y una precisión de 50 mgs. Y para la estatura o talla se utilizó estadiómetro de madera.

## Procedimiento

Se solicitó permiso a los directivos de las escuelas en donde se llevó a cabo la aplicación.

Se dijo a los participantes que su colaboración sería voluntaria, que podían retirarse en el momento que así lo decidieran y se les aclaró, además, que no existían respuestas buenas ni malas y que el manejo de los datos sería confidencial y meramente estadístico. La aplicación se realizó de manera colectiva.

Para la obtención de los datos antropométricos se obtuvo una muestra del 20 % del tamaño de la muestra original, esta muestra se seleccionó con el método de selección sistemática al azar.

## CAPITULO 6

### RESULTADOS

El objetivo principal de esta investigación fue analizar si existe relación de la variable depresión con factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en hombres y mujeres universitarios de escuelas públicas.

Para tal propósito, una vez capturados los datos se procedió al análisis estadístico de éstos a través del programa estadístico SPSS versión 8 para Windows. Los resultados principales se presentan a continuación.

#### Descripción de la muestra

En la Tabla 1, se puede observar que la muestra total fue de  $N = 196$  alumnos universitarios, la cual se subdividió en  $n_1 = 121$  mujeres (62%), y  $n_2 = 75$  hombres (38%). Como se puede ver en la Tabla 2, el promedio de edad para los dos grupos fue de 19 años.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA POR SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mujer	121	61.7	61.7
Hombre	75	38.3	100.0
Total	196	100	

TABLA 2. MEDIA Y D. E. DE LA VARIABLE EDAD POR SEXO

Sexo	Media	Desviación estándar
Mujer	19.66	1.81
Hombre	19.71	1.74
Total	19.68	1.78

### Situación laboral

En la Tabla 3 puede observarse que el 79% de la muestra total no trabaja, se dedica al estudio. Sin embargo, el porcentaje es mayor entre los hombres que reportaron trabajar (25%) en comparación con mujeres (18%).

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SITUACIÓN LABORAL POR SEXO

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Si	18.2%	25.3%	20.9%
No	81.8%	74.7%	79.1%
	100.0%	100.0%	100.0%

De acuerdo con la siguiente tabla, se observa que el 82% de los alumnos que cursan nivel licenciatura – la mayoría mujeres- actualmente viven con su padre y/o madre, es decir, en una familia nuclear o monoparental. También podemos ver que los pocos participantes que viven solos son hombres (41%).

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE NÚCLEO FAMILIAR POR SEXO

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Familia nuclear	83.5%	79.7%	82.1%
Padre o madre	14.0%	9.5%	12.3%
Hermanos	.8%	4.1%	2.1%
Esposo o pareja	1.7%	2.7%	2.1%
Solo (a)		4.1%	1.5%
	100.0%	100.0%	100.0%

#### Lugar que ocupa entre los hermanos

De acuerdo con la tabla 5 cuando respondieron a la pregunta ¿qué lugar ocupas entre sus hermanos?, la mayoría (42%), tanto hombres como mujeres, contestó ser, el o la mayor, entre sus hermanos.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL LUGAR QUE OCUPA ENTRE SUS HERMANOS POR SEXO.

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Soy hija única	2.5%	2.7%	2.6%
Soy la mayor	43.0%	40.0%	41.8%
Ocupo un lugar intermedio	23.1%	25.3%	24.0%
Soy la más chica	31.4%	32.0%	31.6%
	100.0%	100.0%	100.0%

En las siguientes tablas (6 y 7) se puede observar que las mujeres que presentaron su primera menstruación y los hombres que presentaron su primera eyaculación se encuentran en un rango de maduración sexual de edad entre los 12 y 14 años respectivamente, entre las

edades de 12 y 14 años, resultando los siguientes porcentajes: 59% mujeres y 55% hombres. Llama la atención que el 20 % de los hombres reportó presentar su primera eyaculación entre los 15 y los 17 años, contra sólo un dos por ciento de las mujeres que maduraron sexualmente durante este periodo.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN POR EDAD.

	Sexo	Total
	Mujer	
Menos de 9 años	.8%	.8%
9 a 11 años	38.8%	38.8%
De 12 a 14 años	58.7%	58.7%
15 a 17 años	1.7%	1.7%
	100.0%	100.0%

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA PRIMERA EYACULACIÓN POR EDAD.

	Sexo	Total
	Hombre	
Menos de 9 años	1.3%	1.3%
9 a 11 años	22.7%	22.7%
De 12 a 14 años	54.7%	54.7%
15 a 17 años	20.0%	20.0%
18 a 20 años	1.3%	1.3%
	100.0%	100.0%

### Vida sexual activa

En la tabla 8, se puede ver que la mayoría de la muestra, tanto hombres como mujeres con un 57%, reportaron no tener vida sexual activa (siendo en su mayoría mujeres), también se puede observar

que los hombres tienen un mayor porcentaje de vida sexual activa a diferencia de las mujeres. Como se puede notar en la Tabla 9, la mayoría de los estudiantes mencionaron no tener hijos con un 92%, aunque más hombres que mujeres reportaron tener hijos.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE VIDA SEXUAL ACTIVA POR SEXO.

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
No	64.7%	43.8%	56.8%
Si	35.3%	56.2%	43.2%
	100.0%	100.0%	100.0%

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE HIJOS POR SEXO.

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Si	5.1%	10.9%	7.6%
No	94.9%	89.1%	92.4%
	100.0%	100.0%	100.0%

### Descripción de las variables de estudio

#### Depresión

En la siguiente tabla (10), podemos observar que la mayoría, tanto hombres (78%), como mujeres (66%), no presentan depresión. Del 22% de los hombres con depresión la gran mayoría (17 %) la manifiesta de manera leve; mientras que del 34 % de las mujeres en esta situación, un 10 %, cayó dentro de la categoría de depresión moderada. Cabe señalar que el 3% de hombres como mujeres (3%) manifiestan depresión grave.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE DEPRESIÓN POR SEXO.

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Sin depresión (normal)	66%	78%	71%
Leve	21 %	17%	20%
Moderada	10%	1%	7%
Grave	3%	3%	3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

#### Insatisfacción con la imagen corporal

En la tabla 11 vemos que el 66% de las mujeres presentan insatisfacción con su imagen corporal deseando ser más delgadas; y sólo el 32% de los hombres presentan la misma condición; los que presentan mayor insatisfacción porque quieren ser mas gruesos, son los hombres (44%); en comparación con sólo un 13 % de las mujeres. También observamos que existen porcentajes similares para los que se encuentran satisfechos con su imagen corporal 21% mujeres y 24% hombres.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR SEXO.

	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Insatisfacción (-) Quieren ser más gruesos	13	44	25
Satisfacción (0)	21	24	22
Insatisfacción (+) Quieren ser más delgados	66	32	53
Total	100.0%	100.0%	100.0%

### Depresión e insatisfacción por sexo

Como se observa en la tabla 12, la mayoría de las chicas que muestran insatisfacción negativa porque quieren estar más llenitas, no presentan niveles de depresión (87%); mientras que un 40% de aquellas que manifiestan insatisfacción positiva, pues quieren ser más delgadas, refieren tener algún nivel de depresión desde leve a moderado, esta situación no se presenta entre las universitarias que tienen satisfacción o insatisfacción positiva. Entre los hombres (78%), independientemente de su satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal, no se manifestó depresión, sin embargo, entre los que presentan mayores niveles de ésta tanto moderada como grave (9%) manifiestan insatisfacción positiva.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE DEPRESIÓN POR SEXO E INSATISFACCIÓN

Sexo		Insatisfacción (-)	Satisfacción	Insatisfacción (+)	Total
Mujer	Normal	87.5%	71.4%	59.7%	66.1%
	Leve	6.3%	14.3%	26.4%	21.1%
	Moderada	6.3%	14.3%	9.7%	10.1%
	Grave			4.2%	2.8%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Hombre	Normal	78.8%	77.8%	78.3%	78.4%
	Leve	21.2%	16.7%	13.0%	17.6%
	Moderada			4.3%	1.4%
	Grave		5.6%	4.3%	2.7%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## Prueba de hipótesis para la comparación entre grupos

### Depresión por sexo e insatisfacción

Los datos de la Tabla 13, indican que se produjeron diferencias significativas en la variable dependiente depresión en el efecto principal sexo ( $F(2) = 5.926$ ,  $p = .016$ ), no así en el efecto insatisfacción ni en la interacción de las variables. Las medias indican que fueron las mujeres ( $\bar{x} = 8.7$ ,  $S = 8.4$ ) quienes manifestaron mayor depresión que los hombres ( $\bar{x} = 5.8$ ,  $S = 6.9$ ). Estos hallazgos permitieron rechazar la hipótesis nula y confirmar la hipótesis de trabajo 1 que postula que: "Existen diferencias en el nivel de depresión según el sexo de los estudiantes universitarios".

TABLA 13. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. DEPRESIÓN POR SEXO E INSATISFACCIÓN

Fuente de variación	Suma de Cuadrados	Gl	Media Cuadrada	F	Sig.
Sexo	360.379	1	360.379	5.926	.016
Insatisfacción	212.502	2	106.251	1.747	.177
Sexo * insatisfacción	60.467	2	30.233	.497	.609
Error	10764.095	177	60.814		
Total	21804.000	183			

### *Dieta restringida por sexo/ insatisfacción y/ depresión*

En la Tabla 14, se puede ver que se presentaron diferencias significativas en la variable dependiente dieta crónica y restrictiva, en el efecto principal sexo, las medias indican que las mujeres manifiestan mayor conducta alimentaria de riesgo que los hombres

(ver tabla 15). También se produjeron diferencias significativas en los efectos de insatisfacción y depresión, así como en la interacción de estas variables (Tabla 14).

TABLA 14. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. DIETA RESTRINGIDA POR DEPRESIÓN/ SEXO/ INSATISFACCIÓN

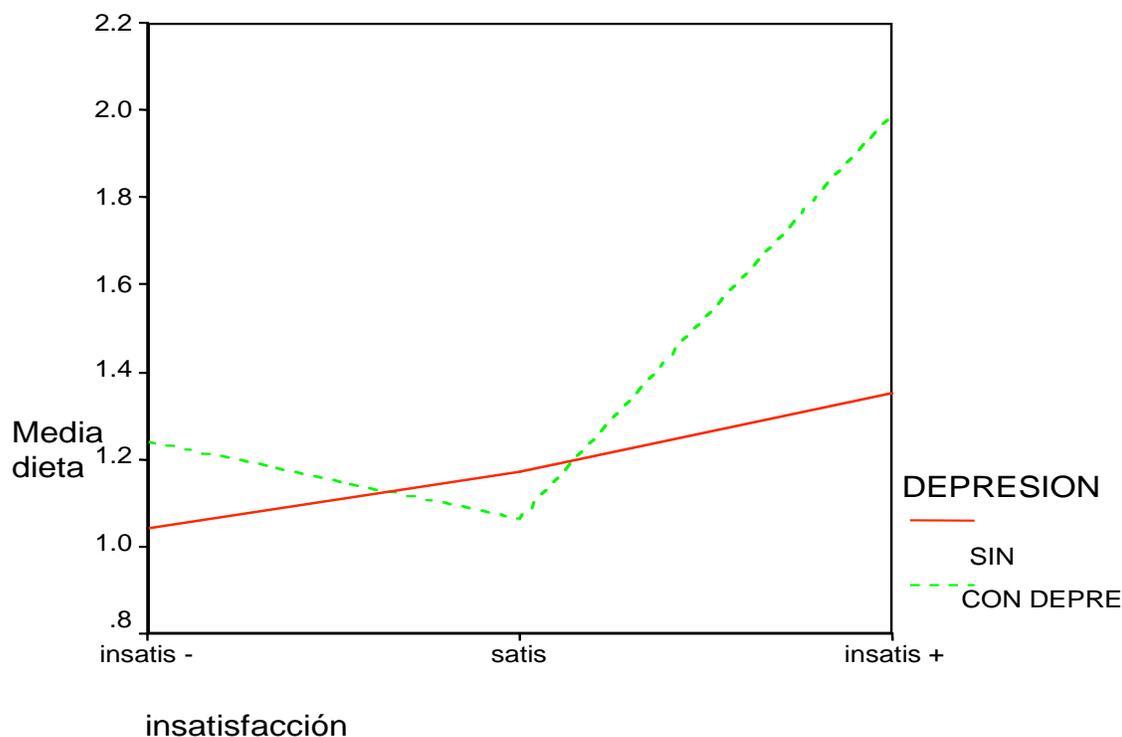
Fuente de variación	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrada	F	Sig.
Sexo	4.715	1	4.715	11.746	.001
Depresión	6.738	1	6.738	16.784	.000
Insatisfacción	5.393	2	2.696	6.717	.002
Sexo * depresión	.177	1	.177	.440	.508
Sexo * insatisfacción	1.780	2	.890	2.217	.112
Depresion * insatisfacción	2.715	2	1.358	3.382	.036
Sexo * depresion * insatisfacción	.264	2	.132	.328	.721
Error	67.039	167	.401		
Total	418.548	179			

Los promedios, incluidos en la Figura 1 y la Tabla 15, indican que los estudiantes universitarios (hombres y mujeres) sin depresión, independientemente de su nivel de insatisfacción con la imagen, manifestaron niveles bajos de dieta restrictiva, mientras que aquellos con depresión y con insatisfacción porque deseaban ser más delgados manifestaron los niveles más altos de conducta alimentaria de riesgo. Estos datos permiten rechazar la hipótesis nula y confirmar las hipótesis de trabajo 2, que plantea que: "El seguimiento de dieta restrictiva difiere según el sexo de los universitarios" y 3 que: "La dieta restrictiva depende del tipo de insatisfacción con la imagen corporal y depresión de los estudiantes".

TABLA 15. MEDIAS Y D.E. DE LA VARIABLE DIETA POR SEXO,  
INSATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN

		Media	Desviación estándar
Mujer		1.4919	.79554
Hombre		1.1616	.49515
Sin depresión	Insatisfacción (-) quieren ser mas gruesos	1.0418	.09652
	Satisfacción	1.1714	.48906
	Insatisfacción (+) quieren ser mas delgados	1.3533	.59526
	Total	1.2179	.48865
Con depresión	Insatisfacción (-) quieren ser mas gruesos	1.2413	.35402
	Satisfacción	1.0629	.10673
	Insatisfacción (+) quieren ser mas delgados	1.9908	1.11176
	Total	1.6884	.98756

FIGURA 1. INTERACCIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA  
DIETA, INSATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN



### *Conducta alimentaria compulsiva por sexo, insatisfacción y depresión*

Los resultados de la Tabla 16, indican que se produjeron diferencias significativas en la variable conducta alimentaria compulsiva, en los efectos principales sexo ( $F(1, 169) = 6.509, p = .012$ ), insatisfacción ( $F(2, 169) = 3.512, p = .032$ ) y depresión ( $F(1, 169) = 6.173, p = .014$ ), no así en las interacciones. Los promedios de la Tabla 17, muestran que fueron las mujeres, más que los hombres, quienes manifestaron mayor conducta alimentaria compulsiva. En esa misma tabla también se puede ver que los universitarios (independientemente del sexo) que

estaban insatisfechos porque deseaban ser más delgados y aquellos con depresión manifestaron mayor conducta alimentaria compulsiva que aquellos que deseaban ser más gruesos o que estaban satisfechos con su imagen o que no manifestaban depresión. Los hallazgos reportados permitieron rechazar la hipótesis nula y confirmar las hipótesis de trabajo 4, que afirman que: "La conducta alimentaria compulsiva es diferente según el sexo de los universitarios" y 5: "La conducta alimentaria compulsiva depende del tipo de insatisfacción con la imagen corporal y depresión de los estudiantes".

TABLA 16. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA POR DEPRESIÓN, SEXO E INSATISFACCIÓN

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrada	F	Sig.
Sexo	2.400	1	2.400	6.509	.012
Insatisfacción	2.590	2	1.295	3.512	.032
Depresión	2.277	1	2.277	6.173	.014
Sexo * Insatisfacción	.783	2	.392	1.062	.348
Sexo * Depresión	6.207e-02	1	6.207e-02	.168	.682
Insatisfacción * Depresión	.540	2	.270	.732	.483
Sexo * Insatisfacción * Depresión	7.201e-02	2	3.601e-02	.098	.907
Error	62.327	169	.369		
Total	446.519	181			

TABLA 17. MEDIAS Y D.E. DE LA VARIABLE CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA POR SEXO, INSATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN

	Media	D.E.
Mujer	1.5360	.69470
Hombre	1.3018	.48954
Insatisfacción (-)	1.3214	.48755
Satisfacción	1.2470	.32423
Insatisfacción (+)	1.5811	.74693
Sin depresión	1.3538	.57377
Con depresión	1.6549	.70782

*Preocupación por el peso y la comida por sexo, insatisfacción y depresión*

En la variable preocupación por el peso y la comida se produjeron diferencias significativas en los efectos principales sexo ( $F(1, 170)=9.203$ ,  $p=.003$ ), tipo de insatisfacción ( $F(2, 170)=2.773$ ,  $p=.003$ ) y depresión ( $F(1, 170)=9.593$ ,  $p=.002$ ), así como en la interacción insatisfacción y depresión ( $F(2, 170)=3.314$ ,  $p=.039$ ).

TABLA 18. ANOVA FACTORIAL SIMPLE. PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR DEPRESIÓN, SEXO E INSATISFACCIÓN

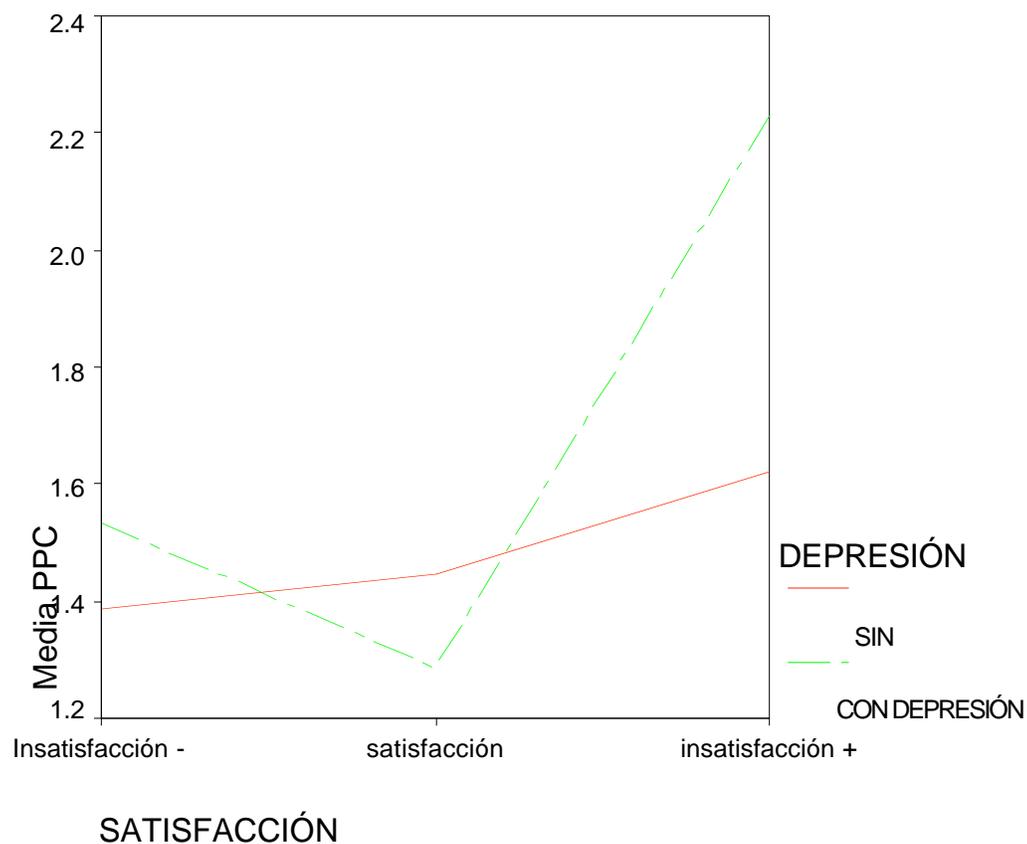
Fuente de variación	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrada	F	Sig.
Sexo	4.181	1	4.181	9.203	.003
Insatisfacción	5.546	2	2.773	6.104	.003
Depresión	4.358	1	4.358	9.593	.002
Sexo * Insatisfacción	1.087	2	.544	1.197	.305
Sexo * Depresión	.183	1	.183	.402	.527
Insatisfacción * Depresión	3.011	2	1.505	3.314	.039
Sexo * Insatisfacción * Depresión	.255	2	.127	.280	.756
Error	77.233	170	.454		
Total	581.400	182			

Los promedios de la Tabla 19, señalan que las mujeres manifiestan mayor preocupación por el peso que los hombres. Las medias presentadas en la misma tabla y graficadas en la Figura 2, indican: primero, que las variables en la interacción se comportan exactamente de la misma manera que la interacción de la Figura 1, que incluye el seguimiento de dieta. Segundo, los universitarios sin depresión manifiestan menor preocupación que aquellos con depresión. Y tercero, los estudiantes (hombres y mujeres) con depresión que estaban insatisfechos porque deseaban ser más delgados manifestaron los niveles más altos y en riesgo en esta variable. Estos resultados permitieron rechazar la hipótesis nula y confirmar las hipótesis de trabajo que plantearon que 6: "La preocupación por el peso y la comida difiere según el sexo de los universitarios"; y que 7: "La preocupación por el peso y la comida depende del grado de insatisfacción con la imagen corporal y depresión de los estudiantes".

TABLA 19. MEDIAS Y D.E. DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR SEXO, INSATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN

		Media	D. E.
	Mujer	1.7574	.80991
	Hombre	1.4481	.53786
Insatisfacción (-)	Sin depresión	1.3861	.50766
	CON DEPRESIÓN	1.5344	.50707
Satisfacción	Sin depresión	1.4472	.62887
	CON DEPRESIÓN	1.2857	.36840
Insatisfacción (+)	Sin depresión	1.6230	.59519
	CON DEPRESIÓN	2.2297	1.01064

FIGURA 2. INTERACCIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA, INSATISFACCIÓN Y DEPRESIÓN



## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se mencionó en líneas anteriores, el objetivo del presente estudio, fue investigar si existe asociación entre conducta alimentaria de riesgo (dieta restringida), insatisfacción con la imagen corporal y depresión en estudiantes universitarios hombres y mujeres. Para tal propósito, se trabajó con una muestra de 196 estudiantes universitarios; 121 mujeres y 75 hombres, con edad promedio de 19 años.

En la variable insatisfacción con la imagen corporal, un alto porcentaje, casi cuatro quintas partes de las mujeres del estudio, se encuentran insatisfechas porque quieren ser más delgadas o más gruesas. De esta manera, sólo una quinta parte está satisfecha. Entre los hombres se encuentran prácticamente los mismos porcentajes de insatisfacción, siendo la única diferencia que más hombres que mujeres estaban insatisfechos porque deseaban estar más gruesos. Se confirmaron así, resultados previos con púberes y adolescentes mexicanos hombres y mujeres de tres diferentes etapas de vida (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda 2001).

Los resultados indicaron que los universitarios hombres y mujeres difirieron significativamente en todas las variables de estudio: depresión, dieta crónica restrictiva, conducta alimentaria compulsiva y preocupación por el peso y la comida. La prevalencia significativamente mayor de depresión entre las mujeres que entre los

hombres (Jacobi, Morris, y de Zwaan, 2004) confirma los hallazgos de la presente investigación.

Asimismo, estos datos sugieren que la presencia de conductas alimentarias de riesgo, como la dieta restringida, y la preocupación por el peso y la comida es una cuestión de género, siendo más características del sexo femenino. De hecho la literatura señala que ser mujer es un factor de riesgo. Tanto en muestras de población general como clínicas, la anorexia y la bulimia se presentan predominantemente en mujeres (Vollrath, Koch, & Angst, 1992), estudios poblacionales manejan una razón de 10:1 (APA; 1994). La distribución del sexo es también asimétrica para otros trastornos mentales como la depresión, el estado femenino es clasificado como un factor de riesgo no manipulable, no específico para anorexia y bulimia nervosa.

Con respecto a la variable conducta alimentaria compulsiva, se encontró también, que las mujeres manifestaron mayor riesgo que los hombres. Los estudiantes con insatisfacción (deseaban ser más delgados) más que los satisfechos, y los deprimidos más que los que no tienen depresión. Los datos encontrados son congruentes con la investigación de Ricciardelli y McCabe (2001), quienes señalan que para muchos de los hombres que desean ser más gruesos o fuertes, el atracón (o conducta alimentaria compulsiva) es menos visto como inapropiado y es menos asociado con resultados emocionales negativos (Carlat & Camargo, 1991, citados en Ricciardelli & McCabe, 2001). Estos investigadores también encontraron que los adolescentes con depresión y con insatisfacción presentaban sintomatología bulímica.

Entre los hallazgos más interesantes, por el aporte teórico que proporcionan, se encuentran dos interacciones estadísticamente significativas; una incluye el seguimiento de dieta restrictiva, insatisfacción con la imagen corporal y depresión; la otra, involucra preocupación por el peso y la comida y estas dos últimas variables. En ambas interacciones se presentó exactamente el mismo comportamiento y la misma relación entre las variables: los universitarios (independientemente del sexo) con depresión e insatisfacción corporal porque desean ser más delgados, son los que manifiestan en mayor medida –y en grado de riesgo para trastorno alimentario- dieta restrictiva y preocupación por el peso y la comida. Esta situación no está presente en los estudiantes que desean ser más delgados y que no presentan depresión.

Los resultados de la interacción estadísticamente significativa indican que los estudiantes universitarios, hombres y mujeres con presencia de depresión e insatisfacción con la imagen corporal, porque quieren ser más delgados, manifiestan conducta alimentaria de riesgo (dieta restrictiva, en una categoría de riesgo), cosa que no sucede entre los universitarios sin depresión. Estos hallazgos son congruentes con la investigación de Koenig y Wasserman (1995) quienes encontraron relación entre depresión y problemas de alimentación en universitarios con problemas de imagen corporal y apoyan las relaciones del modelo del Camino Doble de Stice (1994) que refieren que, tanto la insatisfacción como el afecto negativo, incluida la depresión, contribuyen a la conducta alimentaria alterada. Se puede suponer, de acuerdo con las afirmaciones de Ostow (1980) que la restricción alimentaria y los trastornos alimentarios representan una forma de *suicidio* entre los jóvenes depresivos.

Otro dato interesante del estudio, es la ausencia de dieta restrictiva entre los universitarios que deseaban ser más esbeltos y que no tenían depresión, lo que sugiere que no es solamente la presencia de insatisfacción corporal la que puede llevar al surgimiento de conducta alimentaria de riesgo, sino que la depresión se hace necesaria para la aparición de la restricción alimentaria. Este hecho es especialmente importante para los contenidos de programas preventivos de patología alimentaria, que deben incluir, además de estrategias de aceptación corporal, técnicas de intervención para la depresión.

Los hallazgos referentes a la depresión en relación con el sexo y la insatisfacción corporal sugieren una asociación entre depresión e insatisfacción. Ahora bien, si esto es así, ¿son síntomas que generalmente se presentan juntos, o uno es consecuencia del otro? No se sabe con exactitud, para determinarlo es necesaria la realización de más investigación.

Nuevamente, se señala la pertinencia de estos datos con los reportados por Stice (1994) y Ricciardelli y McCabe (2001) quienes también reportan y afirman la presencia de conducta alimentaria de riesgo –e incluso trastorno alimentario- en aquellos individuos con afecto negativo (incluida la depresión) y el deseo por estar más delgados.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones de esta investigación es la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos pues la muestra es no probabilística. Se sugiere por lo tanto, trabajar con un tipo de muestreo al azar, con el fin de generalizar los datos de la población.

Se sugiere la elaboración de modelos teóricos con tamaños de muestras más grandes que incluyan, y confirmen (o no), las relaciones causales de las variables de imagen corporal, autoconcepto, depresión, conducta alimentaria compulsiva y dieta restrictiva.

Finalmente se aconseja la elaboración de programas preventivos que incluyan, además de tópicos relacionados con la figura y la alimentación, un módulo dedicado al manejo de emociones, especialmente de la depresión, dado los resultados aquí presentados y la relevante intervención de esta variable en la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

## REFERENCIAS

- Acosta, G. M. V. y Gómez Pérez-Mitré (2003) Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 3,(1)
- Ajuriaguerra. J (1977) *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2005). DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Masson.
- Baile. J. I. (2002). *Las adolescentes manifiestan una repulsa hacia la gordura y consideran atractiva la delgadez*. Diario Médico: <http://www.intersalud.es/intersalud/-info@intersalud.es>
- Baños. R.M, Botella. C., y Perpiñá. C. (2000). *Imagen Corporal en los Trastornos Alimentarios: Evaluación y Tratamiento por Medio de la Realidad Virtual*. Valencia: PROMOLIBRO.
- Behar, R. (1992) Roles genéricos y anorexia nerviosa. *Acta de Psiquiatría y Psicología* (38) 2, 119-122.
- Braguinsky, J. (1996) *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Argentina: El Ateneo.

- Bruchon-Schweitzer, M. (1992) *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder
- Calderón, N. G. (1987). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México: TRILLAS.
- Carrascosa (2002). *Un estudio confirma la relación entre anorexia y osteoporosis*. EFE: <http://www.intersalud.es/intersalud/-info@intersalud.es>
- Chinchilla, M. (1995). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Madrid: ERGON.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Craig, G .J. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crispo, R. Figueroa, E. y Guelar D. (1994). *Trastornos del comer: terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Barcelona: Herder.
- Duker, M. y Slade, R. (1992). *Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado*. México: LIMUSA.
- Fenichel, O. (1992). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. México: Paidós.
-

- Goldman, H. [H. \(1999\) \*Psiquiatría general\*. México: Manual Moderno.](#)
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria de riesgo en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*. 10(1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes: problemas con el peso. *Revista Mexicana de Psicología*. 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), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la Imagen Corporal en una Muestra de Escolares Mexicanos Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 1, 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. *La Psicología social en México*. (7), 277-282.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Unikel, S.C. y Saucedo, M.T. (1999). Psicología social el campo de la salud: Imagen corporal en los
-

- trastornos de la alimentación. *Revista de psicología social en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Pérez-Mitré (2001). Anorexia y bulimia. Gaceta UNAM
  - Gómez Peresmitrè, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. y Pineda, G. G. (2001) Trastornos de alimentación. Factores de riesgo entre diferentes grupos de edad: Prepúberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 3,313-324.
  - Hendricks y Herbold (1998), citado en La obsesión por la delgadez: un análisis de las creencias de las mujeres universitarias en relación con el peso. Tesis de licenciatura. Universidad de las Americas, A. C. Eli Nava del Negro. 2001.
  - Hernández, R. M. (2001). *Sólo un tercio de los pacientes de anorexia logran recuperarse totalmente según un experto*. Valencia: Europa Press <http://www.psicquiatria.com.mx>
  - Hoffman L., Paris S., y Hall E. (1996). *Psicología del Desarrollo Hoy*. (2). España: McGraw-Hill.
  - Jacobi, C., Morris, L., & de Zwaan, M. (2004). An Overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. En T. D. Brewerton (Ed.). *Clinical Handbook of Eating Disorders*. An integrated approach (pp. 117-163). Marcel Dekke5, Inc.: New Cork.

- Kirszman, D. y Salgueiro, M.C. (2002). *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Madrid: TEA.
- Lahortiga. F., Cervera. S., y Blanco. A. (1994) *Revista Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona España 21 (5)*, 119-125.
- Manelic, R. H. y Ortega-Soto, H. A. (1995). La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón UNAM. *Revista Salud Mental 18\_(2)*
- Mateos, P.A. y Solano, P.N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosa. *Revista electrónica de psicología*. 1(1): 1-27.  
[http://www.psiquiatria.com/psicología/vol1nim1artic\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psicología/vol1nim1artic_4.htm)
- Moraleda M. (1994). *Psicología del Desarrollo: Infancia, Adolescencia, Madurez y Senectud*. España: Marcombo
- Musacchio. A. (1992). Depresión: Aspecto Sociales. *Revista de Psicopatología Madrid. 12 (1)*, 20-22.
- Nava-Rivera A. (1991). *PSICOBIOLOGÍA: Las Bases Biológicas de la Conducta Humana*. México: UNAM.
- Ostow M. (1980). *La Depresión: Psicología de la Melancolía*. Madrid: El libro de bolsillo editorial Alianza.
-

- Palma, M.D. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Cuadernos de nutrición*. 20 (5), 21-28.
- Papalia, D. E. (2005). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *La Depresión*. España: Martínez Roca.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen Corporal: Conocer y Valorar el Propio Cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991). *Las indomables: figuras de la anorexia*. Argentina: Nueva Visión.
- Rappoport, L. (1978). *La Personalidad Desde los 13 a los 25 años. El Adolescente y el Joven*. Buenos Aires: Paidós.
- Ricciardelli, L. A. & McCabe, M. P. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1317-1328.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo Humano*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rojas, E. (2002). *¿Quién Eres?: de la Personalidad a la Autoestima*. ESPAÑA: Temas de hoy.
- Rosenbaum, J. F. (2002). Actualización Clínica en el Tratamiento de la Depresión. MEDSCAPE.

- Segal., H. (1975). *Introducción a la Obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15*, 340-363.
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1994). *Comportamiento anormal*. México: McGraw-Hill.
- Thomas. P., Turón. V., Sánchez-Planell. L. y Vallejo. J. (1992). Relación entre bulimia nerviosa y depresión (I). *Revista Psiquiatría Facultad de medicina de Barcelona España. 19 (4)*, 169-181.
- Toro, J (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel.
- Toro, J. y Villardel, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Uriarte, V. (1997). *Psicopatología*. México: UNAM.
- Vollrath, M., Koch, R., & Angst, J. (1992). Binge eating and weight concerns among young adults. Results from the Zurich cohort study. *British Journal of Psychiatry, 160*, 498 – 503.

# 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**

**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.

## SECCIÓN A

### 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 (eyaculación)

- 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 (considera \$35.00 el salario mínimo por día):**

- A) N\$ 2000 o menos
- B) N\$ 2001 a 4000
- C) N\$ 4001 a 6000
- D) N\$ 6001 a 8000
- E) N\$ 8001 a 10,000
- F) N\$ 10,001 a 12,001
- G) N\$12,001 o más.

**9. ¿Quién o quiénes aportan el 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
- G) Sin estudios

**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
- G) Sin estudios.

**12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?**

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

**13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?**

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

**SECCIÓN B****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.

<b>A</b> Nunca	<b>B</b> A Veces	<b>C</b> Frecuentemente	<b>D</b> Muy Frecuentemente	<b>E</b> Siempre
-------------------	---------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------

En los últimos quince días :

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Frec.</b>	<b>Muy Frec.</b>	<b>Siempre</b>
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)

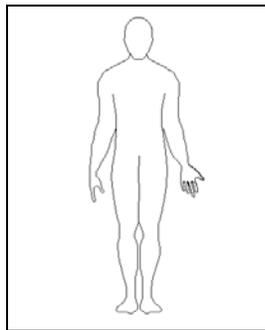
17. Te sentiste sin hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Te sentiste preocupado por tu salud. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Te sentiste triste, deprimido. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Te sentiste preocupado por tu peso. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Te sentiste tenso con molestias de  
cuello y/o espalda. (A) (B) (C) (D) (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)
24. Sentiste que sudabas en exceso (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN C

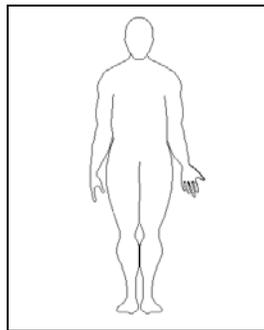
SECCIÓN

C

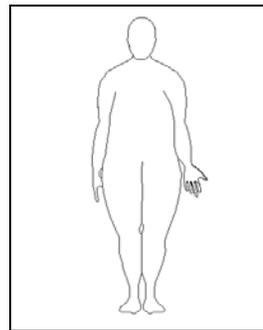
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



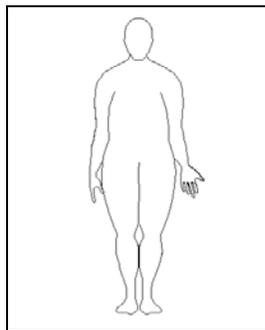
(A)



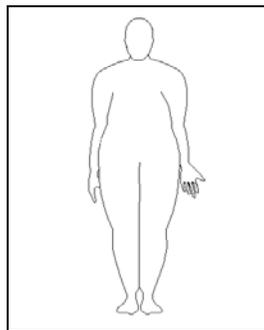
(B)



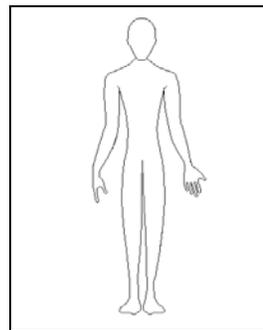
(C)



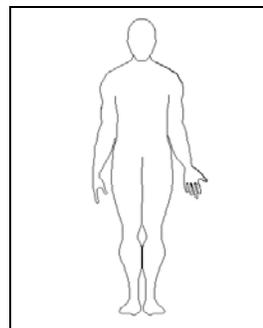
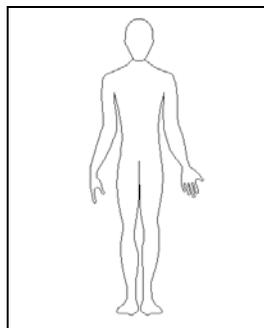
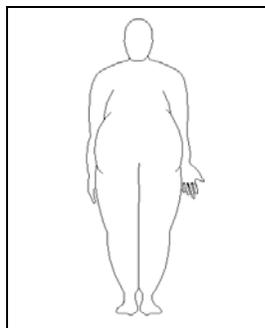
(D)



(E)



(F)



(G)

(H)

(I)

**SECCIÓN D****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
<b>1. Ansiosa</b>	A	B	C	D	E
<b>2. Atractiva</b>	A	B	C	D	E
<b>3. Insegura</b>	A	B	C	D	E
<b>4. Inteligente</b>	A	B	C	D	E
<b>5. Fuerte</b>	A	B	C	D	E
<b>6. Exitosa</b>	A	B	C	D	E
<b>7. Sociable</b>	A	B	C	D	E
<b>8. Pesimista</b>	A	B	C	D	E
<b>9. Responsable</b>	A	B	C	D	E
<b>10. Independiente</b>	A	B	C	D	E
<b>11. Torpe</b>	A	B	C	D	E
<b>12. Productiva</b>	A	B	C	D	E
<b>13. Dominante</b>	A	B	C	D	E
<b>14. Estudiosa</b>	A	B	C	D	E
<b>15. Pasiva</b>	A	B	C	D	E
<b>16. Comprensiva</b>	A	B	C	D	E
<b>17. Eficiente</b>	A	B	C	D	E
<b>18. Falsa</b>	A	B	C	D	E
<b>19. Fracasada</b>	A	B	C	D	E
<b>20. Rígida</b>	A	B	C	D	E

<b>21.Sana</b>	A	B	C	D	E
<b>22.Trabajadora</b>	A	B	C	D	E
<b>23.Incompetente</b>	A	B	C	D	E
<b>24.Inestable</b>	A	B	C	D	E
<b>25.Desconfiada</b>	A	B	C	D	E
<b>26.Triunfadora</b>	A	B	C	D	E
<b>27.Ágil</b>	A	B	C	D	E
<b>28.Triste</b>	A	B	C	D	E
<b>29.Solidaria</b>	A	B	C	D	E
<b>30.Controlada</b>	A	B	C	D	E
<b>31.Optimista</b>	A	B	C	D	E
<b>32.Agradable</b>	A	B	C	D	E
<b>33.Agresiva</b>	A	B	C	D	E

**SECCIÓN E**

**SECCIÓN**

**E**

**1. En el último año:**

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje 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 5)
- 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. ¿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

**6. 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 cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago

- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

**7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?**

- A) No
- B) Sí

**8. ¿Cuándo sientes más hambre?**

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

**9. ¿Con que intensidad sientes hambre?**

- A) Poca
- B) Regular
- C) Demasiada

**10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?**

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

**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.

<b>A nunca</b>	<b>B a veces</b>	<b>C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)</b>	<b>D muy frecuentemen te</b>	<b>E siempre</b>
--------------------	----------------------	---	--	----------------------

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. Procuro 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. Procuro 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 ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )

delgado.

21. No me gusta comer con otras personas ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
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. Procuro 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 ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
40. Disfruto cuando como con otras personas ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
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. Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
45. -Como con moderación. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
46. Difícilmente pierdo el apetito. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
47. Tengo problemas con mi forma de comer. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )

comer

SECCIÓN F

SECCION  
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	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	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 sé porqué 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 control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo 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 con la comida también puede excederse en otras (A) (B) (C) (D) (E)

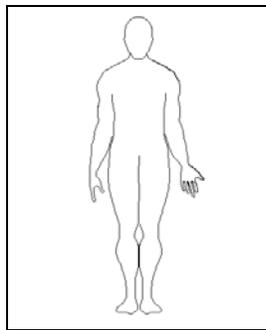
**conductas**

- 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.** (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)

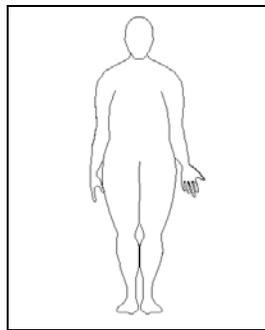
**SECCIÓN G**

**SECCION  
G**

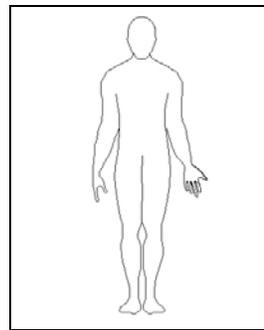
1. Observa con cuidado las siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



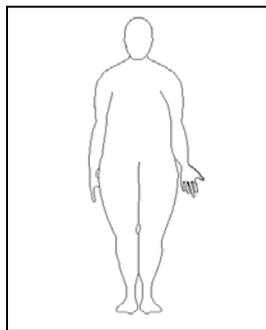
(A)



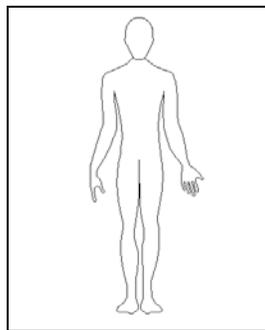
(B)



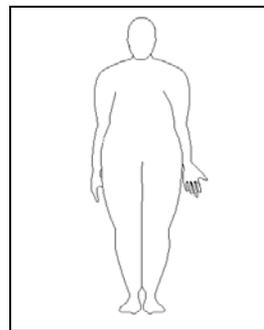
(C)



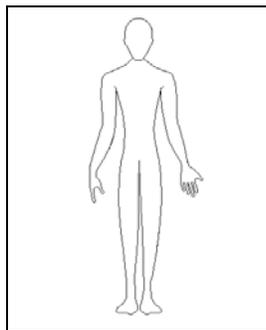
(D)



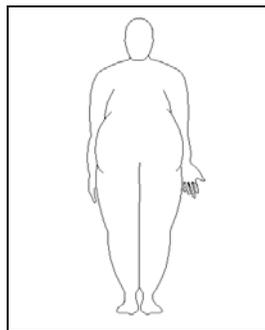
(E)



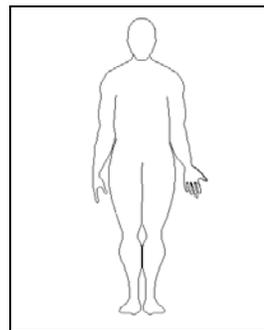
(F)



(G)



(H)



(I)

**SECCIÓN H**

**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

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

## SECCIÓN

## J

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)
- 29.- Me compara favorablemente con los demás.** (A) (B) (C) (D) (E)
- 30.-Me hace sentir como si no hubiera sido deseado** (A) (B) (C) (D) (E)

## SECCIÓN I

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 cómo 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	Regul ar	Bien	Exactamen te
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. 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. 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	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )

(cambia fácilmente de humor).

18. Trata de hacerme dependiente de ella. (A) (B) (C) (D) (E)

19. Me sonrío frecuentemente (A) (B) (C) (D) (E)

**SECCIÓN K**

**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	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**trabajo**

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. A que edad empezó a preocuparte tu peso corporal**

\_\_\_\_\_ Años

**12. 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

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

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

**14. Me gusta la forma de mi cuerpo:**

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

**SECCIÓN L**

**SECCIÓN**

**L**

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.	Ágil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
2.	Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
3.	Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
4.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
5.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
6.	Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
7.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
8.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
9.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
10.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
11.	Proporciona	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporciona

do

do

**Mi cara es:**

		A	B	C	D	E	
12.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
13.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
14.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
15.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
16.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
17.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
18.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

**Mi pecho es**

		A	B	C	D	E	
19.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
20.	Atlético	_____	_____	-	_____	_____	Bofo
21.	Bien Formado	_____	_____	-	_____	_____	Mal Formado
22.	Atractivo	_____	_____	-	_____	_____	No Atractivo
23.	Proporcionado	_____	_____	-	_____	_____	Desproporcionado
24.	Firme	_____	_____	-	_____	_____	Flácido
25.	Chico	_____	_____	-	_____	_____	Grande

**Mi tórax es:**

		A	B	C	D	E	
26.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
27.	Atlético	_____	_____	-	_____	_____	Bofo
28.	Bien Formado	_____	_____	-	_____	_____	Mal Formado
29.	Atractivo	_____	_____	-	_____	_____	No Atractivo
30.	Proporcionado	_____	_____	-	_____	_____	Desproporcionado
31.	Firme	_____	_____	-	_____	_____	Flácido
32.	Chico	_____	_____	-	_____	_____	Grande

**Mis brazos son :**

		A	B	C	D	E	
33.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
34.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
35.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
36.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
37.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
38.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
39.	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

**Mi espalda es:**

		A	B	C	D	E	
40.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
41.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
42.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
43.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
44.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada
45.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
46.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

**Mi cintura es**

		A	B	C	D	E	
47.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
48.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
49.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
50.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
51.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada
52.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
53.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

**Mis glúteos son:**

		A	B	C	D	E	
54.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
55.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
56.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
57.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
58.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
59.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
60.	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

**Mis piernas son:**

		A	B	C	D	E	
61.	Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
62.	Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
63.	Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
64.	Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
65.	Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas
66.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidas
67.	Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

**SECCIÓN M**

**SECCIÓN**

**M**

Enseguida aparece una lista de formas de ser, de pensar y de hacer, que el padre pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu padre. Si actualmente no vives con el, piensa como fue dicha relación cuando vivías con el y responde lo más cercanamente a la verdad. La clave de respuesta es como sigue:

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

**Mi padre:**

	<b>Lo describe</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regul ar</b>	<b>Bien</b>	<b>Exactamen te</b>
<b>1.-Me habla con voz afectuosa y amigable.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>2.-Me apoya menos de lo que requiero.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>3.-Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>4.-Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>5.-Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>6.-Esta muy apegado a mí.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>7.-Me deja que tome mis propias decisiones</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>8.-Quiere que logre mi propio crecimiento.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>9.-Trata de controlar todo lo que hago</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>10.-Habla mucho conmigo</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>11.-Disfruta platicándome sus cosas.</b>	( 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 el. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
- 19.-Me sonrío frecuentemente. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )

**18.¿Crees que si fueras más delgado tendrías más amigos y amigas de los que actualmente tienes?**

- A) Sí
- B) Probablemente
- C) No

**19.¿Te sientes presionado por tus compañeros y compañeras para estar más delgado?**

- A) Nunca
- B) Algunas veces
- C) Siempre

**20. Si te comparas con otros chicos de tu misma edad, ¿cómo te ves?**

- A) Mucho más delgado
- B) Un poco más delgado
- C) Como ahora
- D) Un poco más lleno
- E) Mucho más lleno

**21. ¿Has adelgazado más de 5 kilos durante los últimos 6 meses?**

- A) Si
- B) No

**21. ¿Te da mucho miedo aumentar de peso, aunque los demás piensen que estás muy delgado?**

- A) Si
- B) No

**23.¿Te ves gordo aunque los demás te digan que estás muy delgado?**

- A) Si
- B) No

**SECCIÓN N**

**SECCIÓN**

**N**

**1. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que promueven productos adelgazantes?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

**2. Cuando vas por la calle, ¿Te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nnunca

**3. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

**4. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?**

- A) Siempre
- B)A veces
- C)Nunca

**5. Consideras que perteneces a la clase social:**

- A) Alta
- B) Media
- C) Baja

**6. ¿Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psiquiátrico?**

- A) Sí
- B) No

**7. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nervosa, bulimia nervosa u otros trastornos alimentarios?**

- A) Sí
- B) No

**8. En caso afirmativo, ¿quién es?**

- A) Padre
- B) Madre
- C) Hermano/a
- D) Tío (a)
- E) Abuelo (a)
- F) Otros. Específica

**9. ¿Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?**

- A) Sí
- B) No

**10. En la actualidad, ¿estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?**

- A) Sí
- B) No

**11. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?**

- A) Sí
- B) No

**12. ¿Te pesas habitualmente?**

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta.
- B) No. Pasa a la pregunta 13

**13. Si tu respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto tiempo te pesas?**

- A) Cada día
- B) De 2 a 3 veces por semana
- C) De vez en cuando

**14. ¿Algún miembro de tu casa te ha criticado o se ha burlado de ti por tu figura o por tu peso?**

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
- B) No. Pasa a la pregunta 16

**15. ¿Si alguien lo ha hecho, ¿quién era?**

- A) Tu madre

- B) Tu padre
- C) Un hermano/a
- D) Tío (a)
- E) Abuelo (a)
- F) Otros. Especifica

**16.¿Alguien te ha criticado o se ha burlado de ti por tu cuerpo o por tu peso?**

- A) Si
- B) No

**17.- ¿Quién se ha burlado de ti?**

- A) Novio(a)
- B) Amigo(a)
- C) Compañeros de clase
- D) Vecinos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD**

**XX (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**

**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) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amiga(o)

**4. Lugar que ocupas entre tus hermanos**

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

**5. Edad de tu primera menstruación**

- 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

**SECCIÓN A**

**8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera 35.00 el salario mínimo por día):**

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10,000
- F) \$ 10,001 a 12,001
- G) \$ 12,0001 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) Esposo 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
- G) Sin estudios.

**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
- G) Sin estudios

**12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?**

- A) Obrero

- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

**13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?**

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

**SECCIÓN B**

**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 sí en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave

<b>A</b> Nunca	<b>B</b> A Veces	<b>C</b> Frecuentemente	<b>D</b> Muy Frecuentemente	<b>E</b> Siempre
-------------------	---------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------

En los últimos quince días :

	<b>Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Frec.</b>	<b>Muy Frec.</b>	<b>Siempre</b>
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)

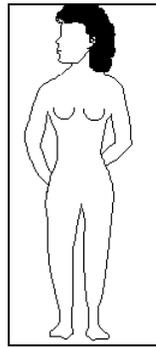
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Te sentiste sin hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Te sentiste preocupada por tu salud. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Te sentiste triste, deprimida. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Te sentiste preocupada por tu peso. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Te sentiste tensa 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)
24. Sentiste que sudabas en exceso. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN C

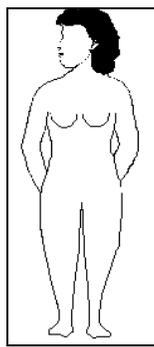
SECCIÓN

C

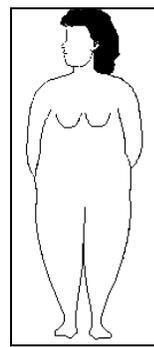
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



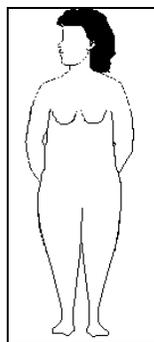
(A)



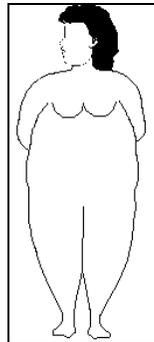
(B)



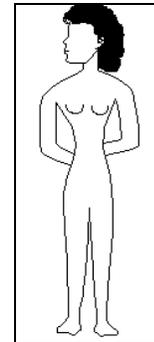
(C)



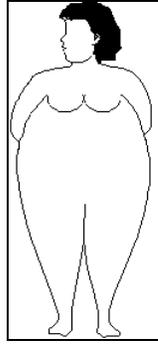
(D)



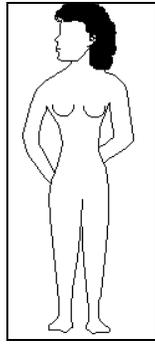
(E)



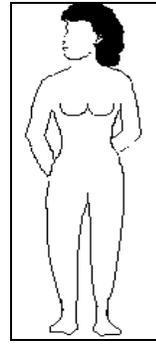
(F)



(G)



(H)



(I)

**SECCIÓN D**

**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
<b>1. Ansiosa.</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>2. Atractiva</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>3. Insegura</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>4. Inteligente</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>5. Fuerte</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>6. Exitosa</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>7. Sociable</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>8. Pesimista</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>9. Responsable</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>10. Independiente</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

<b>11. Torpe</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>12. Productiva</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>13. Dominante</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>14. Estudiosa</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>15. Pasiva</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>16. Comprensiva</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>17. Eficiente</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>18. Falsa</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>19. Fracasada</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>20. Rígida</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>21. Sana</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>22. Trabajadora</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>23. Incompetente</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>24. Inestable</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>25. Desconfiada</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>26. Triunfadora</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>27. Agil</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>28. Triste</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>29. Solidaria</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>30. Controlada</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>31. Optimista.</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>32. Agradable</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>33. Agresiva</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**SECCIÓN  
E**

**1. En el último año:**

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje 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 5)
- 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. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?**

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

**6. 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 cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

**7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?**

- A) No
- B) Sí

**SECCIÓN E**

**8. ¿Cuándo sientes más hambre?**

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

**9. ¿Con que intensidad sientes hambre?**

- A) Poca
- A) Regular
- B) Demasiada

**10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?**

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

**SECCIÓN E1**

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.

<b>A</b> Nunca	<b>B</b> a veces	<b>C</b> frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	<b>D</b> muy frecuentemen te	<b>E</b> Siempre
-------------------	---------------------	---	---------------------------------------	---------------------

- |  |       |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>1.Cuido que mi dieta sea nutritiva.</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>2.Siento que la comida me tranquiliza.</b>  | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>3.Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>4.Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.</b>                           | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>5.Procuro comer verduras.</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>6.Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.</b>                          | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>7.Comer de más me provoca sentimientos de culpa.</b>  | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>8.Soy de las que se hartan (se llenan de comida).</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>9.Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.</b> | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>10.Me avergüenza comer tanto.</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>11.Como lo que es bueno para mi salud.</b>  | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>1. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>2. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.</b>   | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |
| <b>3. Mi problema es empezar a comer pero una</b>  | ( A ) | ( B ) | ( C ) | ( D ) | ( E ) |

- vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.
4. Procuero mejorar mis hábitos alimentarios ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  5. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  6. “Pertenezco al club” de las que para controlar su peso se saltan las comidas. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  7. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  8. 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 delgada. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  21. No me gusta comer con otras personas ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  22. Soy de las 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 misma antes de consumir alimentos engordadores. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
  25. Procuero 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 de 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)..

39. Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Disfruto cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena (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. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Dificilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

**SECCIÓN F****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) :

<b>A</b> <b>Muy de acuerdo</b>	<b>B</b> <b>De acuerdo</b>	<b>C</b> <b>Indecisa</b>	<b>D</b> <b>En desacuerdo</b>	<b>E</b> <b>Muy en desacuerdo</b>
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

10. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
11. Las personas que comen con medida (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
12. 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)
13. Admiro a las personas que pueden comer con medida (A) (B) (C) (D) (E)
14. 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)
15. No sé por qué se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)

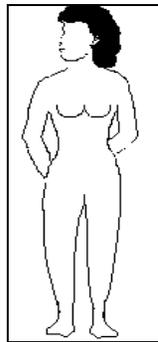
17. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
18. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Creo que “comer y rascar el trabajo es comenzar”. (A) (B) (C) (D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos con 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 insegura. (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 amigas. (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

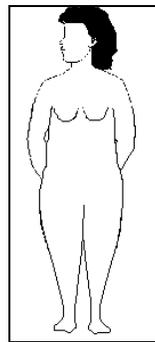
SECCIÓN

G

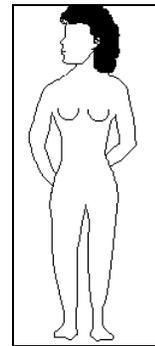
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



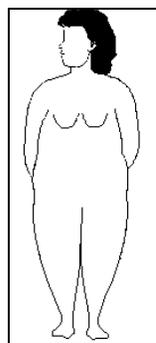
(A)



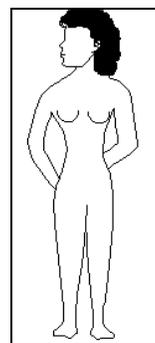
(B)



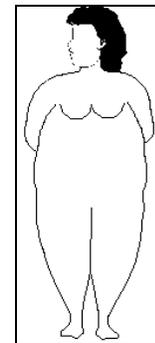
(C)



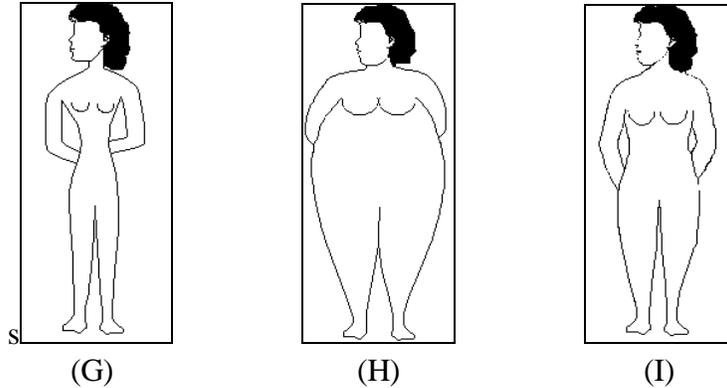
(D)



(E)



(F)



**SECCIÓN H**

**SECCIÓN  
H**

1. **¿Cuántas amigas cercanas tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellas para lo que sea)**
  - A) Ninguna
  - B) Una 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 amigas y/o amigos 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)

## SECCIÓN H

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**

**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:**

	<b>Me Describe</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regula r</b>	<b>Bien</b>	<b>Excelen te</b>
<b>1. Procuro platicarlo con otras personas</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>2. Me culpo a mí misma</b>	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
<b>3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones</b>	(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**

**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         | (A)  | (B)  | (C)     | (D)  | (E)         |

- me gusta hacer.
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 molesta o enojada 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 sonríe frecuentemente (A) (B) (C) (D) (E)
  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)
  29. Me compara favorablemente con los demás (A) (B) (C) (D) (E)
  30. Me hace sentir como si no hubiera sido deseada (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 satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

**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 (apariencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?**

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

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

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa                         | Muy gorda           |
| B) Con sobrepeso                 | Gorda               |
| C) Con peso normal               | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal     | Delgada             |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada         |

**10. Llegar a estar gorda :**

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

**11. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?**

\_\_\_\_\_ Años

**12. Cómo 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

**13. 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

**14. Me gusta la forma de mi cuerpo :**

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

**SECCIÓN L**

**SECCIÓN**

**L**

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:**

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
----------	----------	----------	----------	----------

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:**

9. 

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
----------	----------	----------	----------	----------

 Ágil \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Torpe

10.	Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
11.	Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
12.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
13.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
14.	Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
15.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
16.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
17.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
18.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
19.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

**Mi cara es:**

		A	B	C	D	E	
12..	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
13.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
14.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
15.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
16.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
17.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
18.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

**Mi busto es:**

		A	B	C	D	E	
19.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
20.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
21.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
22.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
23.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado
24.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
25.	Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

**Mi tórax es :**

		A	B	C	D	E	
26.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
27.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
28.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
29.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo

30. Proporcionaldo \_\_\_\_\_ Desproporcionado
31. Firme \_\_\_\_\_ Flácido
32. Chico \_\_\_\_\_ Grande

**Mis brazos son:**

		A	B	C	D	E	
33.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
34.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
35.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
36.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
37.	Proporcionaldos	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
38.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
39.	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

**Mi espalda es:**

		A	B	C	D	E	
40.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
41.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
42.	Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
43.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
44.	Proporcionalda	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionalda
45.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
46.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Granade

**Mi cintura es:**

		A	B	C	D	E	
47.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
48.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
49.	Mal Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
50.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
51.	Proporcionalda	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionalda
52.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
53.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

**Mis glúteos son:**

		A	B	C	D	E	
54.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
55.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
56.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
57.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
58.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
59.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
60.	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

**Mis piernas son:**

		A	B	C	D	E	
61.	Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
62.	Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
63.	Bien formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal formadas
64.	Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
65.	Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas
66.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidas
67.	Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

**SECCIÓN M**

**SECCIÓN**

**M**

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

La clave de respuesta es como sigue:

**A= No lo describe nada**

**B= Lo describe un poco**

**C= Lo describe regular (mas o menos)**

**D= Lo describe bien**

**E.= Lo describe exactamente.**

**Mi padre:**

	<b>Lo describe</b>				
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regula r</b>	<b>Bien</b>	<b>Exactame nte</b>
<b>1.-Me habla con voz afectuosa y amigable.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>2.-Me apoya menos de lo que requiero.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>3.-Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
<b>4.-Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.</b>	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )

- 5.-Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
- 6.-Esta muy apegado a mí. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
- 7.-Me deja que tome mis propias decisiones ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
- 8.-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.-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 el. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
- 19.-Me sonrío frecuentemente. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
20. Me da tanta libertad como la que yo quiero ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
21. Es autoritario. ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
22. Me parece emocionalmente frío. ( 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 )
- 29.-Me compara favorablemente con los demás ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )
- 30.-Me hace sentir como si no hubiera sido deseado(a). ( A ) ( B ) ( C ) ( D ) ( E )

**SECCIÓN N**

**SECCIÓN**

**N**

**1. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que promueven productos adelgazantes?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

**2. Cuando vas por la calle, ¿Te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

**3. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

**4. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?**

- A) Siempre

- B) A veces
- C) Nunca

**5. Consideras que perteneces a la clase social:**

- D) Alta
- E) Media
- F) Baja

**6. ¿Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psiquiátrico?**

- C) Sí
- D) No

<b>SECCIÓN N</b>
------------------

**7. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nervosa, bulimia nervosa u otros trastornos alimentarios?**

- C) Sí
- D) No

**8. En caso afirmativo, ¿quién es?**

- G) Padre
- H) Madre
- I) Hermana/o
- J) Tío (a)
- K) Abuelo (a)
- L) Otros. Específica.

**9. ¿Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?**

- C) Sí
- B) No

**11. En la actualidad, ¿estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?**

- A) Sí
- D) No

**12. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?**

- A) Sí
- B) No

**12. ¿Te pesas habitualmente?**

- C) Sí. Pasa a la siguiente pregunta.
- D) No. Pasa a la pregunta 14.

**13. Si tu respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto tiempo te pesas?**

- D) Cada día
- E) De 2 a 3 veces por semana
- F) De vez en cuando

**14. ¿Algún miembro de tu casa te ha criticado o se ha burlado de ti por tu figura o por tu peso?**

- C) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
- D) No. Pasa a la pregunta 16.

**15. Si alguien lo ha hecho, ¿quién era?**

- G) Tu madre
- H) Tu padre
- I) Hermana/o
- J) Tío (a)

<b>SECCIÓN N</b>
------------------

- K) Abuelo (a)
- L) Otros. Específica.

**16. ¿Alguien te ha criticado o se ha burlado de ti por tu cuerpo o por tu peso?**

- C) Si
- D) No

**17.- ¿Quién se ha burlado de tí?**

- C) Novio(a)
- D) Amigo(a)
- E) Compañeros de clase
- F) Vecinos

**18. ¿Crees que si fueras más delgada tendrías más amigas y amigos de los que actualmente tienes?**

- D) Sí
- E) Probablemente
- F) No

**19. ¿Te sientes presionada por tus compañeros y compañeras para estar más delgada?**

- D) Nunca
- E) Algunas veces
- F) Siempre

**20. Si te comparas con otras chicas de tu misma edad, ¿cómo te ves?**

- F) Mucho más delgada
- G) Un poco más delgada
- H) Como ahora

- I) Un poco más llena
- J) Mucho más llena

**21. ¿Has adelgazado más de 5 kilos durante los últimos 6 meses?**

- C) Si
- D) No

**22. ¿Te da mucho miedo aumentar de peso , aunque los demás piensen que estás muy delgada?**

- C) Si
- D) No

**23. ¿Te ves gorda aunque los demás te digan que estás muy delgada?**

- C) Si
- D) No

### **INVENTARIO DE BECK BDI\***

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lee cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY. Encierre en un círculo el número que se encuentra a un lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones de cada grupo antes de hacer su elección.

**1.**

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

**2.**

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

**3.**

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

**4.**

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

**5.**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

**6.**

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

**7.**

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

**8.**

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

**9.**

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

**10.**

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

**11.**

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

**12.**

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

**13.**

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

**14.**

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

**15.**

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**16.**

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

**17.**

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18.**

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

**19.**

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

**20.**

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

**21.**

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.