



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

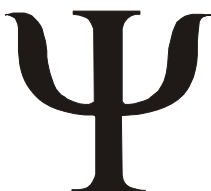
**RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS EN LA
CONDUCTA ALIMENTARIA, LA ANSIEDAD Y LA
AUTOESTIMA, EN MUJERES ADOLESCENTES**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A N:
BERTHA MARTINEZ MEDINA
ALMA DELIA PUEBLA PALMA

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. JOSÉ ALBERTO HIDALGO ARIAS

DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ
LIC. JOSÉ LUIS ESCORCIA JIMÉNEZ
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO
MTRO. JUAN JIMÉNEZ FLORES



MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADEZCO:

A MI TUTOR

Psic. José Alberto Hidalgo, por confiar en mí, por sus consejos, sugerencias y correcciones para la realización de este trabajo así como por el tiempo brindado y por la convicción de que lograríamos.

A MIS ASESORES

Dr. Carlos Figueroa, Mtra. Bertha Ramos, Mtro. Juan Jiménez, Psic. José Escorcía,
Gracias por sus acertados y oportunas sugerencias y comentarios para la realización de este trabajo, que sirvieron para enriquecerlo.

A MIS PADRES

Por apoyarme en las decisiones que tome durante toda mi vida, su comprensión, y cariño y paciencia

A MIS HERMANOS

Luis, Erika por darme su cariño cada uno con su particular forma de ser y a Carlos que me enseñó que la vida se debe vivir en su momento y que no existe nada límites cuando las cosas se quieren hacer.

A MI PEQUEÑO HIJO

Jorge Luis, por que es lo más bello que me ha dado la vida, por su cariño por todos esos momentos que hemos compartido y por entender los que no he podido estar a su lado. Me da la fuerza para seguir adelante, y he aprendido de él que con esmero y esfuerzo podemos ser mejores.

A JUAREZ

Por su comprensión, paciencia, su apoyo y por alentarme constantemente a concluir una etapa de mi vida.

ALMA DELIA PUEBLA PALMA

AGRADEZCO:

A mis hijos

Joshua Y Hazziel por el tiempo que me ausente y no podía estar con ellos.

A mi hija mayor Odette por que sin su ayuda incondicional me hubiera vuelto loca

A mi esposo

Daniel el amor de mi vida por su apoyo moral y económico que yo sabia que podía contar siempre con el.

Mis hermanos

A mis hermanos Angeles, Pablo, Samuel, Ismael, Ruth, Elsa, Lis y Bany que siempre están en mi corazón.

A mi gran amiga Julia

Que no podía faltar por que fue la que me motivo, para realizar este sueño.

Bertha Martínez Medina

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	
TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
1.1 Antecedentes Históricos	6
1.2 Características principales de los TCA	9
1.3 Factores de Riesgo de los TCA	16
1.4 La imagen corporal como un Factor de Riesgo	17
1.5 Conducta alimentaria	22
1.5.1 Conducta alimentaria Compulsiva	23
CAPÍTULO II	
AUTOESTIMA	
2.1 Antecedentes de la Autoestima	26
2.2. Concepto de Autoestima	30
2.3. Elementos básicos de la autoestima	34
2.4. Autoestima e imagen corporal	35
CAPÍTULO III	
ANSIEDAD	
3.1 Definición de Ansiedad	38
3.2 Fundamentos Teóricos de las Teorías de la Ansiedad	41
3.2.1 Teoría Psicoanalítica de la Ansiedad	44
3.2.2 Teoría Conductual de la Ansiedad	45
3.2.3 Teoría Cognitiva	46
3.3 La Influencia de la Ansiedad en el Organismo	46
3.4 Como se Manifiesta la Ansiedad	47
3.5 Ansiedad y los TCA	48
INVESTIGACIÓN RELACIONADA	50
METODOLOGÍA	55
RESULTADOS	66
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS	84
ANEXOS	

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue describir las relaciones entre los Trastornos en la Conducta Alimentaria, a través de sus factores de riesgo tales como: Importancia de la Figura, Salud Física, Como me considero, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas; con las variables Ansiedad y Autoestima, que presentan las adolescentes que estudian a nivel preparatoria. Se evaluó una muestra de mujeres (n=116), de una escuela preparatoria pública (Preparatoria Oficial No.82, "José Revueltas"), del Municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, en el Estado de México, cuya edad osciló entre los 16 y 20 años. Se utilizó el Cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez (1996); el Inventario de Ansiedad-Estado (IDARE; Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975) y la Escala de Autoestima de Reidl (1981). El estudio fue exploratorio, transversal, con un diseño correlacional; la muestra fue no aleatoria por disponibilidad. En promedio, la edad de las mujeres encuestadas fue de $\bar{x}=17$ años, el peso fue de $\bar{x}=56.16$ kg, la estatura de $\bar{x}=1.58$ m e IMC de $\bar{x}=22.37$ kg/m². De acuerdo a su IMC el 10% presentó un nivel bajo, 73% normal y 14% sobrepeso. Se encontraron relaciones directas entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria tales como: Importancia de la Figura (r=.363, p=.000), Como Me Considero (r=.627, p=.000), con la variable Ansiedad. Así mismo, existen relaciones inversas entre: Salud Física (r=-.557, p=.000), Afirmaciones Preferencia Obesidad (r=-.489, p=.000), Afirmaciones Preferencia Delgada (r=-.475, p=.000), con la variable Autoestima. Por lo que se puede decir que es muy posible que la muestra de mujeres, mientras más importancia le da a la apariencia física, mayor ansiedad presenta, así como, a mayores problemas relacionados con la salud y conductas que están relacionadas con bajar o subir de peso, menor autoestima.

Palabras claves: Adolescentes, Mujeres, Conducta Alimentaria, Ansiedad, Autoestima.

INTRODUCCIÓN

En México a finales de los noventa, Rivera, Shamah, Villalpando, González de Cossío, Hernández y Sepúlveda (2001) realizaron la segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN-99), la cual tuvo como objetivos, cuantificar las prevalencias de desnutrición, las deficiencias de micronutrientes y de mala nutrición por exceso, así como de sus determinantes, en diversos grupos de edad, en el ámbito nacional. Con respecto a la muestra representada por mujeres en edad fértil se estudiaron 18 311 mujeres de entre 12 y 49 años, los hallazgos de la encuesta muestran prevalencias sumamente elevadas de sobrepeso y obesidad en nuestro país.

A nivel nacional 1.7% de mujeres fueron clasificadas como desnutridas, 46.6% se encontraban en el intervalo de IMC adecuado, 30.6% tenía sobrepeso y 21.2% presentaba obesidad. En el Centro y la Ciudad de México las prevalencias fueron similares a las encontradas en el ámbito nacional.

El sobrepeso y la obesidad fueron menores en las zonas rurales que en las urbanas. El valor promedio de índice de masa corporal de las mujeres fue de 25.7 en el ámbito nacional, ligeramente por arriba del punto de corte utilizado para clasificar sobrepeso, en las Regiones Centro y Ciudad de México (25.6) y en la esfera nacional el promedio de talla fue de 152.9 cm.

La adiposidad central en las mujeres con sobrepeso y obesidad varía de una manera importante entre zonas urbanas y rurales. En las mujeres con sobrepeso, 56% en las zonas urbanas y 72% en las zonas rurales tienen adiposidad central; mientras que entre las mujeres obesas 76% en las zonas urbanas y 82% en las zonas rurales presentan adiposidad central.

Se obtuvieron datos válidos de concentración de hemoglobina en 17 194 mujeres, es decir, en el 93.9% del total de la muestra, de las cuales 4.0% se encontraban embarazadas al momento de la entrevista. La prevalencia nacional de anemia fue de 20.2%; 26.2% en embarazadas y 20.0% en no embarazadas. Al

aplicar los factores de expansión, se estima que 221 247 mujeres embarazadas y 3 906 700 mujeres no embarazadas de 12 a 49 años, en el ámbito nacional, presentaron anemia.

Los autores mencionan que es preocupante el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad en la última década y la elevada proporción de mujeres que presentó adiposidad central. Otro problema importante que se menciona en ENN-99, fue la prevalencia de anemia, ya que una de cada cinco mujeres no embarazadas y una de cada cuatro embarazadas presentaron anemia, por lo que la mala nutrición y sus consecuencias de la mujer adulta es común, ya que rebasan la frontera de su organismo para trascender a sus hijos (Rivera, et al., 2001).

Por lo que Gómez (2002) menciona que la conducta alimentaria es un fenómeno complejo, multidimensional, en el que varios factores como biológicos (hambre-saciedad, sed) estados fisiológicos (embarazos lactancia, pubertad, vejez), geográficos (clima, disponibilidad de alimentos) psicológicos (preferencias, gustos, ritos, creencias) y socioculturales (tradiciones, costumbres, nivel cultural y económicos), se entrelazan, dando un arco iris de posibilidades en donde coexisten tanto variables protectoras como de riesgo.

Así mismo, Gama (1999) sugiere que los problemas en la conducta alimentaria, no suelen iniciarse en la adultez, sino en la adolescencia, la cual se caracteriza por una búsqueda de identidad y una marcada aprobación de los pares, lo cual trae consigo mucha ansiedad y conflicto interno, siendo la apariencia física una parte fundamental de este conflicto. Por lo que autocalificarse con una serie de atributos negativos o tener una insatisfacción corporal, puede generar graves conflictos en el adolescente, pudiendo desencadenar trastornos alimentarios inmediatos o a lo largo de su vida.

Con respecto a la autoestima y la conducta alimentaria, desde los 80's, diversas investigaciones en población femenina adolescente, en occidente, como las de Garfinkel y Garner (1982), mencionan cierta relación entre variables biológicas, familiares, psicológicas y la aparición de trastornos alimentarios influenciados por los medios de comunicación. De acuerdo con las imágenes de *moda*, las

adolescentes refuerzan un ideal dicotómico, de aceptable o inaceptable: gordo/flaco, bello/feo, incidiendo directamente en su propia autoestima.

A finales de los noventa, autores como Bergeron y Senn (1998); Brownell (1991); Cunningham, Roberts, Barbee, Duren y Wu, (1995) (Citados en Walcott, Pratt & Patel, 2003) mencionan que el ideal estético manejado hoy en día es extremadamente delgado y parece ser que representa valores de autodominio, éxito y aceptación y que los medios de comunicación influyen para que se logre esta meta, haciendo creer a la gente que grandes recompensas los aguardan, fortaleciendo así su autoestima.

Mientras que para el estrés, Raich y Rosa (1998) explican como consecuencia del manejo de la estética de moda, en algunos adolescentes la interiorización del ideal cultural de delgadez en relación al cual se compara el propio cuerpo real genera estrés, promoviendo la insatisfacción corporal y que consecuentemente genera repudio y vergüenza de su imagen y peso, lo cual es el principal predictor del trastorno alimentario. El miedo real a las consecuencias de comer alimentos prohibidos, generalmente con alto contenido calórico, mantiene al individuo en constante estrés ya que debe o trata de mantener un control estricto sobre su alimentación (Gómez, 1996).

También Gómez (1998) refiere que la satisfacción o insatisfacción corporal depende del cuerpo percibido, lo que puede ser diferente de la realidad objetiva del cuerpo y de la promoción del cuerpo ideal por lo que propone la hipótesis de que la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo media la interacción entre cuerpo percibido y los trastornos alimentarios.

Por lo que el propósito de este trabajo fue describir las posibles relaciones entre los Trastornos en la Conducta Alimentaria, a través de sus factores de riesgo tales como: Importancia de la Figura, Salud Física, Como me considero, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas; con las variables Ansiedad y Autoestima, que presentan las adolescentes que estudian a nivel preparatoria.

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

De esta manera, el primer capítulo se muestra las características de los trastornos alimentarios y se hace una revisión de los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. El siguiente capítulo describe la importancia de la autoestima y en el tercer capítulo el de la ansiedad. Los demás apartados se referirán a la metodología empleada y resultados obtenidos, así como en la última parte, las conclusiones llegadas de acuerdo

CAPÍTULO I
TRASTORNOS ALIMENTARIOS

CAPÍTULO I

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Cuando se habla de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), hay que tomar en cuenta que devienen de una etiología multifactorial, es decir, obedecen a múltiples causas o determinantes. Sin embargo, aun teniendo una etiología compleja, los TCA tienen dos componentes básicos; 1) temor a aumentar de peso y 2) temor a perder el control sobre el comer; así mismo, tanto la anorexia como la bulimia son motivadas por el deseo de estar delgado y el temor de estar gordo, independientemente del peso real de la persona (Gómez, 1996). Gómez (1998) comenta que estos trastornos de la conducta alimentaría se han dividido en tres categorías según sus características conductuales y biológicas: 1) anorexia, 2) bulimia y 3) obesidad, así como, todos aquellos problemas asociados con el proceso nutritivo: atiborrarse (atracción de comida) y/o regurgitar, nutrirse de comidas inadecuadas, no ingerir nada y consumir alimentos en demasía de manera sistemática.

1.1 Antecedentes Históricos

Anorexia Nerviosa

Tisera (1996) menciona que la palabra Anorexia deriva del griego, *asitia* o *inedia* significa de *falta de deseo* (abstinencia alimentaria), así mismo este autor observó que el famoso médico griego Hipócrates (460-377 AC) no utilizaba esta palabra, sin embargo, su colega y compatriota Galeno en (129-209 DC) al comentar el libro *Epidemias del Corpus Hippocraticum*, menciona que los griegos llamaban *anorektous* y *asitous* a quienes rechazan los alimentos, mientras que a quienes primero ingieren y luego sienten repulsión por algún alimento lo llama *apositous*. El término continuó siendo usado por los médicos a través de los siglos, adjudicándolo a diversas etiologías, según las épocas: factores divinos, satánicos, por brujería, causas metafísicas u orgánicas, desequilibrio entre los *humores*, factores neurológicos y psíquicos.

Autores como Gómez, Granados, Jáuregui, Tafoya, y Unikel (2001) investigaron que desde la antigüedad la delgadez fue asociada con la espiritualidad y misticismo (lo que ahora se asocia con la belleza y éxito); y que desde el siglo XIII al XV, el control del apetito connotaba religiosidad. El ayuno extremo era practicado por los penitentes generalmente mujeres, buscando la bendición de dios por su dedicación religiosa. Por lo que la Anorexia Nerviosa (AN), ha mostrado su presencia entre las mujeres religiosas desde la edad media (1200 a 1500).

Así, Toro (1996) señala que en la época del romanticismo, la negación a comer se relacionaba con delgadez, palidez estética y alto nivel cultural. Mientras que al comienzo del siglo XX, la Anorexia Nerviosa fue erróneamente confundida con la insuficiencia pituitaria, empleando tratamientos con insulina y electroshock y que para el año de 1741, Djerine la señala como una patología mental, en 1787, Nauden la relaciona con la histeria y Pincel, la clasifica como una neurosis de la digestión en 1798.

En 1868, dos médicos William Gull en Inglaterra y Lasegue Ernest Charles en Paris, mencionaron casos de anorexia histérica, describiendo al desorden en términos médicos y psíquicos, siendo Gull el primero en nombrar a la enfermedad Anorexia Nerviosa. En la década de los 70's, la Dra. Bruch en Estados Unidos, observa aspectos comunes de la Anorexia Nerviosa en los pacientes tales como: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales ya para los noventas, autores como Russell hablan del miedo patológico de subir de peso (Toro 1996).

Bulimia Nerviosa

El segundo trastorno alimentario es la Bulimia Nerviosa (BN), cuya palabra viene del griego *bilimy* que se traduce como hambre de buey o hambre excesiva. La bulimia es un trastorno alimentario que presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de grandes cantidades de alimento, falta de

control sobre éste, provocación de vómito y/o utilización de fármacos y/o diuréticos.

Antiguamente los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los individuos engullían grandes cantidades de alimento, para luego estimular sus gargantas con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar y reincidir en su glotonería (Raimbault & Eliacheff, 1991).

Según Ortiz (2003) ya en el Talmut (400-500 AC.), se atizaba el término *boolmut* para describir un síndrome en el cual una persona está agobiada por el hambre, que su juicio y conciencia respecto a eventos externos se hallaban disminuidos, síndrome considerado como mortal y en los diccionarios médicos del S. XVIII-XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades. Así mismo menciona el autor que Jeims en 1743, empleó el término *boulimus* en asociación con *caninus* y *synorexia*, para designar un apetito voraz seguido de vómito.

Obesidad

En las sociedades antiguas, Toro (1996) menciona que las mujeres *gordas* eran consideradas poseedoras de mayor atractivo sexual a diferencia de las delgadas, así mismo eran un símbolo de belleza, se consideraban buenas para procrear, para el alumbramiento y amamantar; manteniendo un elevado estatus social para la familia y los hijos de ésta. Bermodo y Collado (2001), sugieren que la obesidad en la mujer ha mantenido a lo largo del tiempo, cierta connotación artística, tal es el caso de la Venus de Willendorf en Viena, cuya silueta denota redondez excesiva, a su vez que representa un símbolo de fertilidad y maternidad. En tiempos más antiguos, está la figura de Lespugne, hallada en Francia, la cual representa una cabeza pequeña, pechos colgantes y caderas anchas, lo que parece corresponder esta silueta, a un ideal estético o divino.

En la cultura grecoromana los abusos del comer constituían el poder social, político y económico del imperio romano, se realizaban comidas tan exageradas que hasta se disponían de unos cuartos exclusivos para arrojar lo ingerido a fin de poder seguir comiendo y bebiendo (Toro, 1996).

Así, a lo largo de la historia se han atribuido enfermedades por alimentación excesiva, por lo que la dieta y el ayuno, poseían un valor curativo y, de igual manera se conocían sustancias eméticas y purgantes, por ejemplo, Hipócrates hace referencia a la obesidad como un problema de salud, o causante de alteraciones específicas como la esterilidad, a su vez, Galeno consideraba fundamental, mantener el adecuado estado de salud de manera que identifica a la obesidad, como una incapacidad personal (Bermudo, et al. 2001)

1.2 Características principales de los TCA

De acuerdo con Palpan (2007), en el mundo occidental las alteraciones del comportamiento alimentario constituyen la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes, dentro de este contexto, la idea del cuerpo perfecto ha alcanzado su máximo nivel de influencia, gracias a los medios de comunicación (Internet, televisión, revistas) y los criterios estéticos de la sociedad podríamos decir, que una nueva moda de una figura esbelta ha llegado a nuestra sociedad. Esta nueva tendencia esta generando ciertos trastornos en el comportamiento de la alimentación que dañan la salud. El DSM-IV-TR (2000) y el CIE-10 (2000) menciona entre los más importantes: la anorexia, la bulimia nerviosa y los trastornos no especificados, tal como la alimentación compulsiva.

Siguiendo con este mismo autor, el culto a esta imagen estética, se ha convertido como un factor que repercute de manera más severa en la adolescencia, ya que, esta es la edad de cambios y crisis emocionales esta idea de un cuerpo perfecto ha impactado en la mente de distintas poblaciones de diversas edades y niveles socioeconómicos ocasionando cierto tipo de alienación en los jóvenes de hoy (Palpan, 2007).

De acuerdo con Gama (1999) el adolescente experimenta esta idea de la imagen de una manera muy especial, hay que tener en cuenta que esta etapa no solo es importante sino decisiva por sus implicaciones psicológicas. Por lo general el adolescente se encuentra confundido ya que deja atrás su mundo infantil y se dirige al mundo adulto, entre un mundo perdido y otro desconocido decide permanecer en su propio mundo acompañado por sus pensamientos, que son

mayormente idealistas, perfeccionistas. Esta manera de pensar es la que recibe toda la información del mundo que los rodea, y por supuesto, que la idea de un cuerpo perfecto adquiere gran importancia ya que todo ideal, todo sueño y, obviamente, toda perfección influye poderosamente en el adolescente que cree y esta convencido que todo lo puede.

La sociedad con toda la intención posible busca imponer esta idea, y los adolescentes son los más vulnerables ya que nada les produce más temor que no ser aceptados por un determinado grupo social. Encontramos que la figura perfecta esta ligada a la cultura y sexo de cada generación, comúnmente artistas, deportistas, modelos y niños, sufren estos trastornos debido a una ansiedad y miedo de no ser aceptado por una sociedad. Se estima que entre un 10 y un 24% de varones adolescentes en los Estados Unidos han reportado ataques de “hambre voraz” y entre el 1 y 2% admite la practica del vomito, el uso de laxantes o diuréticos. En 1980 un estudio universitario revelo que el 79% de mujeres y el 49% de hombres habían estado comprometidos en incontrolables excesos con la comida. En otro estudio, el 13% de la población general universitaria reporto experimentar el mayor síntoma de bulimia nerviosa 87% fueron mujeres y el 13% hombres (Toro, 1996).

Ante el cuestionamiento de cómo lograr en corto tiempo esta imagen de perfección corpórea, encuentran como pronta solución disminuir su ingesta de alimentos, también pueden optar por devolver el alimento ya ingerido, e incluso, no solo abandonar este ideal sino ir en contra de el, aumentando considerablemente su ingesta de alimentos; obteniendo como resultado de todos estos casos: Un Trastorno de Alimentación (Gómez, 2002).

Como hemos mencionado, entre los factores de los TCA se encuentra la influencia de valores sociales y culturales, reforzados y difundidos por los medios globalizados de comunicación social; siendo los principales: la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). A esto se puede agregar con mucho cuidado la obesidad, ya que para algunos investigadores ésta no forma parte de dichos trastornos (Gómez, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel, 2001). Señalan estos

autores que la gran mayoría de los artistas y cantantes sufren alguno o varios de estos trastornos, así mismo las chicas de bajo nivel socioeconómico se involucran en conductas de sobre ingesta o de dieta restrictiva en su intento por resolver sus pérdidas y frustraciones diarias.

La Anorexia Nerviosa (AN) puede entenderse, como un trastorno bio-psico-socio-cultural severo caracterizado por el rechazo voluntario de la ingesta de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal (Gómez, et al., 2001).

Las personas que padecen esta enfermedad presentan una inanición u obsesión por no comer, una compulsión reforzada fisiológicamente por una euforia biológica, producida por la misma inanición y psicológicamente por el sentimiento de autocontrol, así como una percepción distorsionada, una sobre-estimación del propio cuerpo, y una actitud tendiente a la sobrevaloración de la delgadez, son aspectos que parecen motivar este trastorno alimentario, donde tales preocupaciones constituyen la psicopatología central de la anorexia (Ortiz, 2003).

Así mismo, la Bulimia Nerviosa (BN) es una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el individuo termina por sucumbir a ellos, presentando episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo.

Por otro lado, desde el punto de vista médico la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por exceso de tejido adiposo a nivel corporal, existe un desequilibrio entre la energía consumida y la energía utilizada, el exceso de energía ingerida es la almacenada por el cuerpo en forma de grasa, ya sea por factores genéticos o metabólicos en su constitución o por hábitos de vida (mala alimentación, falta de ejercicio) acompañada a veces con trastornos de salud física y mental (Ortiz, 2003).

Gómez (2002), define la obesidad como un exceso de grasa corporal y al igual que en la anorexia y la bulimia, son múltiples los factores que se pueden presentar para que ésta se produzca, hablamos de factores culturales y psicológicos. Se

supone que en las mujeres con más de un 30% de grasa en el cuerpo se les puede catalogar como obesas. Aquí también entra la parte genética. A veces se piensa que el obeso es una persona que come de más, sin embargo los obesos restringidos o moderados con una ingesta adecuada de alimentos y que poseen un peso corporal por arriba del peso normal, son personas que poseen un fuerte contenido genético con tendencia a la obesidad.

Al final no importa que TCA se tenga, por lo regular las personas que presentan AN o BN u Obesidad, se caracterizan por su resistencia a aceptar o a demandar toda forma de intervención terapéutica; niegan con frecuencia la existencia de la enfermedad y son hospitalizados cuando su condición somática se ha deteriorado y la sintomatología se ha vuelto crónica (Perpiña, 1989).

De acuerdo al DSM IV-TR (2000), los criterios más utilizados para el diagnóstico de los TCA son:

Anorexia Nerviosa (AN):

- a. Rehusarse a mantener el peso corporal en o por encima del 85% del peso normal para edad y talla.
- b. Temor intenso a ganar peso o a volverse gordo, incluso estando por debajo del peso normal.
- c. Percepción inadecuada del peso y la silueta corporal, alteración de la autoevaluación y negación del peligro que representa tener bajo peso.
- d. Amenorrea en mujeres posmenárquicas (ausencia de 3 ciclos consecutivos como mínimo).

Subtipos:

Tipo restrictivo.- La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayuno o ejercicio excesivo.

Tipo purgativo.- Las personas que se incluyen dentro de este tipo presentan alteraciones y recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómito autoprovocados, con el fin de contrarrestar el efecto *engordador* de la ingesta. En esta clasificación

se incluyen también los casos que no manifiestan atracones pero recurre al uso de purgas.

Bulimia Nerviosa (BN):

a. Episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimentos en un periodo discreto de tiempo, acompañando la pérdida del control sobre el comer durante el episodio.

b. Comportamientos compensatorios recurrentes para prevenir la ganancia de peso (vómito autoinducido, laxantes, enemas, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo).

c. Esto ocurre en promedio al menos dos veces por semana por tres meses.

d. excesiva influencia y preocupación por el peso y la forma corporal.

e. Este trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

Subtipos:

Purgativo/Compulsivo: se recurre al vómito, laxantes, enemas o diuréticos.

No purgativos: recurre a ejercicio excesivo, ayuno.

Trastorno de alimentación compulsiva:

a. episodios recurrentes de ingestión compulsiva y excesiva de alimentos, al menos dos veces por semana por seis meses.

b. Estrés marcado acompañado de al menos tres de los siguientes (comer muy rápido, comer hasta quedar inconfortablemente lleno, comer sin hambre, comer solo, sentirse culpable o disgustado después del episodio).

c. No presenta conductas purgativas, ejercicio excesivo o dieta; ausencia de Anorexia Nerviosa.

Al parecer las causas atribuidas a los TCA pueden ser diferentes según Gómez y colaboradores (2001) de acuerdo a su tipo. Por ejemplo para la anorexia nerviosa son: ser mujer joven y perfeccionista, con rasgos obsesivos-compulsivos,

lo que incrementa grandemente la susceptibilidad de padecer esta enfermedad. El contexto familiar desempeña también un papel muy importante, estas jóvenes crecen en un ambiente familiar de sobreprotección, con poca libertad para la autorrealización y el desarrollo de patrones de autoestima.

Algunas de las causas atribuidas a la Bulimia Nerviosa es que las mujeres bulímicas suelen ser muy sensibles al rechazo y al fracaso, son muy exigentes y con frecuencia tienen problemas de control de impulsos. El entorno familiar del paciente bulímico muchas veces es conflictivo y desorganizado, siendo difícil la comunicación entre sus miembros, e impidiendo la conducta autónoma e independiente. Así mismo, la presión social de las sociedades desarrolladas contribuye al progresivo aumento de esos trastornos del comportamiento alimentario. Los cambios en el rol social y profesional de la mujer pueden favorecer la aparición de conflictos y pulsiones alimentarias patológicas (Gómez, et al., 2001).

Los términos más usados con personas que padecen bulimia son: *caos dietético*, *síndrome anormal-normal de control de peso*, los cuales son utilizados cada vez más para clasificar aquellos individuos que sin tener un peso anormal, están literalmente obsesionados por el temor a volverse gordos. Alternan dietas hiperrestrictivas e incontrolables excesos alimentarios seguidos de vómitos provocados y una abusiva ingestión de laxantes (Raimbault & Eliacheff, 1991).

Obesidad:

Con respecto a la obesidad, este se ha convertido en un problema de salud heterogéneo y multicausal de gran incidencia en las sociedades industrializadas que preocupa ampliamente tanto a los profesionales de la salud (médicos, nutriólogos, asistentes sociales, psicólogos) como a organismos y entidades implicados en la gestión de la salud pública (OMS), compañías de seguros, ministerio de sanidad y consumo (Saldaña & Rossell, 2000).

Las causas de la obesidad son múltiples y complejas, y recalcan la hipótesis de que comer es algo más que una simple respuesta a un desequilibrio químico en la sangre. Ciertos factores biológicos que podrían ser heredados, pueden contribuir

al sobrepeso. Algunas personas nacen con una provisión excesiva de células grasas, lo cual incrementa la capacidad para almacenar calorías en exceso. También podría haber una reacción entre el efecto bioquímico y el comer en exceso. Los hábitos alimenticios que se tienen en la infancia también influyen en el peso corporal. Quienes fueron bebés sobrealimentados podrían conservar células grasas que no desaparecen con el tiempo (Morris, 1992).

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endocrina, como sucede en el hipotiroidismo, en el síndrome de Cushing o por la posibilidad de que existen lesiones hipotalámicas (tumores, quirúrgicas o inflamatorias) que hayan desencadenado la obesidad o que ésta se haya asociada a algunos síndromes genéticos (Saldaña & Rossell, 2000). Estas afecciones, aunque no poco frecuentes, deben estar siempre presentes en la mente del médico en el momento de evaluar a un paciente obeso.

Uno de los puntos importantes de esta investigación en cuanto se refiere a los trastornos alimentarios, tiene que ver como característica central, el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos, tal como, la preocupación persistente por el peso y la silueta (Raich, 2000).

Una vez que se ha entrado en el círculo de la anorexia, la bulimia o la obesidad, es muy difícil salir por uno mismo. Los pacientes con alguno de estos trastornos lo describen muy bien cuando dicen que experimentan tener la mente como dividida en dos. Por un lado tienen una parte mala que les dice que no y que sí deben comer, que si comen no van a poder parar de hacerlo y que van a engordar muchísimo y sin ningún freno. Esta parte enferma es terrible porque suele recurrir a insultos, vejaciones y autocastigos si no es obedecida. Por otro lado, tiene una parte buena o sana que lucha por sobrevivir contra la enfermedad pero que rara vez es escuchada, y que reconoce que se está haciendo daño a sí misma y que sabe que debe controlar su ingesta alimentaria, ya sea aumentando o disminuyendo, según sea el caso, para seguir viviendo.

1.3 Factores de Riesgo de los TCA

Para que se pueda considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a una o unas variables, estas, deben de considerar una característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas, que según las características que posea la variable, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que pueda caracterizar a los individuos de la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente (Morales, 1997).

Dicho de otra forma los Factores de Riesgo (FR), son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto de manera individual o colectiva, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementado la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez, 2001).

Los factores de riesgo en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han clasificado desde diferentes perspectivas.

1.- Factores de riesgo asociados con imagen corporal: (satisfacción/insatisfacción; alteración sobreestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal/ y por la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez; atribución positiva/negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; y atraktividad ligada a delgadez, entre otras.

2.- Los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: siendo el más importante el seguimiento de dieta restringida; atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico engordadores; y consumo de productos light.

3.- Aquellos relacionados con la herencia genética: padres obesos, peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea.

4.- Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 hrs. o más en una semana); uso de algunos productos con el propósito de controlar el peso; inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua y fibra (Gómez, 2001).

1.4 La imagen corporal como un Factor de Riesgo

La imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras, entre ellas se encuentra aquella en la que se considera como una actitud hacia la propia apariencia. Se ha establecido que la Imagen Corporal negativa se relaciona con trastornos de alimentación y otras dificultades psicosociales en tanto estar insatisfecho con la imagen corporal constituye un factor de inadaptación social (Gómez, 2001).

Cuando se habla de imagen corporal, se habla de una fotografía mental que cada individuo tiene sobre la apariencia del cuerpo unida a las actitudes y sentimientos con respecto a esa imagen corporal. La imagen corporal desempeña un papel muy importante en el concepto de sí mismo, que a su vez, se forma por una compleja estructura que comprende papeles sociales (roles), relaciones interpersonales y posesiones materiales. De todas las formas de comunicación de los individuos, quizá ninguna sea tan importante como la corporal. Con el cuerpo se ve al mundo y es lo que se deja al morir. Con el cuerpo, el individuo se muestra a los amigos, amantes, y colaboradores, y se pide ser conocido, amado y deseado. Por esta razón, es el cuerpo donde la cultura ejerce su mayor efecto, especialmente en el de los adolescentes, quienes desean desesperadamente pertenecer y ser aceptados. La imagen del cuerpo está en el centro de la identidad del individuo y los sentimientos que éste tiene acerca de su cuerpo se reflejan en su conducta (Dulanto, 2000).

Thompson (1990, citado en Raich, 2000) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

A) Un componente perceptual.- precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo, en su totalidad de esta alteración de este componente da lugar a la *sobreestimación* (percepción del

cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o *subestimación* (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde al tamaño corporal).

B) Componente subjetivo (cognitivo-afectivo). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad). Algunos estudios sobre trastornos alimentarios han hallado que existe mucha insatisfacción corporal (Raich, 2000).

C) Un componente conductual.- conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen al propio cuerpo a los demás) Raich, (2000).

A principios del siglo XX, existen autores que ya contemplan este tipo de situaciones tales como, Janet (1903. citado en Raich, 2000) que habla de la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo, que implica el miedo a ser visto como ridículo o feo. Raich (2000) menciona que cuando se habla del trastorno de la imagen corporal en los estudios de los trastornos alimentarios, se han utilizado una gran cantidad de expresiones: distorsión de la imagen corporal, sobreestimación, preocupación, insatisfacción. Cada uno de estos términos se refiere a otras manifestaciones de la imagen corporal en los pacientes que presentan trastornos alimentarios, pero no recogen el problema en su totalidad. El problema de imagen corporal es multidimensional, por ello es que se usa el término *Trastorno de Imagen Corporal*.

Diversos estudios se han llevado a cabo en relación con la imagen corporal y la trascendencia que esta tiene en la vida de un individuo. Vivimos en una cultura occidental en donde el aspecto físico es muy importante, por lo tanto no resulta extraño que la apariencia de un individuo, específicamente la percepción que éste tiene de sí mismo, determinen sus relaciones personales, su actitud hacia la comida y su conducta alimentaria, y en general todos los aspectos de su vida.

La apariencia física de un individuo al ser comparado con los estándares sociales de belleza induce en quienes lo rodean percepciones, evaluaciones y comportamientos repetidos y coherentes que giran en torno a una actitud favorable o desfavorable hacia dicha persona. Ante esto el individuo percibe e interioriza dichas actitudes hasta el punto en que afectan la imagen que de sí mismo tiene (Bruchon, 1992).

Si la percepción autoevaluativa del individuo es desfavorable con respecto a su propio cuerpo, muy probablemente deseará modificar su estado físico y, por lo tanto la posibilidad de que incurra en algún trastorno alimentario estará latente.

Es común que las personas perciban de manera muy inexacta la forma real de su cuerpo y ello puede derivar en una satisfacción o, más frecuentemente, en una insatisfacción con su figura corporal. Así mismo la alteración de la imagen corporal puede presentarse como una sobreestimación o, más comúnmente, como una subestimación.

Thompson (1990), en sus investigaciones encontró que el 95% de las mujeres sobreestimaba el volumen de su cuerpo, el 35% de ellas sobre valoraba las dimensiones de su cintura, mientras que el 17% sobre valoraba su cadera y el 11% sobre valoraba sus nalgas.

Otro estudio llevado a cabo con adolescentes británicas de 12 a 18 años de edad se encontró que un 4% de ellas tenía sobrepeso, no obstante, más del 50% de ellas deseaban adelgazar, cerca del 60% consideraban que debían restringir sus alimentos o bien modificar su alimentación habitual, cerca del 20 % se encontraban haciendo algún tipo de dieta para bajar de peso y casi un 40% practicaban alguna actividad física (Davis & Furnham, 1986. Citado en Thompson, 1990).

En 1991, Hill estudió a 213 niñas y 166 niños de 9 años de edad, encontrando que los niños de ambos sexos que tenían mayor peso manifestaban una baja autoestima, un notable deseo de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria. Sin embargo este deseo de tener un cuerpo más delgado y la motivación para seguir una dieta restrictiva se daba en niños y niñas de todos los

niveles de peso. Además el porcentaje de niñas deseosas de adelgazar superaba en mucho al de los hombres (41% contra 28%).

Ante estas revelaciones, se ha intentado establecer la relación entre la práctica de dieta y la percepción de la imagen corporal. De acuerdo con Wardle y Beales (1986), existe una correlación alta entre quienes hacen dietas restrictivas y la percepción del peso corporal.

Es de gran importancia que la alteración de la imagen corporal y la satisfacción o la insatisfacción con la misma, en la mayoría de los casos están asociadas con los trastornos de la alimentación y constituye un factor sumamente importante en la integración del auto concepto de un individuo.

De esta manera, se ha relacionado estrechamente los trastornos de alimentación como la anorexia con insatisfacción de la imagen corporal, como con distorsión de la misma (Zéllner, Harner & Adler, 1989; Hsu & Sing-Lee, 1993) en la mayoría de los casos está asociada.

Es importante mencionar que la satisfacción o la insatisfacción con la imagen corporal no se adquieren ni se modifica de la noche a la mañana, estas se van dando en forma paulatina desde la niñez. Así, la percepción de la imagen corporal no es estática o inalterable, sino por el contrario, varía a lo largo de la vida por diferentes circunstancias tales como: enfermedad, desarrollo físico, desarrollo cognitivo, creencias, valores, etc. así como por el contexto social. Grinder (1976), afirma que la apariencia física de un individuo se encuentra influenciada por aspectos constitucionales y culturales, lo que permite percibir, interpretar, elegir o modificar ciertas propiedades del contexto, tales como su cuerpo. Después de todo, las prácticas embellecedoras tratan de alcanzar unos objetivos individualistas, pero sobre todo el reconocimiento o la promoción social.

Cuando un niño siente que es atractivo y que quienes lo rodean lo buscan o lo halagan, por lo general desarrollará un autoconcepto que le permitirá superarse y lograr progresos en las diferentes áreas de su vida, y probablemente, sentirá satisfacción con su imagen corporal. Cuando por el contrario, sienta que su cuerpo

no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia se menospreciará y sentirá insatisfacción con su imagen corporal.

Mientras que la satisfacción o insatisfacción se da en relación al nivel de la discrepancia que pueda existir entre la figura corporal real del sujeto y la figura corporal ideal o imaginaria del mismo, la alteración de la imagen corporal puede presentarse ya sea como una sobreestimación o como una subestimación de la figura corporal.

Se considera que existe alteración de la imagen corporal cuando un individuo tiene una abrumadora preocupación por la obesidad, no relacionada con la verdadera magnitud del problema; tiene dificultades para mirarse al espejo o verse en fotos; no se reconoce en su tamaño real cuando adelgaza y cuando sube de peso; se interesa sobre todo por su peso y observa al mundo en términos de peso corporal principalmente.

Los componentes alteración y grado de satisfacción corporal son el resultado de:

- a) Condiciones sociales extremas, como la presión que ejercen los agentes socializadores tales como los medios de comunicación.
- b) Variables individuales más o menos objetivas, como peso y tamaño o forma real del cuerpo.
- c) Variables psicosociales subjetivas, como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño o forma corporal real y el peso y forma deseada.
- d) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social (Bruchon, 1992).

Ahora bien, si esta distorsión o esta insatisfacción con la imagen corporal se puede experimentar a lo largo de toda la vida, es en la adolescencia cuando es más marcada, es la etapa que más favorece al desarrollo de trastornos alimentarios. Es así que, la edad promedio en la que se establece la bulimia sea de 18.4 años, edad en la que también se ha observado las tasas más altas de

insatisfacción con el propio cuerpo, así como el mayor grado de distorsión de la imagen corporal (Bruchon, 1992).

Es de gran importancia que en cualquier tratamiento para la obesidad se consideren estos aspectos y que no se pase por alto aquel que concierne a la autoatribución y a la imagen corporal. Si un individuo tiene una visión realista de su propio cuerpo es probable que pueda tener actitudes más convenientes y realizar acciones más adecuadas para bajar de peso, como: solicitar ayuda, realizar actividad física, entre otras.

Por otro lado, es probable que un individuo sin problemas de peso cuya imagen corporal se vea alterada, de forma tal que se perciba a sí mismo como obeso, incurra en conductas alimentarias de riesgo y en trastornos de alimentación.

1.5 Conducta alimentaria

Al estudiar los aspectos psicológicos de la obesidad y de los trastornos alimentarios, se hace necesario identificar los patrones cognitivos y conductuales tanto de los individuos que los presentan como de los que no los presentan. Esto solo con el fin de establecer posibles diferencias que puedan conducir a tratamientos más efectivos para eliminar estos trastornos.

Muchos han sido los estudios que se han realizado sobre las diferencias existentes entre los individuos con trastornos alimentarios y los individuos sin trastornos alimentarios; también se han realizado estudios acerca de las diferencias existentes respecto a conductas alimentarias entre individuos con sobrepeso u obesidad e individuos con normopeso. Resulta sugerente que en general existen diferencias en el aspecto conductual de ambos grupos. Sin embargo, los estudios realizados a menudo son contradictorios y carecen de contundencia por lo que se debe abordar este aspecto con cierta reserva y profundizar hasta obtener resultados científicos que realmente puedan ser útiles.

La creencia colectiva de que los individuos con obesidad comen en mayores cantidades que los individuos con peso normal, no es necesariamente cierta, ya que hay personas delgadas que ingieren grandes cantidades de alimentos, mientras que otras con problemas de obesidad aparentemente ingieren muy poco

alimento. Al parecer, el que un individuo tenga o no problemas con el peso, no depende mayoritariamente de la cantidad de alimento que ingiere, sino principalmente del funcionamiento de su metabolismo y del equilibrio que tenga entre el consumo y el gasto de calorías.

Es importante dejar en claro que, aunque se han llevado a cabo estudios con respecto a los hábitos mencionados, y aunque existen hipótesis que lo sugieren, hasta el momento no se cuenta con datos contundentes que permitan determinar si los individuos con trastornos de alimentación, difieren en sus patrones conductuales extra-alimentarios, de los individuos sin trastornos alimentarios.

Entre las principales conductas alimentarias de riesgo se encuentran:

- La práctica de dietas –sin duda el indicador primordial de los factores de riesgo.
- El consumo de comidas copiosas.
- La ingesta excesiva de hidratos de carbono o de grasa.
- El comer desordenadamente, a cualquier hora del día.
- El comer con rapidez, y hacerlo viendo televisión o leyendo.
- El saltarse alguna comida del día.
- Comer con respuesta al estrés psicológico; hambre emocional.

1.5.1 Conducta alimentaria Compulsiva

Esta se caracteriza por la ingestión desmedida de alimentos en donde el hambre no constituye el motivo de la ingesta, sino que intervienen factores psicológicos, emocionales, afectivos y/o sociales.

La preocupación por el peso y por lo que se ingiere suele estar presente en un gran número de personas. Hasta cierto grado esto no es solo patológico, sino que por el contrario, le permite al individuo conservar un equilibrio y un bienestar con respecto a su cuerpo, a su mente y por lo tanto a su vida. Sin embargo cuando esta preocupación se vuelve excesiva, entonces no resulta extraño que se

presenten trastornos alimentarios ya que, en tales casos los individuos harán cualquier cosa por cumplir con un criterio personal que piensan y sienten que no está siendo satisfecho.

En estos casos las dietas hipocalóricas son comunes y se caracterizan por una ingesta sumamente limitada de alimentos con el fin de no aumentar de peso y de tener una apariencia más deseable.

Hay individuos que prácticamente toda su vida tienen preocupación por su peso y cuyos kilos de más les afligen de sobremanera. Las dietas crónicas implican que un individuo se someta a una dieta tras otra de manera que este hábito se va convirtiendo en parte de su vida (Gómez, 1995).

En lo que respecta a la atribución de control alimentario interno, esta implica la percepción que tiene un individuo acerca de por qué suceden las cosas. Es decir, que atribuye a su forma de ser el que tenga tal aspecto físico, o el que sea de tal o cual manera. Por otro lado la atribución de control alimentario externo se refiere a que la explicación que el individuo da acerca de sí mismo esta basada en aspectos externos, atribuye a la sociedad, al destino, a dios o a cualquier otro factor ajeno a su persona, el que el tenga tal aspecto o sea de tal o cual manera. Los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder el control sobre el comer, y es precisamente a causa de estos temores que el individuo incurre en dietas y en conductas de riesgo que pueden desembocar en algún trastorno. De hecho el principal factor de riesgo para el desarrollo de la conducta alimentaria anómala es el seguimiento de dietas para bajar de peso y por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es un denominador común en los desordenes alimentarios.

La práctica o el seguimiento de dietas altamente restrictivas y de conductas características pero no exclusivas de la anorexia y la bulimia nerviosa, pueden llevar consigo importantes costos psicológicos, tales como sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y temores asociados con la pérdida del control, independientemente de la desgastante lucha que la persona sostiene consigo misma y que pone a prueba su control (Gómez, 1995).

A este respecto, una modificación cognitiva y conductual que posibilite al individuo el sentirse bien consigo mismo con la relación que sostiene con la comida, se hace totalmente necesaria.

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

1) Dismorfismo sexual, el cual se refiere a la cantidad y tipo de distribución de la grasa según el sexo.

2) La relación que hay entre modernización y obesidad, este se refiere al desarrollo de la tecnología de alimentación y su influencia en la obesidad.

3) La concentración de la obesidad en ciertos grupos étnicos o sociales, se refiere a grupos culturales que son determinantes en el desarrollo y el concepto que se tiene de la obesidad (Soringuer, Esteva & García, 1994).

De acuerdo a lo expuesto en este capítulo, los TCA mantienen un estatus multifactorial, por lo que pasaremos a la descripción de la segunda variable: Autoestima.

CAPÍTULO II
AUTOESTIMA

CAPÍTULO II

AUTOESTIMA

2.1 Antecedentes de la Autoestima

De todas las ideas precursoras de la autoestima, la más considerada es autoconcepto; el cual se refiere al pensamiento que nos formamos de nosotros mismos respondiendo a la pregunta quién soy.

Situación que el ser humano ha tratado de dilucidar aproximadamente desde el siglo III a.c., donde filósofos como Platón y Aristóteles se cuestionaron la naturaleza humana, intentando explicarse que es lo que gobierna al hombre y a su comportamiento ante el mundo, llegando así a la concepción del alma como regidora del pensamiento, es decir, ellos diferenciaban la composición del hombre en dos partes: el alma y el cuerpo, donde la primera era la encargada de dirigir las ideas y las acciones, viniendo a ser este, el primer paso en la concepción del ser humano como regulador de la conducta humana (Gaarder, 2004).

Tales ideas fueron continuadas por las diferentes escuelas Aristotélicas, entre ellas se encuentra el Estoicismo que concede al alma el papel primordial de la vida del hombre. Más tarde San Agustín se acerca a la introspección del yo personal. Este constructo permanece dormido para la mayoría de los pensadores medievales; no obstante en el siglo XVII en el continente Europeo, Descartes en quien por medio de la eliminación llegó a la conclusión de que el yo queda reducido a la razón y con su frase "*pienso luego existo*" coloca a su sí mismo como base, por lo tanto para poder hablar del sí mismo, reconoce que la naturaleza humana es ser consciente; así el yo, es decir, el alma, se diferencia totalmente del cuerpo.

Hobbes y Locke difieren con Descartes y le dan mayor peso a las sensaciones; diciendo que las sensaciones y percepciones conforman el autoconcepto, es decir,

todo aquello que se percibe y que provoca una sensación en el interior de la persona (Mendizábal, 2000).

Locke unifica la razón, las sensaciones, las percepciones e imágenes en lo que denomina las ideas, pensamiento compartido por Hume quien agrega que todo concepto del ser y de existencia se deriva de las ideas.

A su vez, Kant incursiona en la lógica como ciencia del pensamiento y en la metafísica como explicación de la naturaleza y significado del mundo.

Las primeras menciones teóricas que antecedieron al constructo fueron expresadas a principios del siglo pasado, con la orientación principalmente de definir al self, los principales precursores son James, Mead, Alfred y Allport (citado en Coopersmith, 1967).

Principales aportaciones de William James a la teoría del self.

En 1890, James estudió formalmente la conciencia de sí mismo; propuso que esta es el conjunto de elementos ante los cuales el sujeto puede considerar como suyo.

De acuerdo con James (1989), hay tres principales constituyentes del self: el self material, el self social y el self espiritual.

El self material: refiere a los objetos y posesiones consideradas como propiedad personal, con las cuales se identifica el individuo.

El self social: es comparable con la reputación de una persona o con el reconocimiento, es aquí en donde se localizan las metas y objetivos individuales, considerando la edad y la personalidad.

El self espiritual: se relaciona con lo interno y la subjetividad del individuo, es decir, es el reconocimiento individual del cual las personas creen acerca de las cosas y de aquellas ideas que tienen continuidad sobre el tiempo.

También describió dos elementos del self, el mí y el yo; en el último en el que se lleva a cabo la conciencia.

Cada persona se basa en lo que James llamó sentimientos del self o amor propio, es aquí en donde se encuentra la autoestima. Son producto de una relación sobre los éxitos y fracasos (Jiménez-Flores, 2005).

James (1989) hizo mención a cerca del sí mismo, quien indicó la existencia de tres posibles influencias para su formación:

- a) Valores y aspiraciones del individuo.
- b) Empleo de estándares de éxito y status comunes dentro de una sociedad.
- c) El valor que el individuo y los demás dan a su persona y todo lo referente a él.

Se representa con la siguiente fórmula:

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{éxito/logro}}{\text{aspiraciones}}$$

Tal fórmula puede traducirse como el hecho de que si un individuo logra la mayor parte de sus aspiraciones se considerará una persona capaz y valiosa, ya que los logros de cada persona son medidos con base a sus aspiraciones.

Las aportaciones de George Herbert Mead en la teoría social.

Para Mead, (citado en Coopersmith, 1967), explicó al sí mismo social, como el resultado del proceso de socialización del individuo, en el cual se interiorizan las ideas y actitudes expuestas por las personas más representativas en su vida, a través de la observación de sus acciones y actitudes, para después poder adaptarlas como propias.

Dentro de estas conductas se encontró el subconjunto de cogniciones referidas al propio individuo con la denominación genérica de self o sí mismo, entendido como concepto de sí mismo o autoconcepto, el cual se forma a través de la experiencia con el ambiente y las interacciones con otros individuos significativos.

Mead hace mención que si se lleva a cabo una socialización adecuada (valores), las personas al observar los valores significativos los internaliza como propios. También hace referencia a la autoestima alta, en la cual las personas

debieron haber sido ayudadas en su autoestima por otros significantes, así como la contraparte, en la cual si de niños fueron ignorados o rechazados, en la madurez se verán así mismos como objetos no dignos de tal apreciación (Jiménez-Flores, 2005).

Las aportaciones de Alfred Adler en la psicología del individuo.

Adler (1968) enfocó su interés a la conducta anormal, sus trabajos son considerados pioneros de la psiquiatría social, aunque hizo mayor énfasis en la familia y la sociedad sobre el individuo. Llamo *interés social* a la posesión de metas de cooperación en el trabajo, la comunidad y el matrimonio como parte fundamental de la salud mental del individuo.

Adler (1968) señaló que cada persona construye su única visión de la realidad a través del self creativo. Llamo autorrealización a la motivación del self creativo (Bernar, Wells, & Peterson, 1993).

Adler explicó el término *complejo de inferioridad*. Los sentimientos de inferioridad representan el lado opuesto de la autorrealización, aparecen temprano en la vida ante el abandono y la imperfección de la infancia. Los individuos se observan como evitando las situaciones, dan una sensación de inferioridad e incompetencia (Cueli & Reidl, 1979).

El modelo de Gordon Allport

Allport (1961), su posición fue individualista suponiendo que el aprendizaje y la elección explican el desarrollo del self y la trayectoria de la personalidad hacia la normalidad o a la anormalidad. Hizo énfasis en la importancia de la autodisciplina para afrontar las dificultades para lograr conductas saludables y autoestima alta.

Durante el desarrollo del individuo la conciencia del self se lleva a cabo a lo largo del aprendizaje (Jiménez-Flores, 2005). En el proceso de la infancia, se desarrolla este modelo a partir del reconocimiento de los objetos, la sensación de continuidad e identidad hasta llegar a la sensación de la autoestima. El niño gradualmente espera aprender de él, con el fin de ser una buena o mala persona.

En la adolescencia aparece la maduración cognitiva, el self por primera vez es consciente y capaz de considerar el efecto de los propios pensamientos; la cual será la principal tarea en la adolescencia; a la cual puede llegar a partir de una introspección en las tareas a realizar y en los pensamientos.

Su principal aportación al estudio de la autoestima es el reconocimiento de la parte que juegan las defensas psicológicas, anotando que hay un importante número de personas que experimentan fuertes sentimientos de inferioridad (Jiménez-Flores, 2005).

Este sentimiento de inferioridad puede llevarse arrastrando desde la adolescencia hasta la madurez, lo cual ocasiona en el individuo un desequilibrio en su vida personal a partir de la negación o el rechazo social, dificultad de resolución al enfrentarse ante una problemática laboral, social o familiar.

2.2. Concepto de Autoestima

Muchas son las teorías que estudian el origen del si mismo. Algunas de ellas proponen que el si mismo es el resultado de la experiencia social, otros creen que el se origina a partir de la actividad psíquica propia de cada sujeto y que esta puede ser consciente o inconsciente, otros más hablan del carácter fenoménico o existencial como origen del si mismo, esta teoría se preocupa por la manera en como el individuo percibe los acontecimientos y se percibe a sí mismo, lo que constituye su realidad psíquica (percepción de sí o autoconcepto).

Es importante aclarar el significado de autoconcepto y autoestima, ya que según la literatura estos términos se han confundido. La autoestima se debe distinguir del autoconcepto, ya que el autoconcepto se refiere a como la persona se percibe a sí misma de forma general. El autoconcepto se va desarrollando desde la infancia, es decir, a medida que el individuo va interactuando en sus diferentes áreas sociales, principalmente en el área que tienen que ver con el cumplimiento de tareas y responsabilidades (Burns, 1979). Hamacheck (1981), mencionan que el autoconcepto es la parte cognoscitiva del yo, mientras que la autoestima forma la dimensión afectiva. Es decir, que el autoconcepto se describe en términos de su contenido y estructura cognoscitiva, mientras que la autoestima

se relaciona con el autoconcepto solamente por los contenidos positivos o negativos (Baumeister, 1993).

Para William James (1890, citado en Oñate 1989), el si mismo es la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo, por lo que afirmaba que las imágenes que otros tienen se reflejan en la persona y dichas imágenes se incorporan formando el autoconcepto; además James consideró que el si mismo está formado de tres componentes: el yo social o las opiniones que los demás tienen de su persona; el yo material o cuerpo; y el yo espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el propio yo.

Ausubel (1952, citado en Oñate, 1989) define el autoconcepto como la combinación de tres elementos: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales. Pope (1988), menciona que la autoestima es una evaluación positiva y negativa de la información contenida en el autoconcepto; y que es una combinación de información objetiva que tiene el individuo acerca de si mismo, y una evaluación subjetiva de esa información.

Para Cooperesmith (1967) la autoestima es una abstracción en la que el individuo desarrolla sus atributos, capacidades, objetivos y actividades que posee o persigue, a esta abstracción la representa con un símbolo: mi y se refiere a la idea que la persona tiene de si misma. Dicho concepto se forma a través de la experiencia personal. Para llevar a cabo dicha abstracción, el individuo considera las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que los otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y eficacia,

Uno de los procesos en el desarrollo de la autoestima es la socialización Sherif (1966, citado en Ahumada, 1987) menciona que la autoestima se forma como resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social. Las relaciones sociales están determinadas por los valores sociales en los diferentes papeles o roles que adquiere el individuo en su sociedad, ya que el sentimiento del propio valor es aprendido desde la infancia. Los niños, al interactuar con otras personas se sienten apoyados, ya sea en menor o mayor grado, reciben palabras de aliento o desaliento, de manera directa o indirecta, ya sea de los padres o vine

de otras personas, es de este modo que empiezan a formarse una imagen de ellos mismos.

Ha habido diversos autores fuera de alguna corriente específica que contemplan el autoconcepto junto con el concepto estimativa.

James (1890), propuso que la autoestima puede representarse por medio de la fórmula autoestima es igual a éxito dividido por pretensiones, y dirigió la atención hacia lo que pueden ser las causas posibles; si uno esta satisfecho consigo mismo, si percibe que los propios logros están a la altura de sus propias aspiraciones. James dijo que era posible aumentar la autoestima acrecentando los logros o reduciendo las aspiraciones.

Adler (1956), propuso que el sentimiento de inferioridad es el resultado de deficiencias orgánicas y en la apariencia física, las cuales constituyen la principal amenaza para la autoestima.

Allport (1961), planteó que el autoconcepto o la autoimagen se refiere a la imagen de la personalidad total, que incluye el Yo corporal y el sentido de identidad.

Según Fitts (1965), autoconcepto y autoestima constituyen un mismo concepto puesto que se refieren a los juicios que una persona emite de sí misma.

Rosenberg (1965), dice el que la autoestima es una actitud más o menos respecto de él si mismo.

Coopersmith (1967), considero que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos. Así, los componentes del self para dicho autor son los mismos que los de las actitudes; un aspecto cognitivo que viene a ser el autoconcepto, aspecto efectivo connotativo que representa la conducta que se dirige hacia uno mismo.

Allport (1979), hizo mención que el ser humano nace con un sentimiento de inferioridad por el cual es gobernado y en su vida tratará de superarlo a través del logro de cosas nuevas. Este autor dió mayor énfasis a la importancia de la

debilidad para producir una autoestima baja; propuso que los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse alrededor de ciertos órganos y patrones de conducta en los cuales el individuo se percibe como inferior.

Para Fromm (1973), el hombre es un animal evolucionado, su adaptación instintiva es mínima y esta debilidad biológica constituye la base de su fuerza, esta es la causa del desarrollo de la cualidad específicamente humana; la conciencia de sí mismo, con la cual se da cuenta de las limitaciones de su existencia.

Wyle (1979), argumentó que la autoestima se encuentra significativamente relacionada con la satisfacción y el funcionamiento personal.

Branden (1993), estableció que el conocimiento de la autoestima es esencial para la comprensión de la personalidad. Mediante la autoestima el individuo sobrevive, pues es su fuente de reconocimiento y gratificación.

Fajardo (1999), identificó seis componentes utilizados en un número importante de definiciones de autoestima por diversos autores. Dichos componentes son: evaluativo, afectivo, cognitivo, conductual, social y contextual.

El componente evaluativo, hace referencia al conjunto de juicios valorativos con respecto a sí mismo; el afectivo a los sentimientos y emociones derivadas de dichas evaluaciones; el cognitivo, a las operaciones y procesos psicológicos involucrados; el conductual, a las competencias y habilidades percibidas; el social a la retroalimentación percibida por las personas significativas de su entorno inmediato, y el contextual, al conjunto de creencias, normas y valores prevalecientes en el entorno social del individuo.

Entonces se puede considerar la relación tan estrecha de la autoestima con el autoconcepto o self, a partir de entender que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo, que son los que van a constituir el concepto personal, autoconcepto o autoimagen, que se considera como la propia satisfacción de la autoestima.

2.3. Elementos básicos de la autoestima

La autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí. Uno de ellos es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: eficacia personal. El otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a uno mismo (Branden, 2004).

Autoeficacia

La autoeficacia es la habilidad para obtener un resultado deseado. Ser eficaz es básicamente ser capaz de hacer frente a los desafíos de la vida (Branden, 1997), entraña la expectativa de éxito como algo natural (Branden, 2003), es decir, es la confianza de mi capacidad de pensar y entender, para aprender a tomar decisiones con base a los intereses personales, esto es igual a la confianza en sí mismo.

De allí que la experiencia de la eficacia personal genera un sentimiento de control sobre la vida de uno mismo. De acuerdo a Branden, ser eficaz es ser capaz de producir el resultado deseado, por ello la confianza en la eficiencia básica de la capacidad del individuo para aprender lo que necesita de acuerdo a sus intereses, en la medida de que éxito dependa de sus propios esfuerzos.

Es decir, la eficacia personal es la que va a permitir de forma personal, aprender y corregir a partir de los errores de cada individuo, es el confiar en los procesos mentales y en las capacidades de cada persona. Es la convicción de que cada individuo es capaz de aprender lo que se necesite aprender, por ende, se entiende que se debe estar comprometido a razonar y ser conscientes, para así poder dominar las tareas y desafíos que suponen los valores del individuo; a partir de la confianza.

El respeto a uno mismo

Por otra parte se menciona el respeto a uno mismo como la experiencia de la dignidad y de la valía personal, es decir, es la convicción por la cual vale la pena actuar para apoyar, proteger y alimentar la vida y el bienestar de cada individuo, el considerar la importancia de la felicidad y de la realización personal.

El respeto a uno mismo entraña la expectativa de la amistad, el amor y la felicidad como algo natural, como resultado de quien somos y que hacemos. Con lo que respecta a la educación, una de sus raíces es la experiencia de haber sido tratado con respeto por los padres y miembros de la familia; y con respecto a los actos propios de cada individuo, una de sus raíces es la satisfacción de las elecciones morales (Branden, 2004).

En lo que respecta, al respeto de uno mismo, es básico e ineludible, es decir, el reafirmarse en la valía personal; a partir de una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz, ya sea desde los pensamientos, los deseos, las necesidades, los sentimientos de alegría y satisfacción personal (Olaya, 2004).

Para que cada individuo logre de una forma óptima sus objetivos o expectativas planteadas, requiere de la confianza y seguridad en sí mismo, la cual lo puede lograr a partir de confiar en sí mismo, de quererse, de valorarse, de admirarse y de respetarse, es como si fuera la porción para lograr ser feliz y tener éxito personal en cualquier ámbito que se desempeñe cada persona.

2.4 Autoestima e imagen corporal

La imagen corporal es un componente de la autoestima, una persona puede valorarse por sus atributos y habilidades que considera importantes. Tener una imagen corporal positiva puede incrementar la autoestima de la persona, aunque no necesariamente. Los sujetos atractivos tienen una autoestima globalmente más favorable que los menos agraciados, por un lado se debe a las gratificaciones que aportan en sus relaciones (en especial el sexo opuesto), tanto si se trata de adolescentes (Lerner y Karabenick, 1974), de estudiantes de bachillerato y universitarios, como de adultos.

Bercheid, (1973, citado en Bruchon, 1992), considera que el desarrollo de las personas, especialmente en lo concerniente al autoconcepto depende estrechamente de la percepción de los otros; así el reflejo de las expectativas de los otros influirá en el concepto de sí mismo. Cuanto más atractivo es un sujeto (según los otros), mayor tendencia tendrá a estimar favorablemente otros aspectos de su personalidad, sin embargo la eficacia de las actitudes sociales

estereotipadas inducidas por la belleza y la fealdad no es general y solo afecta a ciertos aspectos de la autoestima.

Un estudio realizado por Davies (1984), evalúa a 91 mujeres, las cuales se consideraban ectomorfas (con cuerpos muy delgados) quienes tienen las puntuaciones más altas en cuanto a satisfacción corporal, mientras que las que se creen endomorfas (con cuerpo grueso) obtienen los puntajes más bajos. Cuanto más aumenta la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción; las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal con preferencia a estas mismas características evaluadas por los otros objetivamente.

La autoestima de las adolescentes se encuentra influida por el grado de creencias de los estándares culturales. Esto puede causar un problema en las mujeres, ya que continuamente están expuestas a la comparación de imágenes con la mujer ideal, marcando una característica: la delgadez, la figura sexualizada (Usmiani, 1997).

Estudios relacionados Imagen corporal-autoestima

En una investigación con adolescentes de 17 años, se encontró que quienes habían madurado más tempranamente mostraban mayor seguridad, eran menos dependientes y más capaces de cumplir con las expectativas de los adultos en cuanto a las relaciones interpersonales. Por el contrario, quienes habían madurado tardíamente poseían conceptos negativos de sí (sentimientos profundos de rechazo por, parte de los otros, fuertes necesidades de apego heterosexual y necesidades prolongadas de dependencia). (Mussan & Jones, 1958, citados en Grinder, 1987). Los estudios subsiguientes de rastreo manifestaron que las diferencias en la personalidad entre los de maduración temprana y tardía preexistían a lo largo del tiempo, después de que habían desaparecido las distinciones físicas. Cuando los dos grupos llegaron a los 33 años, los de maduración temprana eran personas cooperativas, emprendedoras, persistentes, de metas fijas, sociables; los de maduración tardía parecía ser personas que buscaban la ayuda y el ánimo de los demás, parecían ser más intuitivos y

flexibles, pero eran más impulsivos, rebeldes, susceptibles y descuidados. Estos resultados se confirmaron de nuevo cuando los individuos alcanzaron los 38 años de edad (Jones, 1964, citado en Grinder, 1987).

En un estudio realizado por Secord y Jourard (1953) sobre imagen corporal, se observó que al correlacionar la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima, los estudiantes que tenían una imagen corporal negativa, tenían también una baja autoestima. Es decir que la imagen corporal está frecuentemente relacionada con la autoestima. Solamente el 11% que puntuaron bajo en la imagen corporal (comparado con el 50% que tuvieron una alta puntuación en la imagen corporal) tenían una alta autoestima.

Berscheid y col. (1973), observaron que los estudiantes predicen que la gente que cumple con los estándares sociales, es posible que tenga una mejor vida, un feliz matrimonio y ocupaciones más prestigiosas. La apariencia en la adolescencia afecta la autoestima adulta y la imagen corporal, así como la felicidad del individuo. Los sujetos de este estudio tenían una imagen corporal positiva, se consideraron más asertivos, conscientes e inteligentes en comparación con los que obtuvieron puntuaciones promedio. Además las personas que están insatisfechas con sus cuerpos tienen dificultades para relacionarse bien con las personas del sexo opuesto y por las características de sus cuerpos estos encuentran parejas muy fácilmente.

Con base en los dos capítulos anteriores, se puede decir que la autoestima la cual tiene que ver con los niveles de satisfacción de cómo se percibe el individuo y los TCA, tienen mucho en común, así como el nivel de estrés que se genera en esa dinámica, por lo que el siguiente apartado se hablara de la siguiente variable que es la Ansiedad.

CAPÍTULO III

ANSIEDAD

CAPÍTULO III

ANSIEDAD

Cía (2002) menciona que la palabra ansiedad proviene del latín *anxieta*, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como amenaza inminente. La diferencia básica entre la ansiedad normal y patológica es que esta última se funda en valoraciones irreales de la amenaza, esto es, cuando la ansiedad es leve produce una sensación de inquietud y desasosiego y cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo transformándose en pánico; y desde una perspectiva evolutiva, se puede definir a la ansiedad como: un estado displacentero o aversivo que tiene una significación biológica, la cual es la detección rápida de signos incipientes de peligro, lo que posee un valor considerable de supervivencia.

3.1 Definición de Ansiedad

En gran parte de la literatura médica angustia y ansiedad aparecen como sinónimos, y en algunas lenguas como la alemana solo existe un vocablo que agrupa indistintamente a las dos: Angst. Sin embargo en francés existen dos conceptos: angiosse y anisete, lo mismo sucede en la lengua inglesa: anguish y anxiety. En castellano hablamos también de dos experiencias distintas, angustia y ansiedad. Conceptualmente la ansiedad se define como el estado psicológico persistente y recurrente surgido de un conflicto interior: experimentando sentimientos vagos de inquietud o presentimiento de estar al filo de la existencia, sentimiento de miedo, furia irritabilidad, desasosiego, depresión, entre otros sentimientos difusos y desconocidos (Rojas, 1998).

Para Varela (2002) la ansiedad es un sentimiento de desasosiego, preocupación o miedo vago de origen desconocido. Una persona ansiosa experimenta una sensación general de aprehensión afectiva de la que se desconoce el origen preciso, tanto niños y adolescentes experimentan ansiedad

en sus vidas al igual que los adultos. Las situaciones de ansiedad tales como el inicio de la escuela, mudanzas o la pérdida de algún familiar puede propiciar la aparición de reacciones de ansiedad o de un desorden de ansiedad.

Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los individuos. Como mecanismo de vigilancia del organismo sirven para alertar de posibles peligros y por ello desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad (Varela, 2002).

Echeburúa (1993), define la ansiedad como una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza. Por otro lado Giglio, C. refiere que la ansiedad es una emoción negativa, una perturbación provocada por las presiones de la vida diaria. Es la emoción con mayor peso como prueba científica al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el curso de la recuperación.

De la Gándara (1999) refiere que, como todas las emociones, la ansiedad, tiene utilidad adaptativa: nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a algún peligro. Pero en la vida moderna, es más frecuente que sea desproporcionada y fuera de lugar; la perturbación se produce ante las situaciones con las que debemos vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que debemos enfrentar. Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se presenta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas.

La ansiedad influye, principalmente, en la contracción de enfermedades infecciosas tales como resfríos, gripes y herpes, así como el mantenimiento de ciertas conductas impulsivas, que tienen que ver con los trastornos de alimentación.

La ansiedad es clásicamente un sentimiento subjetivo que implica la presencia de sensaciones de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o

miedo, a modo de anticipación de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva, que supone una forma de miedo ante algo o ante “nada”, en contraposición al miedo concreto ante un peligro o amenaza real (De la Gándara, 1999).

La ansiedad es una reacción emocional, escasamente controlable por parte del individuo, que puede manifestarse en tres campos: el pensamiento, la fisiología y la conducta, dicho de otro modo, en forma de incomodidad mental, reacciones corporales y cambios en el comportamiento (Varela, 2002).

Para De la Gándara (1999) la ansiedad es:

- Una sensación que todos podemos experimentar
- Es algo normal en las vidas de las personas
- Es una reacción o respuesta a acontecimientos de la vida
- Puede ser más o menos intensa
- Afectará más a unas personas que a otras dependiendo de su carácter
- Puede ser necesaria y buena para adaptarse a los problemas de la vida y superarlos o puede ser todo lo contrario: perjudicial e inadaptada.

Desde el punto de vista psicológico la ansiedad se percibe como un estado anímico relacionado con un desencadenante. La ansiedad puede ser una respuesta a algo, pero también puede surgir de nuestros pensamientos, surgir de nosotros mismos, con o sin razón aparente. A esta ansiedad que nace desde nuestro interior (pensamientos) se denomina ansiedad endógena, por otra parte está la ansiedad exógena que es causada por factores de la vida cotidiana (externos) (De la Gándara, 1999).

Cuando la ansiedad es una respuesta a algo que nos sucede, el hecho de sentirla supone que nos interesamos por el problema, tratamos de resolverlo, nos preparamos para ello, movilizamos nuestros recursos. En este sentido la ansiedad es normal. Cuando la ansiedad más que ayudar, dificulta el rendimiento, ya

empieza a ser patológica pues provoca sufrimiento y no sirve para resolver las causas que lo motivan (De la Gándara 1999).

Para Spielberger (1980) el término tensión se refiere a un complejo proceso psicobiológico que comprende tres elementos principales, se inicia con una situación o estímulo potencialmente peligroso o nocivo (agente productor de tensión), si este agente es visto como algo potencialmente peligroso o amenazador, se producirá una reacción de ansiedad, de esta manera el término estado de ansiedad se puede definir como una reacción emocional que consiste en las sensaciones subjetivas de la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, así como a una elevada actividad del Sistema Nervioso Autónomo y divide a la ansiedad en dos dimensiones distintas:

1.- Ansiedad-Estado: una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión, de aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975).

2.- Ansiedad-Rasgo: Son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias de las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975).

En cierto sentido tanto la Ansiedad –Estado como la Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos.

3.2 Fundamentos Teóricos de las Teorías de la Ansiedad

Rollo May y cols. (1968), exponen que las diferentes teorías de la ansiedad, sea la expuesta por Spinoza en el siglo XVII, por Kierkegaard en el siglo XIX, o por Freud en el siglo XX, pueden entenderse si se ven en cada una de ellas como destinadas a iluminar las experiencias productoras de ansiedad en la gente de ese particular período histórico en el desarrollo de la cultura. Spinoza (citado en Rollo, 1968) por su parte, hablaba de que el temor podía superarse a través del uso

correcto de la razón. Creía que el temor es esencialmente un problema subjetivo. Spinoza hablaba de temor y no de ansiedad. Sus análisis se detienen en el umbral del problema de ansiedad. A veces apunta hacia la ansiedad, como cuando engarza la esperanza en yuxtaposición con el temor, pero no atraviesa el umbral. Parece capaz de enfrentar el problema a nivel del temor, y por tanto, el problema central de la ansiedad no tiene cabida en su pensamiento, debido a la cultura en que vivió y que se basó más en la razón.

El concepto de angustia, se publicó por primera vez en 1844. Kierkegaard (citado en Rollo, 1968) rechazó enfáticamente el racionalismo tradicional por su artificialidad. Al abordar específicamente el problema de la angustia, él nota que eludimos la ansiedad hasta el punto en que liberamos como individuos y al mismo tiempo adquirimos sentimientos de comunidad en nuestros semejantes. Para Kierkegaard la libertad significa una expresión del autoconocimiento y de la capacidad para actuar de forma responsable como un yo. Significa una creciente capacidad para afrontar nuestras posibilidades tanto en el desarrollo individual como en la profundización de las relaciones con nuestros semejantes, junto con una realización de esas posibilidades. La realización de posibilidades implica aventurarse continuamente en nuevas áreas. Kierkegaard sostiene que la libertad implica siempre ansiedad potencial, para él la ansiedad es *el vértigo de la libertad*. Para Kierkegaard esta ansiedad era “normal” y no “neurótica”. Kierkegaard sostuvo que cuanto mayor es la libertad potencial del individuo y, cuanto mayores posibilidades creativas tiene el hombre como individuo, mayor es su ansiedad potencial.

Para entender la manera en que los hombres se adaptan al mundo exterior, Kart Golstein (citado en Rollo, 1968) observó el modo en que las personas se adaptan a dificultades causadas por sus deficiencias en las cuales distingue dos conductas, por parte de la conducta ordenada y por otra la conducta desordenada o catastrófica. La conducta catastrófica pertenece a la situación del fracaso y por otro lado la ordenada, pertenece a la situación de un desempeño satisfactorio. Por lo tanto el fenómeno de la ansiedad forma parte de la conducta catastrófica. Esto es, la ansiedad corresponde en el aspecto subjetivo, a una condición en la que la

existencia del organismo se halla en peligro, la ansiedad es la experiencia subjetiva de ese peligro para la existencia. En resumen, la condición catastrófica y el fenómeno de ansiedad tienen una significación especial para la vida.

Kart Goldstein (citado en Rollo, 1968) hace la distinción entre la ansiedad y el miedo. Refiriendo que en el estado de miedo tenemos frente a nosotros un objeto al que podemos enfrentar, que podemos tratar de eliminar o del que podemos huir. La ansiedad en cambio, nos sorprende y lo único que podemos hacer es tratar de huir de ella, pero sin saber en que dirección debemos hacerlo. El individuo que teme, conoce la ansiedad por experiencias anteriores, así como también a través de la imaginación y la anticipación. Más el individuo en un estado de ansiedad no puede conocer el miedo, ya que en el estado de ansiedad es incapaz de cualquier recuerdo del pasado como el individuo en un estado de miedo no se halla en un estado de ansiedad, sino que solo lo entrevé, porque su único temor es que la ansiedad recaiga sobre él. Su juicio sobre el mundo no se halla tan perturbado como el del individuo en estado de ansiedad.

Rollo y cols. (1968) mencionan que la ansiedad es una reacción ante la amenaza a los valores con los que uno identifica su existencia, nadie puede escapar a la ansiedad ya que la ansiedad es normal. Además los valores están siempre en proceso de cambio y renovación. La única salida aparente, aunque autofrustrante de la ansiedad, tiene lugar en una época de transformación de los valores.

Definiendo la ansiedad normal como la ansiedad proporcionada a la amenaza que no implica represión y que puede enfrentarse constructivamente a nivel consciente o puede ser mitigada si la situación objetiva se altera. En cambio la ansiedad neurótica, es una reacción desproporcionada a la magnitud de la amenaza, implica represión y otras formas de conflicto intrapsíquico y es manejada mediante diversos tipos de bloqueo de la actividad y de la conciencia. En realidad la ansiedad neurótica se desarrolla cuando una persona es incapaz de enfrentar la ansiedad normal en el momento de la crisis real de su crecimiento y la amenaza a sus valores. La ansiedad neurótica es el resultado final de la dificultad

previa para enfrentar la ansiedad normal. La ansiedad normal es más evidente en las etapas de la individuación que tiene lugar en cada estadio del desarrollo. El niño aprende a caminar y abandona la seguridad que le proporciona el corral, va a la escuela; en la adolescencia tiende a relacionarse con el sexo opuesto, más tarde deja el hogar y forma su propia vida, eventualmente deberá separarse de sus valores inmediatos, por lo tanto todo crecimiento consiste en la ansiedad originada por el abandono de los valores pasados a medida que los transforma en valores más amplios. El crecimiento, y con él la ansiedad normal consiste en el abandono de la seguridad inmediata con vista a objetivos más amplios; la muerte es el paso final a ese continuo.

Para Paul Thomas Yuong (1979), la ansiedad es un temor constante basado en la anticipación o espera de un daño, es un estado conflictivo, y con frecuencia complejo. Existen grados leves de ansiedad y formas intensas y persistentes. La ansiedad es una amenaza interna más que un peligro inmediato del medio ambiente. El conflicto interior puede ser suprimido o reprimido e inconsciente. En determinada fobias el individuo no es consciente de por qué tiene miedo. Una persona puede sufrir una gran ansiedad con respecto a volar y no estar consciente de las razones de este miedo persistente, en otros casos la causa de la ansiedad si se puede reconocer, ya que se origina de experiencias traumáticas y el conflicto de ansiedad permanece.

3.2.1 Teoría Psicoanalítica de la Ansiedad

La teoría de Freud (citado en Vallejo, 2000) decía que un aumento en la tensión sexual (como fenómeno puramente fisiológico) Sigue a un aumento en la representación del instinto sexual (fenómeno psicológico), junto con una variedad de ideas y emociones asociadas. En un curso normal, la tensión sexual incrementada busca una descarga somática a través del coito. De esta manera las prácticas sexuales anormales como el coito interruptus y la abstinencia sexual, impiden una adecuada descarga somática de toxinas y tensiones sexuales, generando ansiedad.

En 1926 cambia sus postulados, en inhibición, síntoma y angustia, con el planteamiento del modelo estructural de una psique tripartita. La ansiedad fue considerada entonces como una reacción del yo ante las fuerzas instintivas que surgían del ello y que podrían ser peligrosas para la integridad del individuo. Así la ansiedad era una fuerza en sí misma que hacía una función de señal de alarma ante el peligro pulsional inaceptable y para cuya represión motivaba al Yo, poniendo en marcha mecanismos de defensa. Cuando los mecanismos de defensa fracasaban, la ansiedad surgía a la conciencia como un síntoma, mientras que cuando los mecanismos de defensa tenían éxito podían aparecer síntomas como consecuencia de los mismos (fobias, obsesiones, conversiones histéricas).

De este modo la ansiedad ya no era un fenómeno fisiológico, sino psicológico, como una señal que aparecía ante peligros y amenazas, y que era centro de conflicto psíquico y en la génesis de defensas psicológicas. De todas formas y durante un tiempo, Freud mantuvo una cierta dualidad en sus teorías, aceptando dos tipos de ansiedad: la que surgía de la transformación directa de la energía instintiva, la crisis de angustia; y la que representaba una reacción del Yo ante las amenazas, la ansiedad flotante o anticipatorio (Vallejo, 2000).

3.2.2 Teoría Conductual de la Ansiedad

El conductismo, igual que el psicoanálisis, también construyó toda su teoría a partir del estudio de enfermos neuróticos. Esta teoría defiende que las respuestas ansiosas pueden adquirirse mediante un proceso de condicionamiento. Con los primeros trabajos de Watson y Rayner en 1920 (citado en Vallejo, 2000), respecto al condicionamiento clásico y a la identificación de la ansiedad con respuestas condicionadas provocadas por estímulos, que en determinado momento el sujeto aprende a asociar con acontecimientos experimentados como amenazantes o traumáticos incondicionados, la teoría del aprendizaje ha planteado como hipótesis fundamental que la ansiedad es una respuesta emocional condicionada de carácter aversivo.

3.2.3 Teoría Cognitiva

La teoría cognitiva de Beck y cols., en 1985 (citado en Vallejo, 2000) afirma que las alteraciones en el proceso de la información tienen un papel en la etiología y mantenimiento de los componentes afectivo, fisiológico y conductual de los trastornos de ansiedad. Esta disfunción cognitiva se manifiesta en la superficie como un predominio de pensamientos relacionados con el peligro. La ansiedad clínica representa una exageración de los mecanismos normales de supervivencia en los que hay una sobreprotección ante el concepto del peligro y una infravaloración de la habilidad personal para afrontar la situación. Postularon que el núcleo del trastorno ansioso no está en el sistema emocional, sino en los esquemas cognitivos relativos al peligro, los cuales presentan continuamente una visión de la realidad como amenazante y de si mismo individual como vulnerable.

Para los fines de esta investigación, el marco referencial se hará bajo esta teoría cognitiva.

3.3 La Influencia de la Ansiedad en el Organismo

Desde un punto de vista biológico, la ansiedad es un estado de alerta frente a una amenaza que prepara al organismo para un gasto suplementario de energía. La ansiedad en las personas activa el cerebro y todo el organismo para la defensa, para la lucha por la supervivencia. En esta situación la activación fisiológica la llevan a cabo los mecanismos de control córtico-subcorticales del cerebro y se localiza en una zona denominada formación reticular ascendente. Dicha zona se conecta con todos los sistemas que controlan los órganos y funciones vitales, lo que desencadena un conjunto de cambios fisiológicos en todo el organismo mediatizados por el sistema nervioso vegetativo. Por otra parte se procede una activación de los sistemas hormonales, que prepara al organismo para la utilización del mayor número posible de fuentes energéticas. Estos cambios son normales e incluso deseables, ya que son adaptativos en respuesta a situaciones de estrés, amenaza o alarma. Sirven para defenderse y gracias a ellos, podemos permanecer en alerta y dar las respuestas adecuadas. Si no son activadas entre situaciones intrascendentes o mínimas, consideradas por el

individuo como alarmas graves, es decir, si la respuesta es exagerada en relación al estímulo generará más problemas que beneficios (De la Gándara, 1999).

La ansiedad provoca una pequeña revolución en el organismo, con activación de los sistemas, nervioso central, vegetativo y endócrino. Las alteraciones son muy intensas, que pueden llegar a generar palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor, sofoco, tensión muscular, temblores, sensación de fatiga, sudoración, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de ahogo, respiración rápida, vulnerabilidad del sistema inmunológico; si esto sucede es obvio que el valor adaptativo, es decir positivo, de la ansiedad se ha perdido y la alerta se ha vuelto contra el propio organismo; estos trastornos pueden llegar a cronificarse y contribuir a la aparición de enfermedades psicosomáticas (Varela, 2002).

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación, al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, palpitaciones y las náuseas, frecuentemente constituyen los síntomas de la ansiedad. Hay una conexión clara entre la tensión y un buen número de enfermedades, incluyendo los ataques cardíacos, las úlceras, la artritis, las reacciones alérgicas y las condiciones psiquiátricas, tales como la ansiedad neurótica y la depresión (Spielberg, 1980).

3.4 Como se Manifiesta la Ansiedad

Cada persona tiene un modo de expresar la ansiedad; así, mientras unos no pueden estar quietos, a otros se les hace un nudo en la garganta. La ansiedad es una reacción emocional, escasamente controlable por parte del individuo, que puede manifestarse en tres áreas: el pensamiento, la fisiología y la conducta; estas tres respuestas no siempre aparecen simultáneamente, incluso puede que no se experimente alguna de ellas. La respuesta del pensamiento, llamada también cognitiva puede ser algo muy desagradable, lo que uno piensa y siente durante un estado de ansiedad puede ser preocupación, sensación de inseguridad, sentimientos de inferioridad, incapacidad de tomar decisiones o de concentrarse, confusión, desorientación y olvidos frecuentes. De esta manera una

persona ansiosa se ve asaltada por autovaloraciones negativas, sintiéndose incapaz de afrontar la situación; según el nivel de intensidad, la ansiedad puede ser leve y dominable. Fuerte e incapacitante o extrema. En la fisiología, como se describió anteriormente, la ansiedad provoca respiración acelerada, sudoración y activación de los sistemas autónomos y de alerta. En el área de comportamiento la expresión de la ansiedad implica gran variedad de actos, desde tics hasta adicciones. De esta manera cuando alguien sufre un estado de ansiedad, no suele permanecer quieto, sino que ejecuta comportamientos repetitivos con finalidad alguna como la manipulación de objetos, morderse las uñas o tocarse el pelo. La conducta más significativa del individuo ansioso es la evitación. Algunos ansiosos tratan de neutralizar la ansiedad a través de conductas que les producen sensación de seguridad como beber o fumar. A menudo la expresión de la ansiedad no es tan perceptible y los síntomas físicos pueden ser dominados aparentemente (Varela, 2002).

3.5 Ansiedad y los TCA

García (2001) menciona que los pacientes con trastornos alimentarios frecuentemente presenta síntomas de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social y cuadros de ansiedad generalizada, apareciendo muchas veces desde la infancia y funcionando, quizás, como otro factor desencadenante para los TCA.

Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2002) realizaron una revisión de investigaciones publicadas entre 1985 y 2000, en donde se evalúa la comorbilidad entre los TCA y los de la ansiedad. Atendiendo a las cuestiones metodológicas de los mismos, aportan comparaciones cuidadosas entre los resultados de los diferentes estudios; de acuerdo con esta revisión, se observa lo siguiente:

Se encuentra una tasa 2 a 4 veces superior de trastornos de ansiedad en mujeres con TCA (en más del 33%) que en mujeres sin estos (entre 13 y 18%). La prevalencia de fobia social en población con TCA varía del 23.8 al 55%, siendo más frecuente que en población sin TCA (entre 1 y 13%). El trastorno obsesivo compulsivo se presenta con mayor frecuencia a lo largo de la vida de pacientes

con TCA (11-69%) que en controles (2-3%), específicamente en bulimias y en anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo, existiendo preocupación y rituales relacionados con la comida, revisión constante del peso y figura corporales, así como realización de ejercicio excesivo. Por otra parte, el riesgo para trastorno de ansiedad generalizada es 6.1 veces mayor en anoréxicas y 2.6 veces mayor en bulímicas que en mujeres sin TCA. Las fobias específicas se encuentran con mayor frecuencia en población con trastornos alimentarios que en controles, pero no en pacientes recuperados. El trastorno por estrés postraumático es más frecuente en bulímicas que en anoréxicas y en controles.

Pollice (1997. citado en Toro, 2004) realizó un estudio en pacientes anoréxicas con peso recuperado y encontraron que a pesar de que la sintomatología de ansiedad, depresión y obesidad había mejorado, persistían algunos síntomas de manera significativa, lo que lleva a concluir al autor que esta sintomatología probablemente existía incluso antes del TCA, funcionando como posibles factores de riesgo.

Santo Domingo y colaboradores (2002) refieren que en relación con la anorexia nerviosa, la ansiedad suele ser un factor constante desde el inicio del trastorno, ya que los pensamientos intrusivos y reiterativos referentes a la imagen corporal, a la comida, o al peso suelen vivirse con tensión e inquietud, así como con síntomas somáticos, tales como sequedad de boca, taquicardia, cefaleas y hormigueo, entre otros.

Como se ha revisado en este apartado, la ansiedad como posible factor de riesgo en la aparición o mantenimiento de TCA, es de suma importancia, por lo que ahora se procederá a la sección del método para ver sus implicaciones.

INVESTIGACION RELACIONADA

INVESTIGACION RELACIONADA

En Venezuela Lugli y Vivas (2006) realizaron una investigación sobre los trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas, para comparar el efecto de variables socioculturales, variables de control y autoestima en mujeres con trastornos alimentarios, mujeres en riesgo de un trastorno alimentario y mujeres de la población general. El estudio fue transversal de 3 grupos, aplicaron los siguientes instrumentos: EAT, CIDI, CIMEC, Escala de Locus de control, creencia sobre dietas, autocontrol y autoestima. Los datos fueron analizados mediante el análisis de varianza y la prueba de “post hoc” Student-Neumann-Keuls. Encontrando diferencias significativas entre los grupos en: influencias socioculturales, creencias sobre dietas, locus de control (otros poderosos), autocontrol y autoestima. Estos autores refieren que las mujeres con trastornos alimentarios ejercen menor autocontrol y se ven influenciadas por aspectos socioculturales, así mismo consideran que otros ejercen el control de sus vidas pero sienten que pueden tener control haciendo dietas y aun que presentan baja autoestima. Señalan la importancia de entrenar en habilidades de autorregulación, así como en favorecer creencias internas de control y fomentar la autoestima de estas mujeres.

En Colombia, Cano, Castaño, Corredor, García, González, Lloreda, y colaboradores (2007), determinaron la frecuencia de los factores de riesgo para trastornos de la alimentación, en 165 estudiantes regulares de la Universidad de Manizales, quienes respondieron un cuestionario integrado compuesto por variables demográficas, las escalas de Zung para ansiedad o depresión, el Eating Disorders Inventory (EDI2) y el Apgar familiar; además se tomaron las medidas de peso, talla, índice de masa corporal y pliegue en el antebrazo. Como resultados el 12.7% de la población presentó factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria, 17.3% de la población femenina y el 3.8% de la población masculina; las personas con mayor factor de riesgo fueron las mujeres en la facultad de Comunicación Social y Periodismo (24.1%). Se determinó una relación

significativa entre la variable impulso por la delgadez con la ansiedad o depresión. El mayor índice de masa corporal y de porcentaje de grasa está asociado con un aumento en la variable impulso por la delgadez.

En México Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), se dieron a la tarea de conocer la relación entre el Índice de Masa Corporal y la práctica de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Por lo que se extrajo una muestra (N=7 597) de adolescentes de 13 a 18 años a partir de los datos recopilados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997. Se utilizó un cuestionario autoaplicable de 11 preguntas para medir la conducta alimentaria en los tres meses previos a la aplicación. Se hicieron comparaciones por sexo y grupos de edad. Se observó una tendencia en ambos sexos a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria a medida que se incrementa el Índice de Masa Corporal y la edad de los sujetos. Si bien en ambos sexos se observa la misma tendencia, las mujeres reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Conforme a los resultados obtenidos se puede concluir que 1.5% de los hombres de 13 a 15 años y 2.2% de los hombres de 16 a 18 años se encuentran en riesgo de desarrollar una patología alimentaria, mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años. Se observó que los adolescentes de uno y otro sexo de ambos grupos de edad, con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo. Este hecho señala la importancia que tiene considerar al peso corporal como un importante factor predisponente del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Los adolescentes de las categorías de peso bajo y muy bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más gordos de lo que realmente son). Los datos presentados muestran 1) Que hay relación entre el Índice de Masa Corporal y las conductas alimentarias de riesgo. 2) Que es importante considerar que tanto

el sobrepeso como el bajo peso son elementos de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Por otro lado Benítez (2006) realizó un estudio en el cual le interesaba conocer si el autoconcepto difiere en sujetos con y sin trastornos alimenticios. Por lo que trabajo con una muestra (n=151) mujeres de nivel medio superior, en donde se aplicaron dos escalas, una de ellas fue la Escala de Autoconcepto de Tennessee de Fitts (1955) y el EDI-2 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Garner (1980). Dichas escalas fueron aplicadas a mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años que quisieran participar libre y voluntariamente. Lo que se encontró, fue que el autoconcepto saludable sigue siendo el mismo cuando el sujeto no padece trastornos alimenticios, pero cuando el sujeto si los padece, el autoconcepto cambia y se distorsiona. También se encontró que no necesariamente se tiene que padecer de un trastorno alimentario para que el autoconcepto se distorsione, ya que el tipo de autoconcepto (Saludable/Distorsionado) que mantenga el sujeto va a depender en la forma en la que canaliza, controla o maneja sus emociones. En general se encontró que la mayoría de las adolescentes cuentan con un buen autoconcepto, pero este tiende a cambiar cuando llega a existir una cierta inconformidad consigo misma, lo cual genera una distorsión en su autopercepción, que puede generar por distintos factores psicológicos, biológicos o sociales.

Por su parte Silva (2001), menciona que los trastornos de alimentación tienen una incidencia cada vez mayor, por lo que es importante encontrar las variables que interactúan en su establecimiento y evolución con el fin de esclarecer tales padecimientos. Por lo que realizó un estudio descriptivo, con una muestra de 100 pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría, Dr. Ramón de la Fuente, con diagnóstico de anorexia nervosa, Bulimia nervosa y Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado, con el objetivo de encontrar las relaciones entre las variables que posiblemente pudieran caracterizar los trastornos de alimentación. Para ello, utilizó diversos instrumentos: Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI), Prueba de Actitudes para Trastornos de la Alimentación (EAT), Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI-R) y Figura

Compleja de Rey Osterrieth, además de una entrevista clínica. Después de aplicar los análisis estadísticos pertinentes, encontró cinco factores (personalidad, insatisfacción con la figura, sensación de inadecuación, ansiedad y necesidad de adaptación social) que resultan importantes en la dinámica de los pacientes con este tipo de patología, desarrollando un modelo que representa la forma en la que interactúan las diferentes variables evaluadas.

Gama (1999), realizó un estudio en el cual identifica la relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal. Para esto, utilizó una muestra de $n=130$ estudiantes de sexo femenino en edades de 15 a 22 años, dividida en dos grupos uno con 50 personas, que presentaron peso normal (grupo control), y otro con 80 personas (50 de las cuales presentaron sobrepeso y 30 que presentaron obesidad) (grupo experimental). Se aplicó un cuestionario de Alimentación y Salud que explora dichas variables. Entre los resultados más importantes se encontró que la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo sí están en relación con el peso corporal, mientras que la autoatribución no.

Rodríguez (2006) investigó la relación entre las variables de autoestima e imagen corporal (Satisfacción/insatisfacción) como factores de riesgo en hombres y mujeres adolescentes estudiantes de enfermería. Se trabajó con una muestra no probabilística de $n=50$ hombres y $n=50$ mujeres. La media de edad para los hombres fue de 19.61 años y para las mujeres de 19.81 años. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la imagen corporal entre hombres y mujeres.

Hernández (2000), también tuvo la inquietud de determinar si la percepción de la relación materna de adolescentes del sexo femenino y masculino, influía en la percepción de su imagen corporal. Para tales fines se utilizó un diseño de tipo confirmatorio, con una muestra $n=200$ adolescentes mexicanos dentro de un rango de edad de 15 a 19 años. A cada uno de ellos se le aplicó el cuestionario denominado Alimento y Salud que explora las áreas: sociodemográficas, relaciones con la madre e imagen corporal. Entre los hallazgos más importantes se encontró que la percepción de la relación materna no influyó en las variables

correspondientes a la imagen corporal, tales como: satisfacción/insatisfacción, alteración de la imagen corporal, autopercepción del peso corporal, preocupación por el peso y actitud hacia la obesidad. Sin embargo, si se encontraron diferencias por sexo, siendo las mujeres las que presentan insatisfacción con su imagen corporal por desear estar más delgadas, a diferencia de los hombres que pretender estar más gruesos. También la variable de alteración se encontró que los hombres alteran su imagen corporal, porque se ven más delgados de lo que son y las mujeres se ven más gruesas de lo que están. Al mismo tiempo en las variables de autopercepción del peso corporal, preocupación por el peso y actitud hacia la obesidad, las mujeres percibían su peso como más alto del que tenían, estuvieron más preocupadas por peso y tenían una actitud más favorable hacia la obesidad que los hombres.

Tomando en cuenta la problemática de los TCA, pasaremos a la metodología empleada en este estudio.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

En relación con cada una de las características a estudiar: Trastornos en la Conducta Alimentaria (Importancia de la Figura, Salud Física, Como me considero, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas), Ansiedad y Autoestima, se plantearon tres problemas de base:

¿Existen relaciones positivas entre los Trastornos en la Conducta Alimentaria, a través de sus factores de riesgo tales como: Importancia de la Figura, Como me considero, con la variable Ansiedad en mujeres adolescentes que estudian a nivel preparatoria?

¿Existen relaciones negativas o inversas entre los Trastornos en la Conducta Alimentaria, a través de sus factores de riesgo tales como: Salud Física, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas, con la variable Autoestima, en mujeres adolescentes que estudian a nivel preparatoria?

Propósito

El propósito de este trabajo fue describir las relaciones entre los Trastornos en la Conducta Alimentaria, a través de sus factores de riesgo tales como: Importancia de la Figura, Salud Física, Como me considero, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas; con las variables Ansiedad y Autoestima, que presentan las adolescentes que estudian a nivel preparatoria.

Hipótesis

Existe una relación positiva entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria (Importancia de la Figura, Como me considero) y la ansiedad en mujeres adolescentes que estudian a nivel preparatoria.

Existe una relación inversa entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria (Salud Física, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como

Preferencias Delgadas) y la autoestima en mujeres adolescentes que estudian a nivel preparatoria.

Variables

Índice de Masa Corporal

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2005), Servicio Básico de Salud; define al índice de Masa Corporal (IMC) como el criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la estatura al cuadrado, permite determinar si el individuo tiene peso bajo o sobrepeso y la posibilidad de que exista obesidad, de acuerdo a los siguientes criterios:

Clasificación	IMC= Kg/m²
Bajo peso	< - 18.4
Normal	18.5 - 24.9.
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad I	30 - 34.9
Obesidad II	35.0 - 34.9
Obesidad extrema III.....	> 40

Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Definición conceptual

El término Trastornos la Conducta Alimentaria (TCA), se refiere en general a trastornos psicológicos y conductuales que originan y mantienen anomalías graves en el comportamiento de la ingesta, estas anomalías podrían deberse a una alteración de la conducta alimenticia tales como dietas prolongadas, pérdida de peso o atracones de comida; teniendo en cuenta que el origen de estos trastornos, se explica a partir de una alteración psicológica, como el elevado nivel de insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de autoexigencia, ideas distorsionadas sobre la imagen, el peso o la comida (Carrero, 2005).

Definición operacional

Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez, 1995)

Se compone de cinco escalas, que exploran diferentes áreas: Importancia de la Figura (Salud Física como me considero, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas y datos socioeconómicos.

Este instrumento ya ha sido utilizado en investigaciones previas por Gómez, (1993 & 1995).

Ansiedad rasgo-estado

Definición conceptual

Ansiedad: se define como una reacción emocional que consiste en las sensaciones subjetivas de la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, así como a una elevada actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1980)

Ansiedad Rasgo: Son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975).

Ansiedad Estado: Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimiento de tensión, de aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975).

Definición operacional

Se utilizó el Inventario de Ansiedad-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975).

Ansiedad: puntaje total obtenido por ambas escala del IDARE, que va desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 por escala, lo cual nos indica si presenta ansiedad o no.

Ansiedad Rasgo: Puntaje total obtenido de la escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) que va desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80.

Ansiedad Estado: Puntaje total obtenido de la escala de Ansiedad Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) que va desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80.

Autoestima

Definición conceptual

La variable fue definida conceptualmente de la siguiente manera:

La autoestima es el valor que se atribuyen las estudiantes, es el nivel de afirmaciones hacia sí mismas que se refieren a: cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, dependencia e independencia y sentimientos generales hacia sí mismo (Reidl, 1981).

Definición operacional

Los puntajes fueron obtenidos a través de la escala de autoestima de Reidl (1981), formada por 20 reactivos de escala tipo Likert, que va desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 60.

Participantes

Participaron 116 estudiantes de sexo femenino, que cursaban el 6º semestre de la Preparatoria Oficial 82 “José Revueltas” del Municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, en el Estado de México. La edad estuvo comprendida entre los 16 y 20 años. La edad promedio es de $\bar{x}=17$ años, la estatura promedio es de $\bar{x}=1.58$ m y el peso promedio es de $\bar{x}=56.16$ kg. Los individuos que configuraron a la muestra, se obtuvieron mediante un muestreo no probabilístico de grupos intactos, por disponibilidad (Kerlinger, 2002).

Criterios de inclusión

- Ser mujeres estudiantes del 6º semestre a nivel preparatoria.

Criterios de exclusión

- Tener una enfermedad evidente.
- Estar embarazada.

Materiales

Para obtener el peso de las estudiantes, se utilizó una bascula casera de baño de marca phillips, que soporta hasta 140kg de peso.

La Talla se obtuvo, a través de una cinta métrica colocada en la pared.

Se utilizó un cuadernillo de 210 preguntas con base en los inventarios aplicados, distribuyéndose de la siguiente forma (ver anexo A):

Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez, 1995), consta de 150 preguntas y corresponde a la primera sección del cuadernillo.

Se compone de cinco escalas, que exploran diferentes áreas:

- Datos socioeconómicos. Corresponden 18 preguntas para determinar la edad, peso, estatura entre otras preguntas.
- Importancia de la Figura. Consta de 9 preguntas con una calificación que van de 9 a 45 puntos, para determinar los procesos a través de los cuales se construye su propia imagen como producto de la interacción de los otros; con respuestas tipo Likert de 5 opciones: a) muy importante, b) importante, c) importancia regular, d) poco importante y, e) muy poco importante; las cuales se relacionan en el sentido que tan importante es para la persona que responde, la figura para tener éxito en diferentes ámbitos de su vida; tales como con el sexo opuesto o en el trabajo o con uno mismo, por decir algunos. Calificación: entendiendo que la opción a) *muy importante*, tiene el valor uno y la opción e) *muy poco importante*, tiene el valor cinco; a mayor puntaje, es menos importante este componente para la estudiante, es decir,

un puntaje alto se consideró como *factor protector* y un puntaje bajo como *factor de riesgo*. Presentando el instrumento un coeficiente Alpha de .8671

- Salud Física. Consta de 24 preguntas con una calificación que van de 24 a 120 puntos para determinar los estados de ánimo asociados con sensaciones físicas negativas, con respuestas ordinales de 5 opciones: a) 0, b) 2, c) 4, d) 6 y e) 8. Este componente o factor ubica a la estudiante en los últimos 15 días, a partir del día que se contestó el cuestionario sobre su salud física, con base a la frecuencia de algunos malestares físicos percibidos en ese tiempo, en el sentido que tan frecuente son los malestares físicos, tales como problemas para dormir o provocarse vómito entre comidas o dolor de cabeza, por decir algunos. Calificación: entendiendo que la opción a) 0, tiene el valor uno y la opción e) 8, tiene el valor cinco; a mayor puntaje, es más importante este componente para la estudiante, es decir, un puntaje alto se consideró como *factor de riesgo* y un puntaje bajo como *factor protector*. El instrumento presenta un coeficiente Alpha de .9014.
- Como me considero. Consta de 35 preguntas con una calificación que va de 35 a 175 puntos, para determinar la percepción de los propios atributos, o sea, para conocer las características propias de uno mismo. Con respuestas ordinales de 5 opciones: a) 0 a 2, b) 2.1 a 4, c) 4.1 a 6, d) 6.1 a 8 y e) 8.1 a 10. Este componente o factor enlista una serie de atributos y adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida, en el cual la estudiante se considera ella misma, tal como independiente o fuerte o responsable o optimista por decir algunos. Calificación: entendiendo que la opción a) 0 a 2, tiene el valor uno y la opción e) 8.1 a 10, tiene el valor cinco; a mayor puntaje, es más importante este componente para la estudiante, es decir, un puntaje alto se consideró como *factor protector* y un puntaje bajo como *factor de riesgo*. Presenta el instrumento un coeficiente Alpha de .7998.

- Afirmaciones Preferencia Obesidad. Consta de 28 preguntas con una calificación que va de 28 a 140 puntos, para determinar la conducta alimentaria de riesgo con tendencia a la obesidad. Con respuestas tipo Likert de 5 opciones: a) nunca, b) a veces, c) frecuentemente, d) muy frecuentemente y, e) siempre. Este componente o factor señala a aquellas afirmaciones u opciones que más se aproxima a la manera en como ve la estudiante la situación que más se acerca a su manera de ser o de pensar, con base en algunas ideas o conductas específicas que ayudan a mantener una situación de sobre peso a obesidad, en el sentido que tan continuo mantenga las conductas o pensamientos que ayudan a sostener una situación de sobre peso para la persona que responde, tales como me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V. o cuando estoy aburrida me da por comer o siento que no puedo dejar de comer, por decir algunos. Calificación: entendiendo que la opción a) *nunca*, tiene el valor uno y la opción e) *siempre*, tiene el valor cinco; a mayor puntaje, es más importante este componente para la estudiante, es decir, un puntaje alto se consideró como *factor de riesgo* y un puntaje bajo como *factor protector*. Presenta el instrumento un coeficiente Alpha de .8352.
- Afirmaciones Preferencia Delgadas. Consta de 26 preguntas con una calificación que va de 26 a 130 puntos, para determinar la conducta alimentaria de riesgo con tendencia a la delgadez. Con respuestas tipo Likert de 5 opciones: a) totalmente falso, b) falso, c) a veces falso, a veces cierto, d) cierto y e) totalmente cierto, este componente o factor señala a aquellas afirmaciones u opciones que más se aproxima a la manera en como ve la entrevistada la situación que más se acerca a su manera de ser o de pensar, con base en algunas ideas o conductas específicas que ayudan a mantener una situación de peso bajo a muy bajo, en el sentido que tan continuo, mantenga las conductas o pensamientos que ayudan a mantener una situación de peso bajo a muy bajo, para la persona que responde, tales como si me excedo con la comida me provoco vómito o tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre o si no veo la comida me la

puedo pasar sin comer, por decir algunos. Calificación: entendiendo que la opción *a) totalmente falso*, tiene el valor uno y la opción *e) totalmente cierto*, tiene el valor cinco; a mayor puntaje, es más importante este componente para la estudiante, es decir, un puntaje alto se consideró como *factor de riesgo* y un puntaje bajo como *factor protector*. El instrumento presenta un coeficiente Alpha de .9267.

El coeficiente de consistencia interna para el instrumento total en esta investigación fue: Alpha = .8960

Ansiedad Rasgo–Estado

Se utilizó el Inventario de Ansiedad-Estado (IDARE) de Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). La cual consta de 40 preguntas, dividida en dos escalas:

- **Ansiedad Rasgo:** Consta de 20 preguntas con una calificación que va de 20 a 80 puntos, para determinar la ansiedad rasgo en el individuo. Con respuestas tipo Likert de 4 opciones: a) nunca, b) a veces, c) frecuentemente y, d) muy frecuentemente. Esta escala define a la Ansiedad Rasgo como las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975). Calificación: En el sentido que tan continuo mantenga el individuo situaciones percibidas como amenazantes, se espera que a mayor puntaje sea más frecuente esta percepción de ideas amenazantes para el individuo. El instrumento presenta un coeficiente Alpha de .9144.
- **Ansiedad Estado:** Consta de 20 preguntas con una calificación que va de 20 a 80 puntos, para determinar la ansiedad estado en el individuo. Con respuestas tipo Likert de 4 opciones: a) nunca, b) a veces, c) frecuentemente y, d) muy frecuentemente. Esta escala define a la Ansiedad Estado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión, de aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del

sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (Díaz Guerrero & Spielberger, 1975). Calificación: En el sentido de cómo se sienta el individuo por sentimientos de tensión o aprehensión, se espera que a mayor puntaje sea más frecuente esta percepción de ideas amenazantes para el individuo. El instrumento presenta un coeficiente Alpha de .8970.

El coeficiente de consistencia interna para el instrumento total en esta investigación fue: Alpha = .9496

Autoestima

Se utilizó la escala de autoestima de Reidl (1981), formada por 20 reactivos.

- Los puntajes van desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 60. Con respuestas tipo Likert de 3 opciones: a) acuerdo, b) me es indiferente y, c) en desacuerdo. Esta escala señala que la autoestima es el valor que se atribuyen las estudiantes, es el nivel de afirmaciones hacia sí mismas que se refieren a: cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, dependencia e independencia y sentimientos generales hacia sí mismo. Calificación: En el sentido del valor que se atribuyen las estudiantes, tales como, soy una persona con muchas cualidades o creo que la gente tiene buena opinión de mí, por decir algunos; se espera que a mayor puntaje es más positiva la valoración percibida para la estudiante.

El coeficiente de consistencia interna para el instrumento total en esta investigación fue: Alpha = .8109.

Escenarios

Se trabajo en un laboratorio de Física, en donde había mesas y sillas suficientes para 40 alumnos, asignado por la dirección de la Preparatorio Oficial 82 "José Revueltas", del Municipio de Nezahualcóyotl, Edo. de México, para los fines de recabar la información pertinente de este estudio.

Diseño

El tipo de estudio fue exploratorio, transversal, con un diseño correlacional (Hernández, et al., 2003).

Procedimiento

1. Se solicitó permiso en la dirección escolar con el fin de proporcionar los espacios y los tiempos para aplicar el cuadernillo, así como tomar talla y peso a las estudiantes participantes.

2. Se realizó la invitación de manera verbal por salón a las estudiantes para participar en una investigación relacionada con conductas que tienen que ver con la alimentación y calidad de vida.

3.- Se coordinaron las investigadoras con el profesor en turno del grupo, para llevar a las estudiantes en grupos de 30 personas, al laboratorio de Física, para la toma de datos.

4. Estando en el laboratorio de Física con las alumnas, las investigadoras dieron las siguientes instrucciones (este procedimiento se realizó por cada grupo nuevo que llegaba al laboratorio de Física):

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, esta llevando a cabo una investigación, cuyo propósito es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la conducta alimentaria de la comunidad estudiantil, para contribuir así al mantenimiento y mejoramiento de nuestra salud. El logro de nuestros propósitos dependerá de tu cooperación al contestar este cuadernillo de forma verídica. Posteriormente al ir entregando el cuadernillo pasarán a la toma de peso y talla. La información que nos proporcionas es confidencial y totalmente anónima. Gracias.

5. Se repartían los cuadernillos a todas las participantes y en su caso de no traer lápiz o pluma se le proporcionaba uno.

6. Teniendo todas sus cuadernillos se daban las siguientes instrucciones:

Tienen en sus manos un cuadernillo que consta de varias preguntas con diferentes tipos de respuesta, deben de leer con cuidado cada pregunta y seleccionar la respuesta que más se acerque a su situación. Es muy importante contestar todas las preguntas. Recuerden que es anónimo, o sea, que no tienen que escribir su nombre. Si tienen alguna duda, por favor levanten la mano y nosotros iremos a sus lugares. Si no hay ninguna pregunta, por favor empiecen.

7. Como iban acabando de contestar el cuadernillo, se tomaba el peso y talla de cada participante.

8. Las alumnas al ir terminando regresaban a su salón de clases.

Consideraciones éticas

Se manejo el consentimiento informado de manera verbal, el cual consistió en una invitación y participación voluntaria a esta investigación de la población de mujeres.

Se manejaron de forma anónima las identidades de las participantes. Además de que el uso de datos fue para uso exclusivo de la investigación.

RESULTADOS

RESULTADOS

Análisis de Datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS v10.

En esta sección se describen y se consideran a los datos en puntuaciones brutas o generales, bajo todas las categorías de los instrumentos aplicados.

Las técnicas seleccionadas para el análisis exploratorio de los datos fue medidas de tendencia central.

Para la prueba de hipótesis correlacional, se utilizó la prueba no paramétrica de Spearman, elegida como la más robusta para el tipo de datos que se manejó ya que no presentan dos de los criterios principales para el uso de pruebas estadísticas paramétricas: 1) la distribución de los datos obtenidos por las variables de la muestra, no representa una distribución normal y 2) el nivel de medición de las variables obtenida de los datos de la muestra, se presentan en medidas al menos ordinales y nominales.

Variables sociodemográficas

Participaron $n=116$ estudiantes todas ellas mujeres, que cursaban el 6º semestre de la Preparatoria Oficial 82 “José Revueltas” del Municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, en el Estado de México. La edad promedio es de $\bar{x}=17$ años, siendo la edad mínima de 16 años y máxima de 20 años. La estatura promedio es de $\bar{x}=1.58m$, siendo la estatura mínima de 1.45m y máxima de 1.71m. El peso promedio es de $\bar{x}=56.16kg$, siendo el peso mínimo de 38kg y el máximo de 90kg respectivamente (ver tabla 1).

Tabla 1
Estadísticos descriptivos: peso, edad, estatura

	Mínimo	Máximo	Media
Peso	38	90	56.16
Estatura	1.45	1.71	1.5828
Edad	16	20	17.17

El 14.7% (17) de las estudiantes tienen una ocupación independientemente a las labores académicas diarias. El 87.9% (102) de ellas viven con su familia nuclear –padre, madres y hermanos-, siendo sólo el 7.8% (9) que vive con un padre/madre y 4.3% (5) que vive sola con sus hermanos. Con respecto a su vida sexual, sólo manifiestan el 29.3% (34) de la muestra ser sexualmente activas y de este porcentaje, sólo el 4.3% (5), reporta tener hijos (tabla 2).

Tabla 2
Distribución porcentual de las variables sociodemográficas

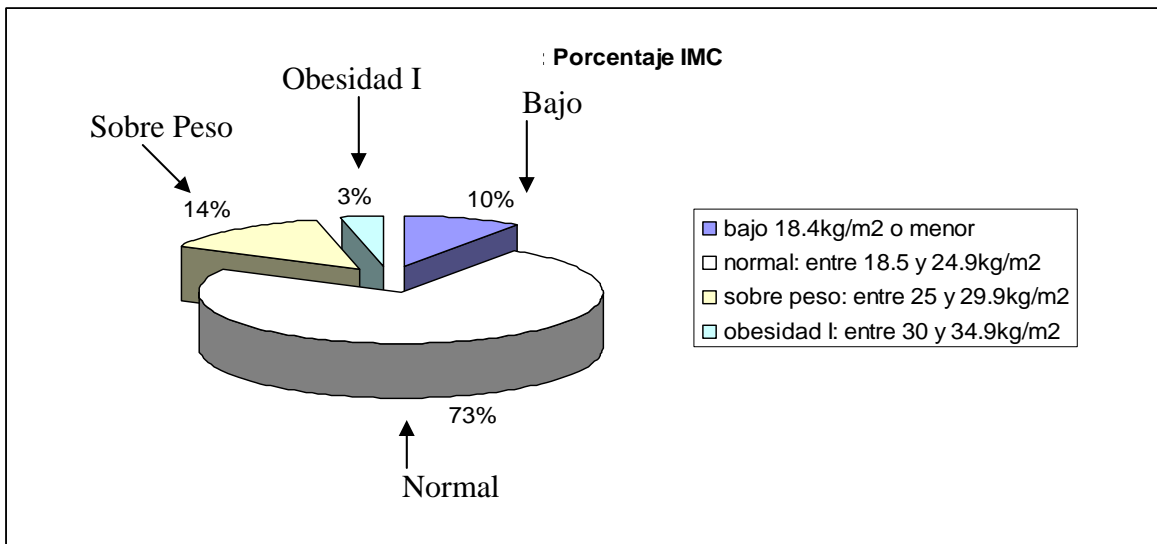
	Frecuencia	Porcentaje
Trabajas actualmente		
Si	17	14.7
No	99	85.3
Con quien vives		
Familia nuclear	102	87.9
Padre o Madre	9	7.8
Hermanos	5	4.3
Tienes o has tenido Relaciones Sexuales		
no	79	68.1
si	34	29.3
Total	113	97.4
No contestaron	3	2.6
Tienes hijos		
Si	5	4.3
No	35	30.2
Total	40	34.5
No contestaron	76	65.5

Índice de Masa Corporal o Queteleto

Con respecto al Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{kg/m}^2$), el promedio es de $\bar{x} = 22.37 \text{kg/m}^2$, siendo para el peso mínimo de 38kg un $IMC = 16.02$ y para el peso máximo de 90kg un $IMC = 32.27$; lo que indica que las estudiantes se encuentran en un nivel normal; quedando distribuida la muestra de la siguiente forma (ver gráfica 1):

- Bajo. 10%. 11 estudiantes ($< 0 = a 18.4 \text{kg/m}^2$).
- Normal. 73%. 85 estudiantes (18.5kg/m^2 y 24.9kg/m^2).
- Sobre peso. 14%. 16 estudiantes (25kg/m^2 y 29.9kg/m^2).
- Obesidad tipo I. 3%. 4 estudiantes (30kg/m^2 y 34.9kg/m^2).

Gráfica 1
Distribución a través de porcentajes de la muestra con respecto a su IMC



Problemas con el Peso/Dietas

De las estudiantes encuestadas para esta investigación el 42.2% (49) de ellas manifestó haber tenido problemas con el peso, y de la proporción que contestó afirmativa a esta pregunta, el 12.9% (15) corresponde a una falta de peso y el 33.6% (39) a un sobre peso. Con respecto a la pregunta *si habían realizado un tipo de dieta*, el 34% (40) de la población encuestada mencionó que sí, reportando a su vez que las edades en donde comenzaron con una dieta se distribuyeron de la siguiente forma, el 1.7% (2) entre los 9 y 11 años; el 12% (15) entre 12 y 14 años; 20.7% (24) entre los 15 y 17 años y el 1.7% (2) entre los 18 a 20 años respectivamente. Las estudiantes que contestaron a la pregunta *si habían estado en algún tipo de dieta en los últimos 6 meses*, sólo el 19% (22), respondieron que sí (ver tabla 3).

Tabla 3
Distribución porcentual de las variables que tienen que ver con el peso o la dieta

	Frecuencia	Porcentaje
Problemas con el Peso*		
no	67	57.8
si	49	42.2
Tipo de problema*		
falta de peso	15	12.9
sobrepeso	39	33.6
Total	54	46.6
No contestaron	62	53.4
Hacer dietas*		
no	76	65.5
si	40	34.5
Edad 1era dieta*		
9 a 11 años	2	1.7
12 a 14 años	15	12.9
15 a 17 años	24	20.7
18 a 20 años	2	1.7
Total	43	37.1
No contestaron	73	62.9
Últimos 6 meses dieta*		
no	25	21.6
si	22	19.0
Total	47	40.5
No contestaron	69	59.5

Satisfacción con su Figura

Con respecto a como se sienten las estudiantes actualmente con su figura, el 9.5% (11) se encuentran muy satisfechas con su figura actual; 41.1 (48) sólo satisfechas; 17.2 (20) muestran indiferencia con respecto a su figura; 23.3% (27) están insatisfechas y el 8.6% (10) muy insatisfechas con su figura actual. Con respecto a la pregunta sobre *el peso que me gustaría tener*, el 25.9% (30) desea un peso mucho menor al actual; 40.5% (47) menor al actual; 24.1% (28) se quedan con el mismo que tienen; el 6.9% (8) más alto al que tienen y sólo el 1.7% (2) manifiestan un gusto por un peso más alto al que tienen actualmente (ver tabla 4).

Tabla 4
Distribución porcentual de las variables que corresponden a la satisfacción con su figura

	Frecuencia	Porcentaje
Satisfacción con su figura		
muy satisfecha	11	9.5
satisfecha	48	41.4
indiferente	20	17.2
insatisfecha	27	23.3
muy insatisfecha	10	8.6
Peso que me gustaría		
mucho menor al actual	30	25.9
menor al actual	47	40.5
el mismo que tengo	28	24.1
más alto al que tengo	8	6.9
mucho más alto al que tengo	2	1.7
No contestaron	1	.9
Peso ideal me encuentro		
muy por debajo de él	3	2.6
por debajo de él	19	16.4
estas en tu peso ideal	44	37.9
por arriba de él	41	35.3
muy por arriba de él	9	7.8
Escala te consideras		
obesa-gorda	10	8.6
sobre peso-gorda	22	19.0
normal-ni gorda ni delgada	72	62.1
debajo del normal-muy delgada	12	10.3
Dibujo 1 me parezco		
muy delgada	9	7.8
delgada	16	13.8
normal delgada	24	20.7
normal llenita	35	30.2
llenita	24	20.7
gordita	6	5.2
muy gordita	1	.9
extremadamente gordita	1	.9
Dibujo 2 me gustaría		
extremadamente delgada	3	2.6
muy delgada	16	13.8
delgada	31	26.7
normal delgada	46	39.7
normal llenita	18	15.5
llenita	1	.9
gordita	1	.9

Sobre el peso ideal de las estudiantes, el 2.6% (3) manifiesta que se encuentran muy por debajo del peso que les gustaría tener, la proporción se relaciona con la pregunta anterior de *desear un peso más alto*; 16.4% (19) se encuentran por debajo del peso ideal; 37.9 (44) manifiestan estar en su peso ideal; 35.3 (41) sienten que están por arriba del peso ideal y 7.8 (9) consideran que están muy arriba del peso que les gustaría tener. De acuerdo a la escala de *cómo te consideras* el 8.9% (10) eligió la de obesa a gorda; 19% (22) sobre peso a gorda; 62.1 (72) se considera que se encuentra entre ni gorda ni delgada, o sea, normal y 10.3% (12) se eligieron entre debajo del norma a muy delgada. Con respecto a la autoimagen, el 7.8% (9) de la muestra se considera muy delgada; 13.8% (16) delgada; 20.7 (24) normal delgada; 30.2% (35) normal llenita; el 20.7 (24) gordita, el 9% (1) muy gordita y el 9% (1) extremadamente gordita. De acuerdo al ideal de lo que les gustaría verse las estudiantes, el 2.6% (3) escogieron ser extremadamente delgadas; el 13.8% (16) muy delgadas; 26.7% (31) solamente delgadas; 39.7% (46) normal delgada; 15.5% (18) normales llenitas; el 9% (1) eligió llenita y el 9% (1) gordita (ver tabla 4).

Trastorno de la Conducta Alimentaria

Importancia de la Figura

En el entendido que a mayor puntaje se puede considerar como un factor protector y tomando en cuenta, que la puntuación máxima es de 45 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 5).

El promedio de las respuestas estuvo fue de $\bar{x}=23.8$ puntos. El puntaje mínimo fue de 9 y el máximo de 45 puntos.

Con base en esto se puede decir que, el interés que le dan las estudiantes a la importancia de la figura, se comporta en promedio, en parámetros normales.

Salud Física

A mayor puntaje se puede considerar este componente, como un factor de riesgo y tomando en cuenta, que la puntuación máxima es de 120 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 5):

La media de las respuestas es de $\bar{x}=44.8$ puntos. El puntaje mínimo fue de 24 y el máximo de 89 puntos.

Con base en esto se puede decir que las sensaciones de malestar físico de las estudiantes que tuvieron en los últimos 15 días, antes de aplicar el cuestionario en promedio son poco frecuentes.

Como me considero

Se espera que a mayor puntaje, es más alta la calificación hacia atributos y adjetivos positivos personales de la estudiante, por lo que a puntuaciones altas, se considera como factor protector y tomando en cuenta que la puntuación máxima es de 175 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 5).

La media de las respuestas fue $\bar{x}=124.5$ puntos. El puntaje mínimo fue de 79 y el máximo de 156 puntos. Se puede decir con base en esto, que la muestra se comporta en promedio en parámetros normales.

Lo que se pudiera interpretar que los atributos y adjetivos que las estudiantes de preparatoria de esta muestra manifiesta es de normal a alta.

Afirmaciones preferencia obesidad

Se espera que a mayor puntaje, sean más frecuentes estas ideas o conductas para la estudiante, por lo que a puntuaciones altas se considera un factor de riesgo y tomando en cuenta que la puntuación máxima es de 140 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 5).

La media de las respuestas es de $\bar{x}=54.2$ puntos. El puntaje mínimo fue de 31 y el máximo de 123 puntos. Se puede decir con base en esto, que la muestra se comporta en promedio en parámetros normales.

Lo que se pudiera interpretar que las ideas o conductas específicas que ayudan a mantener una situación de sobre peso a obesidad de las estudiantes de preparatoria de esta muestra es poco frecuentes.

Afirmaciones preferencias delgadas

Se espera que a mayor puntaje, sean más frecuentes estas ideas o conductas para la estudiante, por lo que a puntuaciones altas se considera un factor de riesgo y tomando en cuenta que la puntuación máxima es de 130 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 5).

La media de las respuestas fue $\bar{x}=45.6$ puntos. El puntaje mínimo fue de 27 y el máximo de 105 puntos. Se puede decir con base en esto, que la muestra se comporta en promedio en parámetros normales.

Lo que se pudiera interpretar que las ideas o conductas específicas que ayudan a mantener una situación de peso bajo a muy bajo de las estudiantes de preparatoria de esta muestra es poco frecuentes, sin embargo, existen algunas personas de la muestra que tienden a puntuaciones altas, mostrando éstas mayor dispersión.

Tabla 5
Estadísticos descriptivos de la Conducta Alimentaria

	Mínimo	Máximo	Media
Importancia de la Figura	9	45	23.79
Salud Física	24	89	44.88
Como me considero	79	156	124.54
Afirmaciones preferencia obesidad	31	123	54.17
Afirmaciones preferencias delgadas	27	102	45.59

Ansiedad Rasgo-Estado

Ansiedad Rasgo

Considerando que la puntuación máxima es de 80 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 6).

La media de la escala es de $\bar{x}=55.6$ puntos. El puntaje mínimo fue de 25 y el máximo de 76 puntos. Se puede decir con base en esto, que la muestra se comporta en promedio en parámetros de ansiedad-rasgo normal.

Lo que se pudiera interpretar que las situaciones percibidas como amenazantes de las estudiantes de preparatoria de esta muestra son normales.

Ansiedad Estado

Tomando en cuenta que la puntuación máxima es de 80 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 6).

La media de la escala fue $\bar{x}=56.7$ puntos. El puntaje mínimo fue de 28 y el máximo de 77 puntos.

Se puede decir con base en esto, que la muestra se comporta en promedio en parámetros de ansiedad-estado normal.

Lo que se pudiera interpretar que los sentimientos de tensión o aprehensión de las estudiantes de preparatoria de esta muestra son normales.

Tabla 6
Ansiedad Rasgo-Estado

	Mínimo	Máximo	Media
IDARE Rasgo	25	76	55.60
IDARE Estado	28	77	56.68
N válido (según lista)			

Autoestima

Considerando que la puntuación máxima es de 60 puntos, se puede comentar lo siguiente (ver tabla 7).

La media de la escala fue $\bar{x}=47.6$ puntos. El puntaje mínimo fue de 25 y el máximo de 60 puntos.

Se puede decir con base en esto, que la muestra en Autoestima se comporta en promedio en parámetros normales.

Lo que se pudiera interpretar que el valor que se atribuyen las estudiantes de preparatoria de esta muestra es de normal.

Tabla 7
Autoestima

	Mínimo	Máximo	Media
Autoestima	25	60	47.61
N válido (según lista)			

Correlaciones

La matriz de correlaciones generada por las variables, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Ansiedad Estado/Rasgo y Autoestima es simétrica, por lo que sólo basta con analizar los elementos situados por encima o por debajo de ella. Dado que el tamaño muestral es el mismo ($n= 116$), por lo que los valores de Rho son comparables, y teniendo un p-valor menor asociado al estadístico de contraste ($\text{sig}= 0.05$), sin dejar de tomar en cuenta el valor del signo de las correlaciones estadísticamente significativas, se puede concluir que (tabla 8):

Existe una relación negativa entre los componentes: Importancia de la Figura y Salud Física ($r=-.343$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=-.314$, $p=.001$) Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=-.475$, $p=000$), así como una relación positiva con los componentes: Como Me Considero ($r=.255$, $p=.006$), Idare Estado ($r=.363$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=.366$, $p=.000$) y Autoestima ($r=.407$, $p=.000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Salud Física e Importancia de la Figura ($r=-.343$, $p=.000$), Como Me Considero ($r=-.288$, $p=.002$) Idare Estado ($r=-.634$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=-.615$, $p=.000$) y Autoestima ($r=-.557$, $p=000$), así como una relación positiva con los componentes: Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=.501$, $p=.000$) Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=.672$, $p=000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Como Me Considero y Salud Física ($r=-.288$, $p=.002$) Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=-.385$, $p=.000$) y Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=-.287$, $p=002$), así como una relación positiva con los componentes: Importancia de la Figura ($r=.255$, $p=.006$), Idare Estado ($r=.627$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=.591$, $p=.000$) y Autoestima ($r=.622$, $p=000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Afirmaciones Preferencias Obesidad e Importancia de la Figura ($r=-.314$, $p=.001$), Como Me Considero ($r=-.385$, $p=.000$), Idare Estado ($r=-.534$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=-.585$, $p=.000$) y Autoestima ($r=-.489$, $p=.000$), así como una relación positiva con los componentes:

Salud Física ($r=.501$, $p=.000$) y Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=.534$, $p=.000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Afirmaciones Preferencias Delgada e Importancia de la Figura ($r=-.475$, $p=.000$), Como Me Considero ($r=-.287$, $p=.002$), Idare Estado ($r=-.427$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=-.481$, $p=.000$) y Autoestima ($r=-.475$, $p=.000$), así como una relación positiva con los componentes: Salud Física ($r=.672$, $p=.000$) y Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=.534$, $p=.000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Idare Estado y Salud Física ($r=-.634$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=-.534$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=-.427$, $p=.000$), así como una relación positiva con los componentes: Importancia de la Figura ($r=.363$, $p=.000$), Como Me Considero ($r=.627$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=-.885$, $p=.000$) y Autoestima ($r=.718$, $p=.000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Idare Rasgo y Salud Física ($r=-.615$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=-.585$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=-.481$, $p=.000$), así como una relación positiva con los componentes: Importancia de la Figura ($r=.366$, $p=.000$), Como Me Considero ($r=.591$, $p=.000$), Idare Estado ($r=.885$, $p=.000$), y Autoestima ($r=.708$, $p=.000$).

Existe una relación negativa entre los componentes: Autoestima y Salud Física ($r=-.557$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Obesidad ($r=-.489$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencias Delgada ($r=-.475$, $p=.000$), así como una relación positiva con los componentes: Importancia de la Figura ($r=.407$, $p=.000$), Como Me Considero ($r=.622$, $p=.000$), Idare Estado ($r=.718$, $p=.000$), Idare Rasgo ($r=.708$, $p=.000$).

Tabla 8: Rho de Spearman
Matriz de Correlaciones entre los componentes de los TCA, Ansiedad y Autoestima

		Importancia de la Figura	Salud Física	Como me considero	Afirmaciones preferencia obesidad	Afirmaciones preferencias delgadas	IDARE Estado	IDARE Rasgo	Auto-estima
Importancia de la Figura	Coeficiente de correlación	1.000	-.343(**)	.255(**)	-.314(**)	-.475(**)	.363(**)	.366(**)	.407(**)
	Sig. (bilateral)	.	.000	.006	.001	.000	.000	.000	.000
Salud Física	Coeficiente de correlación	-.343(**)	1.000	-.288(**)	.501(**)	.672(**)	-.634(**)	-.615(**)	-.557(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.	.002	.000	.000	.000	.000	.000
Como me considero	Coeficiente de correlación	.255(**)	-.288(**)	1.000	-.385(**)	-.287(**)	.627(**)	.591(**)	.622(**)
	Sig. (bilateral)	.006	.002	.	.000	.002	.000	.000	.000
Afirmaciones preferencia obesidad	Coeficiente de correlación	-.314(**)	.501(**)	-.385(**)	1.000	.534(**)	-.534(**)	-.585(**)	-.489(**)
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000
Afirmaciones preferencias delgadas	Coeficiente de correlación	-.475(**)	.672(**)	-.287(**)	.534(**)	1.000	-.427(**)	-.481(**)	-.475(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.002	.000	.	.000	.000	.000
IDARE Estado	Coeficiente de correlación	.363(**)	-.634(**)	.627(**)	-.534(**)	-.427(**)	1.000	.885(**)	.718(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
IDARE Rasgo	Coeficiente de correlación	.366(**)	-.615(**)	.591(**)	-.585(**)	-.481(**)	.885(**)	1.000	.708(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
Autoestima	Coeficiente de correlación	.407(**)	-.557(**)	.622(**)	-.489(**)	-.475(**)	.718(**)	.708(**)	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al estudiar los factores de riesgo, así como los aspectos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, tales como bulimia nerviosa, anorexia nerviosa u obesidad, se hace posible identificar los patrones cognitivos y conductuales necesarios, tanto de los individuos que lo presentan como de aquellos que no lo presentan, todo esto con el fin de elaborar programas específicos y por lo tanto más efectivos para controlar y su caso eliminar dichos trastornos.

Es también importante mencionar que los resultados obtenidos tienen sólo validez en la población que se considero en la muestra.

En promedio, la edad de las estudiantes encuestadas fue de $\bar{x}=17$ años, el peso fue de $\bar{x}=56.16$ kg, la estatura de $\bar{x}=1.58$ m e IMC de $\bar{x}=22.37$ kg/m². De acuerdo a su IMC el 10% presentó un nivel bajo, 73% normal y 14% sobrepeso.

Autores como Rivera, Shamah, Villalpando, González de Cossío, Hernández y Sepúlveda (2001), encontraron que a nivel nacional 1.7% de mujeres fueron clasificadas como desnutridas, 46.6% se encontraban en el intervalo de IMC adecuado, 30.6% tenía sobrepeso y 21.2% presentaba obesidad. En el Centro y la Ciudad de México las prevalencias fueron similares a las encontradas en el ámbito nacional.

Con respecto a la variable ansiedad rasgo-estado, como se mencionó anteriormente García (2001), Godart, Flament, Perdereau y Jeammet (2002) sugieren que los pacientes con trastornos alimentarios frecuentemente presenta síntomas de ansiedad, como el trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social y cuadros de ansiedad generalizada, apareciendo muchas veces desde la infancia y funcionando, quizás, como otro factor desencadenante para los TCA.

Sin embargo aunque la muestra de mujeres de preparatoria, mantiene un nivel tanto de ansiedad estado y rasgo de normal a moderado, indica que la mayoría de las estudiantes tienden a manifestar conductas compensatorias, que les haga sentir mejor, como se verá más adelante, este estado de ansiedad se

correlacionara de manera significativa con los Trastornos de Conducta Alimentaria y Autoestima.

Con la variable autoestima, desde los ochenta, autores como Davies (1984), menciona que cuanto más aumenta la distancia entre la forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción; las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal con preferencia a estas mismas características evaluadas por los otros objetivamente. Más adelante, Gómez (2002), Gama (1999), Garfinkel y Garner (1982), mencionan cierta relación entre variables biológicas, familiares, psicológicas y la aparición de trastornos alimentarios influenciados por los medios de comunicación. De acuerdo con las imágenes de moda, las adolescentes refuerzan un ideal dicotómico, de aceptable o inaceptable: gordo/flaco, bello/feo, incidiendo directamente en su propia autoestima. Aunque para las estudiante de nivel preparatoria que participaron en esta investigación, manifestaron en general de buena a alta autoestima, hacen pensar que los mecanismos cognoscitivos de la manera de cómo se perciben y como creen que son percibidas por los otros, es positiva.

De acuerdo con el propósito de la presente investigación se realizó las correlaciones entre las variables Trastorno de Conducta Alimentaria, ansiedad Estado Rasgo y Autoestima obteniéndose resultados a favor de las hipótesis planteadas:

H1: Se encontrará una relación positiva entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria (Importancia de la Figura, Como me considero) y la ansiedad en mujeres adolescentes que estudian a nivel preparatoria.

Hallazgo: Se encontraron relaciones directas entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria tales como: Importancia de la Figura ($r=.363$, $p=.000$), Como Me Considero ($r=.627$, $p=.000$), con la variable Ansiedad.

H2: Se encontrará una relación inversas entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria (Salud Física, Afirmaciones tanto Preferencia Obesidad como Preferencias Delgadas) y la autoestima en mujeres adolescentes que estudian a nivel preparatoria.

Hallazgo: Se encontraron relaciones inversas entre: Salud Física ($r=-.557$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencia Obesidad ($r=-.489$, $p=.000$), Afirmaciones Preferencia Delgada ($r=-.475$, $p=.000$), con la variable Autoestima.

Por lo que:

A mayor Importancia de la Figura:

Menores problemas con respecto a sensaciones o problemas con la Salud Física, *menores* afirmaciones con Conductas que mantienen el Peso Alto o Muy Bajo; así como, una percepción *alta* de cómo Me Considero, una *alta* Autoestima y tanto Ansiedad Estado-Rasgo *alto*.

A mayores sensaciones de problemas o ideas con respecto a la Salud Física:

Menores consideraciones positivas con respecto a la Importancia de la Figura, una percepción *menos* positiva a como Me Considero, *menor* Ansiedad Estado-Rasgo y *menor* Autoestima, así como, una *mayor* tendencia a mantener conductas que Mantiene o Disminuyen el Peso.

A mayor percepción de Como Me Considero:

Menor sensaciones y problemas de Salud Física, *menor* tendencia a mantener conductas y pensamiento tanto para Aumentar o Disminuir Peso, así como, una *mayor* Importancia de la Figura, *mayor* Ansiedad Estado-Rasgo y *mayor* Autoestima.

A mayores afirmaciones de pensamientos y conductas de Preferencias Obesidad:

Menor Importancia de la Figura, *menor* percepción de Como Me Considero, *menor* Ansiedad Estado-Rasgo y *menor* Autoestima, así como, una *mayor* percepción de conductas y problemas de Salud Física y *mayor* Afirmaciones de pensamientos y conductas para Preferencias Delgada.

A mayores afirmaciones de pensamientos y conductas de Afirmaciones Preferencias Delgada:

Menor Importancia de la Figura, *menor* percepción de Como Me Considero, *menor* Ansiedad Estado-Rasgo y *menor* Autoestima, así como, una *mayor* percepción de conductas y problemas de Salud Física y *mayor* Afirmaciones de pensamientos y conductas para Preferencias Obesidad.

A mayor Ansiedad Rasgo:

Menor percepción de conductas y problemas de Salud Física, menor Afirmaciones de pensamientos y conductas con Preferencias Obesidad, menor Afirmaciones de pensamientos y conductas con Preferencias Delgada, así como, una mayor Importancia de la Figura, mayor importancia a Como Me Considero, mayor Ansiedad-Estado y mayor Autoestima.

A mayor Ansiedad Estado:

Menor percepción de conductas y problemas de Salud Física, menor Afirmaciones de pensamientos y conductas con Preferencias Obesidad, menor Afirmaciones de pensamientos y conductas con Preferencias Delgada, así como, una mayor Importancia de la Figura, mayor importancia a Como Me Considero, mayor Ansiedad Rasgo y mayor Autoestima.

A mayor Autoestima:

Menor percepción de conductas y problemas de Salud Física, menor Afirmaciones de pensamientos y conductas con Preferencias Obesidad, menor Afirmaciones de pensamientos y conductas con Preferencias Delgada, así como, una mayor Importancia de la Figura, mayor importancia a Como Me Considero y mayor Ansiedad Estado-Rasgo.

Por lo que se puede decir que es muy posible que la muestra de mujeres, mientras más importancia le da a la apariencia física, mayor ansiedad presenta, así como, a mayores problemas relacionados con la salud y conductas que están relacionadas con bajar o subir de peso, menor autoestima (Gómez, 1996; 1998).

Esta situación muestra que no necesariamente, la autoestima percibida por las estudiantes de preparatoria juega un papel importante en su vida de estudiantes, ya que dentro de este ciclo de vida, el hecho de sentirse bien consigo mismas, no

implica que su ansiedad sea baja, ya que los diversos escenarios en los que las estudiantes se desenvuelven no dejan de ser agentes estresores vivenciales (Jiménez, 2005).

Se puede afirmar con base en los datos obtenidos, que las estudiantes presentan una tendencia a situaciones de normales en general, sin embargo como lo mencionan autores como Gómez (1995), Gómez, Granados, Jáuregui, Tafoya, y Unikel, (2001), Gómez, Pineda, Èsperance, Hernández, Platas, y León (2002), existen algunas personas que se encuentran en los extremos, siendo estos rubros factores de riesgo que habría de tomarse en cuenta para futuras investigaciones e implementación de programas específicos para la acción preventiva y en su caso correctiva.

Limitaciones y Sugerencias

Algunas limitaciones y sugerencias para futuras investigaciones se presentarán a continuación:

Una vez iniciando el trabajo de investigación, una de las limitantes principales es el acceso a la muestra, desde la obtención de los permisos, y recolectar con los datos necesarios.

La segunda no menos importante es el correcto llenado del cuadernillo de las escalas utilizadas, por parte de las estudiantes, ya que no les gusta leer.

Otra es la disponibilidad de las estudiantes, ya que algunas de ellas, su interés principal no era participar con el proyecto de investigación, sino salirse de la clase en turno y poder platicar con sus amigas.

El tamaño de la muestra no es suficiente. Ya que con una población mayor, los valores extremos, pueden ser utilizados de la misma muestra como grupos contrastados, generando tres subgrupos: a) extremo inferior, b) extremo superior y c) grupo control.

Por otra parte, lo que sigue es tratar de reportar los resultados encontrados en diversos medios tales como, congresos, coloquios, publicaciones.

Y con lo que se refiere a la escuela preparatoria en donde se obtuvieron los datos, dar platicas y en su caso talleres preventivos psicoeducativos.

Se recomienda que las investigaciones futuras sigan con la línea en prevención de los TCA, ya que los costos son enormes de no prevenir y no tratar a tiempo este tipo de trastornos.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA



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

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta seleccionando la letra o número la respuesta que más se adapte. Utiliza lápiz o pluma de tinta negra.

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

Peso: _____

Estatura: _____

Edad: _____

2. ¿Trabajas?

- A) Si
- B) No

3. Actualmente vives con:

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

4. 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

5. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 7
- B) Si. Pasar a la siguiente pregunta

6. ¿Tienes hijos?

- A) Si
- B) No

7. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$ 1000.00 o menos
- B) \$ 1001.00 a \$ 3000.00
- C) \$ 3001.00 a \$ 5000.00
- D) \$ 5001.00 a \$ 7000.00
- E) \$ 7001.00 a \$ 9000.00
- F) \$ 9001.00 o más

8. ¿Quién o quienes 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) Esposo (a) Pareja

9. Años de estudio de tu padre:

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

10. Años de estudio de tu madre:

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

11. ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?

- A) No (pasar a la pregunta 13)
- B) Si (pasar a la siguiente pregunta)

12. Tu problema es o era:
- A) Sobrepeso
 - B) Falta de peso
13. ¿Alguna ocasión has hecho dieta para controlar tu peso?
- A) No (pasar a la pregunta 16)
 - B) Si (pasar a la siguiente pregunta)
14. ¿Qué edad tenias 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
15. En los últimos 6 meses has hecho dieta?
- A) No
 - B) Si
16. ¿Qué peso te gustaría tener?
- A) Mucho menor del que actualmente tengo
 - B) Menor del que actualmente tengo
 - C) El mismo que tengo
 - D) Mas alto del que actualmente tengo
 - E) Mucho mas alto del que actualmente tengo
17. ¿Como te sientes con tu figura?
- A) Muy satisfecha
 - B) Satisfecha
 - C) Indiferente
 - D) Insatisfecha
 - E) Muy insatisfecha

18. Con respecto a que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras:

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

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

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy poco Importante
19. Con el sexo opuesto	A	B	C	D	E
20. Entre los amigos(as)	A	B	C	D	E
21. Para encontrar pareja	A	B	C	D	E
22. Para encontrar trabajo	A	B	C	D	E
23. En las fiestas	A	B	C	D	E
24. En los estudios	A	B	C	D	E
25. En el trabajo	A	B	C	D	E
26. Con la familia	A	B	C	D	E
27. Con uno mismo(a)	A	B	C	D	E

28. De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras:

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

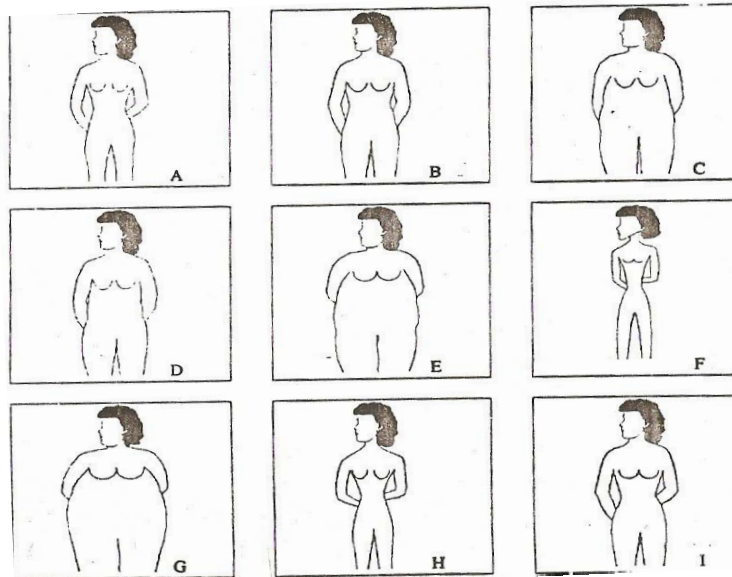
En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados periodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado.

Lee con cuidado cada una de ellas y responde cuales han sido tus propias condiciones durante los últimos quince días.

EN LOS ÚLTIMOS QUINCE DIAS

CUANTOS DIAS	0	2	4	6	8
29. Tuviste problemas para dormir	A	B	C	D	E
30. Te sentiste tensa (o) con problemas de cuello y/o espalda	A	B	C	D	E
31. Hiciste dieta para controlar tu peso	A	B	C	D	E
32. Te sentiste triste, deprimida	A	B	C	D	E
33. Sufriste de dolor de cabeza	A	B	C	D	E
34. Se te presentaron problemas de constipación dificultad para defecar	A	B	C	D	E
35. Tuviste problemas digestivos (gases, inflamación, eructos)	A	B	C	D	E
36. Tuviste problemas de concentración	A	B	C	D	E
37. Te pusiste a dieta de líquidos	A	B	C	D	E
38. Sentiste temor a subir de peso	A	B	C	D	E
39. Te sentiste con apetito voraz	A	B	C	D	E
40. Te sentiste físicamente mal	A	B	C	D	E
41. Tuviste dificultad para iniciar el sueño	A	B	C	D	E
42. Sentiste que sudabas con exceso	A	B	C	D	E
43. Tuviste problemas con tu respiración	A	B	C	D	E
44. Sentiste que tu corazón latía mas fuerte de lo normal	A	B	C	D	E
45. Te sentiste sin hambre	A	B	C	D	E
46. Te sentiste preocupada(o) por tu salud	A	B	C	D	E
47. Ayunaste para bajar de peso	A	B	C	D	E
48. Te sentiste preocupada por tu peso	A	B	C	D	E
49. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados de fibra)	A	B	C	D	E
50. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso	A	B	C	D	E
51. Te provocaste vómito porque comías de más	A	B	C	D	E
52. Hiciste ejercicio excesivo para reducir tu peso	A	B	C	D	E

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



La siguiente es una lista de atributos y adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos.

En el CONTINUO del 0 al 10 que aparece con cada atributo marca la letra que indique mejor cuánto de cada uno consideras tener.

Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

A de 0 a 2	D de 6.1 a 8
B de 2.1 a 4	E de 8.1 a 10
C de 4.1 a 6	

ME CONSIDERO UNA PERSONA:

- | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| 54. Independiente | A | B | C | D | E |
| 55. Confiable | A | B | C | D | E |
| 56. Insegura | A | B | C | D | E |
| 57. Fuerte | A | B | C | D | E |
| 58. Atractiva | A | B | C | D | E |
| 59. Inteligente | A | B | C | D | E |
| 60. Dominante | A | B | C | D | E |
| 61. Rígida | A | B | C | D | E |
| 62. Responsable | A | B | C | D | E |

63. Agradable	A	B	C	D	E
64. Incompetente	A	B	C	D	E
65. Productiva	A	B	C	D	E
66. Exitosa	A	B	C	D	E
67. Pesimista	A	B	C	D	E
68. Sociable	A	B	C	D	E
69. Sensible	A	B	C	D	E
70. Eficiente	A	B	C	D	E
71. Desconfiada	A	B	C	D	E
72. Trabajadora	A	B	C	D	E
73. Ansiosa	A	B	C	D	E
74. Estudiosa	A	B	C	D	E
75. Torpe	A	B	C	D	E
76. Sana	A	B	C	D	E
77. Solidaria	A	B	C	D	E
78. Falsa	A	B	C	D	E
79. Optimista	A	B	C	D	E
80. Ágil	A	B	C	D	E
81. Controlada	A	B	C	D	E
82. Inestable	A	B	C	D	E
83. Comprensiva	A	B	C	D	E
84. Triunfadora	A	B	C	D	E
85. Agresiva	A	B	C	D	E
86. Triste	A	B	C	D	E
87. Fracasada	A	B	C	D	E
88. Pasiva	A	B	C	D	E

En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera en como ves la situación o que más se acerque a tu manera de ser o de pensar.

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

89. Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.	A	B	C	D	E
90. Cómo rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	A	B	C	D	E
91. Cuando estoy aburrida (o) me da por comer	A	B	C	D	E
92. Paso por períodos en los que podría comer sin parar	A	B	C	D	E

93. Cuido que mi dieta sea nutritiva	A	B	C	D	E
94. Siento que la comida me tranquiliza	A	B	C	D	E
95. Como por que tengo que hacerlo (por que hay que comer para vivir)	A	B	C	D	E
96. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	A	B	C	D	E
97. Como tan rápidamente que los alimentos se me “atragantan”	A	B	C	D	E
98. Tengo temporadas en las que realmente “me mato de hambre”	A	B	C	D	E
99. Comer de mas me provoca sentimientos de culpa	A	B	C	D	E
100. Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño	A	B	C	D	E
101. Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso	A	B	C	D	E
102. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma (o) antes de consumir alimentos “engordadores”	A	B	C	D	E
103. Como lo que es bueno para mi salud	A	B	C	D	E
104. Paso por períodos en los que como en exceso	A	B	C	D	E
105. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	A	B	C	D	E
106. Me sorprendo pensando en la comida	A	B	C	D	E
107. Si me excedo con la comida me provoco vómito	A	B	C	D	E
108. Procuro mejorar mis hábitos alimenticios	A	B	C	D	E
109. Como con moderación	A	B	C	D	E
110. Consumo alimentos chatarra	A	B	C	D	E
111. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	A	B	C	D	E
112. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago, los escupo	A	B	C	D	E
113. Como despacio y/o mastico mas tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	A	B	C	D	E
114. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	A	B	C	D	E
115. Como entre comidas	A	B	C	D	E
116. Procuro comer verduras	A	B	C	D	E
117. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	A	B	C	D	E
118. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	A	B	C	D	E
119. Como grandes cantidades de alimento	A	B	C	D	E
120. Tomo mis alimentos solo cuando tengo hambre	A	B	C	D	E
121. Suelo servirme dos o mas porciones	A	B	C	D	E

122. Como hasta sentirme inconfortablemente llena (o)	A	B	C	D	E
123. Procuro tomar complementos vitamínicos	A	B	C	D	E

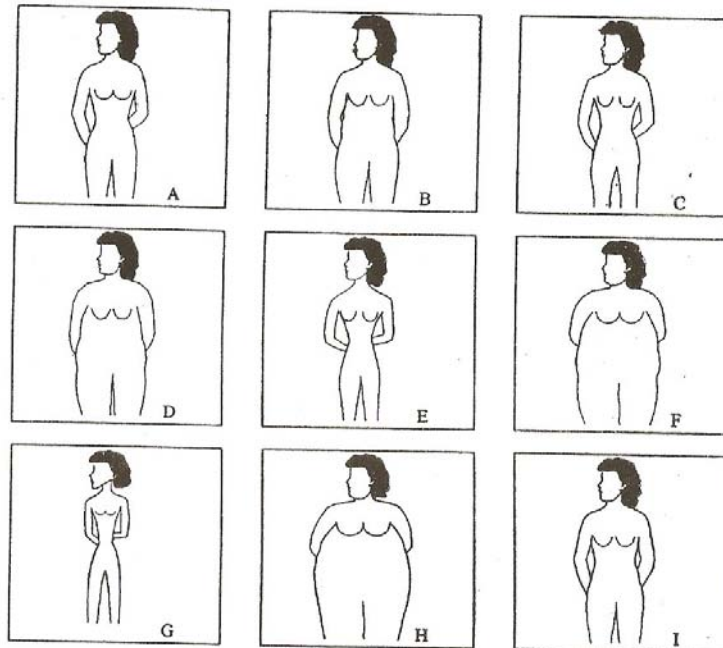
En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas.

A	B	C	D	E
Totalmente falso	Falso	A veces falso A veces cierto	Cierto	Totalmente cierto

124.No siento apetito o ganas de comer	A	B	C	D	E
125.Siento que mi forma de comer se sale de mi control	A	B	C	D	E
126. Mi problema es empezar a comer, pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	A	B	C	D	E
127.No soy consciente (no me doy cuenta de cuanto como)	A	B	C	D	E
128. Siento que no puedo parar de comer	A	B	C	D	E
129. Como sin medida	A	B	C	D	E
130. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer	A	B	C	D	E
131. Difícilmente pierdo el apetito	A	B	C	D	E
132. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	A	B	C	D	E
133. No tengo problemas con mi forma de beber	A	B	C	D	E
134.Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	A	B	C	D	E
135.Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	A	B	C	D	E
136.No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo	A	B	C	D	E
137.Soy de las (los) que se hartan (se llenan) de comida	A	B	C	D	E
138.Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas.	A	B	C	D	E
139.Pertenezco al club” de los que para controlar su peso se saltan las comidas	A	B	C	D	E
140.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	A	B	C	D	E

141. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	A	B	C	D	E
142. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	A	B	C	D	E
143. Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come	A	B	C	D	E
144. Me avergüenzo de comer tanto	A	B	C	D	E
145. Me deprimó cuando como de más	A	B	C	D	E
146. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	A	B	C	D	E
147. Siento que como más rápidamente que la mayoría de la gente	A	B	C	D	E
148. No tengo control sobre mi forma de comer	A	B	C	D	E
149. Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso	A	B	C	D	E

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



En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera en Como Te Sientes Ahora Mismo.

A	B	C	D
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente

151. Me siento calmado	A	B	C	D
152. Me siento seguro	A	B	C	D
153. Estoy tenso	A	B	C	D
154. Estoy contrariado	A	B	C	D
155. Estoy a gusto	A	B	C	D
156. Me siento alterado	A	B	C	D
157. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	A	B	C	D
158. Me siento descansado	A	B	C	D
159. Me siento ansioso	A	B	C	D
160. Me siento cómodo	A	B	C	D
161. Me siento con confianza en mí mismo	A	B	C	D
162. Me siento nervioso	A	B	C	D
163. Me siento agitado	A	B	C	D
164. Me siento a punto de explotar	A	B	C	D
165. Me siento reposado	A	B	C	D
166. Me siento satisfecho	A	B	C	D
167. Estoy preocupado	A	B	C	D
168. Me siento muy excitado y aturdido	A	B	C	D
169. Me siento alegre	A	B	C	D
170. Me siento bien	A	B	C	D

En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera en Como Te Sientes Generalmente.

A	B	C	D
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente

171. Me siento bien	A	B	C	D
172. Me canso rápidamente	A	B	C	D

173. Siento ganas de llorar	A	B	C	D
174. Quiero ser tan feliz como otro parecen serlo	A	B	C	D
175. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	A	B	C	D
176. Me siento descansado	A	B	C	D
177. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	A	B	C	D
178. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	A	B	C	D
179. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	A	B	C	D
180. Soy feliz	A	B	C	D
181. Tomo las cosas muy a pecho	A	B	C	D
182. Me falta confianza en mi mismo	A	B	C	D
183. Me siento seguro	A	B	C	D
184. Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y dificultades	A	B	C	D
185. Me siento melancólico	A	B	C	D
186. Me siento satisfecho	A	B	C	D
187. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	A	B	C	D
188. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	A	B	C	D
189. Soy una persona estable	A	B	C	D
190. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	A	B	C	D

191. Soy una persona con muchas cualidades:

- A) acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

192. Por lo general, si tengo algo que decir, lo digo:

- A) acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

193. Con frecuencia me avergüenzo de mi misma:
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
194. Casi siempre me siento segura de lo que pienso
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
195. En realidad no me gusto a mi misma.
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
196. Rara vez me siento culpable de las cosas que he hecho
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
197. Creo que la gente tiene buena opinión de mí:
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
198. Soy bastante feliz
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
199. Me siento orgullosa de lo que hago:
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo
200. Poca gente me hace caso
A) acuerdo
B) me es indiferente
C) en desacuerdo

201. Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera:

- A) De acuerdo
- B) Me es indiferente
- C) En desacuerdo

202. Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente

- A) De acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

203. Casi nunca estoy triste:

- A) De acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

204. Es muy difícil ser uno mismo:

- A) De acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

205. Es fácil que yo le caiga bien a la gente

- A) De acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

206. A veces desearía ser más joven

- A) De acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

207. Por lo general, la gente me hace caso cuando le aconsejo:

- A) De acuerdo
- B) me es indiferente
- C) en desacuerdo

208. Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer:

- A) De acuerdo**
- B) me es indiferente**
- C) en desacuerdo**

209. Con frecuencia desearía ser otra persona

- A) De acuerdo**
- B) me es indiferente**
- C) en desacuerdo**

210. Me siento bastante segura de mi misma:

- A) De acuerdo**
- B) me es indiferente**
- C) en desacuerdo**

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books.
- Adler, A. (1968). *Superioridad e interés social: una colección de sus últimos escritos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Agras, W. (1988). *Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. NY: Pergamon Press.
- Ahumada, M. (1987). *La autoestima, rol social y nivel socioeconómico en las aspiraciones de la mujer*. Tesis de licenciatura . Fac. De Psicología. UNAM
- Allport, G. (1961). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ta. edition. DSM – IV. Washington. D.C., APA.
- APA. (2000) DSM-IV TR, “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Bednar, L. R., Wells, G. M. & Peterson, R. S. (1993). *Self – steem: paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Bermodo, M. & Collado, R. (2001). *Obesidad algo más que un problema de peso*. México: Paídos
- Berscheid, E. W. E., (1973). *Body Image. The happy American Body: survey report* Psychology Today. 7. 119-131.
- Benítez, M. (2006). *Autoconcepto y trastornos alimenticios*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. Facultad de Psicología.
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (1997). *Como llegar a ser autoresponsable*. México: Paidós.
- Branden, N. (2003). *La autoestima en el trabajo*. Paidós Plural.
- Branden, N. (2004). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bumeister, R. (1993) *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum
- Burns, R. B. (1979). *The self concept: theory measurement, development and behavior*. London: Longman.
- Cano, A.; Castaño, J.; Corredor, D.; García, A.; González, M.; Lloreda, O. et al. (2007). *Factores de riesgo para trastornos de la alimentación en los alumnos de la Universidad de Manizales*. MedUNAB; 10:187-194.
- Carretero C. (2005) *Coordinadora del programa de formación y prevención de la ACAB (Asociación contra la Anorexia y la Bulimia) tomado en (10/10/2005)*:

- <http://www.educaweb.com/EducaNews/interface/asp/web/NoticiasMostrar.asp?NoticialID=733&Seccioid=1100>
- Cía A. (2002). La ansiedad y sus trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Argentina: Polemos.
- CIE-10. (2000). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana.
- Consumer, (2007). En <http://www.adelgazar.net/n07071.htm>
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: W. H. Freeman.
- Cortes, H.; Díaz, A.; Mejía, C. & Mesa, J. (2003). Trastornos de la alimentación: su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y segundo año. Revista CES Medicina. Vol 17 No. 1 Enero-julio. Pp 33-45.
- Cueli, J. & Reidl, L. (1979). Teorías de la personalidad. México: Trillas.
- Davies, L. (1984). Percalved somatotype, body catexis and attitudes toward clothing among college females. Perceptual and motor skills. 58. 883-886.
- De la Gándara M., Fuentes J. (1999). Angustia y ansiedad, causas, síntomas y tratamiento. España: Pirámide.
- Dulanto, G. E. (2000). El adolescente. México: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- Fitts, (1965). Tennessee self-concept scale. Los Angeles California.
- Fromm, E. (1973). La familia. Barcelona: Península.
- Gaarder, J. (2004). El mundo de Sofía. México: Patria.
- Gama, E. (1999). Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México: Faculta de de Psicología.
- García, S. (2001). La comorbilidad y la cronología de la aparición de los trastornos de ansiedad en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Información clínica, 12, 20-21.
- Garfinkel, P. & Garner, D. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Brunner/Mazel.
- Godart, N.; Flament, M.;Perdereau F. & Jeammet, P.(2002). Comorbidity between eating disorders ans anxiety disorders: A review. International Journal of Eating Disorders, 32, 253-270
- Gómez, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión en la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 12, 2, 185-197.
- Gómez, G. (1996). Anorexia Nerviosa. España: Pirámide.

- Gómez, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología* 10, (1): 17-27.
- Gómez, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? *Revista de Psicología y Ciencias Sociales*, (2), 27-33.
- Gómez, G. (2002). Trastornos de la alimentación anorexia, bulimia y obesidad. <http://www.tucomunidad.unam.mx/files%20html/anorexia.htm>. recuperada el 24/09/2002.
- Gómez, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. & Unikel, C. (2001). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestra del género masculino. *Revista de psicología contemporánea*, 7 (1), 4-15
- Gómez, G.; Pineda. G. G., L. Éspérance, P. Hernández A. A., Platas, A., S. & León, H. R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista mexicana de psicología*, 19 (2), 125-132.
- Grinder R. (1976). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Grinder, R. (1987). *Adolescencia*. México. Limusa.
- Harmachek, D. E. (1981), *Encuentros con el yo*. México. Interamericana.
- Hernández, A. (2000). Trastornos de la alimentación: percepción de la relación materna y la imagen corporal en adolescentes mexicanos.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodologías de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hill A. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year old girls. *British Journal of Clinical Psychology*.
http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b002
- James, W. (1890). *Principios de psicología*. Madrid: D. Jorro.
- James, W. (1989). *Principios de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jiménez-Flores, J. (2005). Autoestima en madres de familia: análisis etiológico de predictores en la crianza y la historia personal. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw-Hill.
- Lerner R. Karabenick. (1974). Relations among physical attractiveness, and body attitudes, and self-concept in male and female collage students. *Journal of Psychology* 85. 119-129.
- Lugli, Z. & Vivas, E. (2006) Trastornos de alimentación, factores socioculturales, creencias de control y dietas. *C. Med. Psicosom*, N° 79 / 80 – 2006. pp 23-32.
- Mendizábal, E. (2000). Autoestima y motivación de logro en mujeres con estudios de licenciatura y mujeres con estudios técnicos. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: UniSon.
- Morris, S. (1992). *Manual práctico de neurología*. Madrid: Diorki.
- NOM-043-SSA2-2005. Norma Oficial Mexicana. Servicio básico de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. México: Secretaría de Salud.
- Olaya, F. (2004). Estrategias para elevar el nivel de autoestima en los docentes desde la perspectiva humanista. Tesis de Maestría. México: La Salle.
- Oñate, M. (1989). *El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Madrid. Narcea.
- Ortiz H. (2003). Un instrumento para la medición de la conducta alimentaria compulsiva. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J. & Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de lima metropolitana. *Psychology International*, Volume 18, Number 4, Appendix. pp 1-25.
- Perpiñá, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. Ponencia presentada en Jornadas sobre trastornos del comportamiento alimentario. Marzo: Barcelona.
- Pieron, H. (1974). *Diccionario de Psicología*, Buenos Aires: Kapelusz.
- Pope. A. McHale. S. M. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Londres: Psychology practioner guldebooks.
- Raich, R. M. (2000). *Imágen corporal*. España: Pirámide

- Raich, R. M. & Rosa, M. (1998). Definición, Evaluación del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, (2), 15-26.
- Raimbault, G. & Eliacheff, C. (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Argentina: Nueva visión.
- Reidl, L. (1981). Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 1 (2), 241-272.
- Rivera, J; Shamah, T; Villalpando, S; González de Cossío, T; Hernández, B. & Sepúlveda J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. Estado nutricional de niños y mujeres en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodríguez, M. (2006). *Autoestima e imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación en adolescentes hombres y mujeres*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM: Facultad de Psicología.
- Rojas M. (1998). *La ansiedad. Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. España: Ediciones temas de hoy.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Priston, N J: Princeton University Press.
- Saldaña, C. & Rossell, R. (2000). *Obesidad*. España: Diagrafic.
- Santo-Domingo, J.; Baca, E.; Carrasco, J. & García-Camba, E. (2002). *Manual de Psiquiatría*. España: Ars Médica.
- Secord, P., & Jourard, S. (1953). The appraisal of body catexis and self. *Journal of Consulting Psychology*. 17. 343-347.
- Sherman, R. & Thompson, R. (1999). *Bulimia: A guide for family and friends*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Silva, C. (2001). *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: estudio descriptivo*. Tesis de Maestra en Psicología Clínica. UNAM. Facultad de Psicología.
- Soriguer, J. y c., Esteva, I. & García, J. (1994). Significado clínico del tipo de distribución de la grasa corporal. En J. C. Soruguer. (Coor). *La obesidad*. Monografía de la sociedad Española de Endocrinología. Madrid: Díaz Santos.

- Spielberger & Díaz-Guerrero. (1975). Inventario de ansiedad-estado (IDARE). México: Manual Moderno.
- Spielberger C. (1980). Tensión y ansiedad. México: Dimsa.
- Thompson J. (1990). Body Image disturbance: Assesment and treatment. Nueva York: Pergamon.
- Tisera, L. G. (1996). Anorexia y Bulimia. Argentina: Homo Sapiens.
- Toro J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad. España/Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2004). Riegos y Causas de la Anorexia Nerviosa. España: Ariel.
- Unikel, C.; Saucedo, T.; Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 y 18 años. Revista Salud Mental. Vol. 25, No. 2. abril, pp 49-57.
- Usmiani, S., Danilok, J. (1997). Mothers and their adolescents daughters: relationship between self-esteem, gender role identify, and Body Image. Journale of Youth and Adolescence. 26 (1). 45-62.
- Vallejo J., Gastó C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona : Masson
- Varela P. (20002). Ansiosa-mente, claves para reconocer y desafiar la ansiedad. España: La esfera de los libros.
- Walcott, D., Pratt, H. & Patel, D. (2003). Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues. Journal of Adolescent Research, 18, 223-243.
- Wardle J. (1986). Restrin body image and food attitudes in children from 12 to 18 years, Appetite 7, 209-217.
- Wyle, R. (1979). The self concept. Lincoln. University of Nebraska.
- Young P. (1979). Como comprender mejor nuestro sentimientos y emociones. México: Manual Moderno.
- Zellner D. (1989). Effects of eating abnormalities and gender of perceptions and desirable body shaps. Journal of Abnormal Psychology, 98, 1, 93-96.