

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS CON  
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO  
EN ADOLESCENTES**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA:

**TERESA CASTELLANOS VILLASEÑOR**

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE DEL 2013.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos

“Mirarse a sí mismo con buenos ojos, aceptar lo que uno es y lo que tiene y decirse todos los días frases amables, es la mejor medicina para la salud y el bienestar.”(Anónimo).

Con esta frase quiero dedicarle mi agradecimiento a las personas que me dedicaron su tiempo para hacer posible la realización de la presente tesis. A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre, porque ha sido un apoyo para mi desde el principio hasta el fin de la misma, al igual que no hubiera podido haberla realizado sin el tiempo que invirtió Silvia Platas Acevedo en mis correcciones, además de todo esto por su calidad humana. A los directivos de la escuela preparatoria particular donde me permitieron muy amablemente realizar la presente investigación. A los sinodales Dra. Corina Cuevas R, Dr. Jorge Pérez E, Mtra. Miriam Camacho V y Mtro. Rafael Luna S, que me brindaron su tiempo para la revisión de la misma.

Principalmente quiero agradecer a mis padres y mis hermanos por serlo y por su apoyo incondicional, al igual que a mis amigas y amigos que fueron un aliciente en momentos difíciles y que me apoyaron para terminar la carrera y realizar la presente tesis. Por último quiero agradecer a mis hijos Liliana Vanessa, Alejandro y Luis Eduardo por ser el motor de mi vida. Y esperando que con este ejemplo se motiven para terminar sus estudios. Por último quiero agradecer a mi esposo José Luis por su apoyo incondicional.

Y sin olvidar por supuesto a Dios que espero siempre nos acompañe.

# Índice

## Contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>2</b>
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>5</b>
Depresión.....	5
Definición de depresión.....	5
Cuadros de depresión.....	6
Síntomas .....	6
Tipos de depresión.....	6
Evaluación diagnóstica .....	7
Depresión aprendida .....	8
Depresión en las mujeres .....	9
Depresión en los varones .....	10
Depresión de adolescentes.....	10
Detección de la depresión en adolescentes .....	11
La familia, el control parental y su relación con la depresión .....	12
Escuela y depresión .....	15
Depresión y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). .....	15
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>18</b>
Ansiedad .....	18
Definición de ansiedad .....	18
Trastornos de ansiedad .....	19
Síntomas .....	20
La ansiedad y las fobias.....	20
Relación entre ansiedad y depresión. ....	21
La relación entre la ansiedad y el miedo. ....	22
Los factores genéticos, medioambientales en el desarrollo de la ansiedad. ....	23
De donde proviene la ansiedad en el adolescente.....	24
Ansiedad en el adolescente con respecto al sexo. ....	25
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>27</b>
Estrés .....	27
Definición de estrés .....	27
Perspectiva psicológica y medio-ambiental del manejo del estrés.....	31
Género y estrés .....	33
La familia y el estrés.....	33
Técnicas de relajación utilizados en ansiedad y estrés. ....	34
<b>Capítulo 4</b> .....	<b>35</b>
Trastornos de la conducta alimentaria .....	35
Bulimia Nervosa (BN).....	36
Anorexia nervosa (AN) .....	38
Trastorno de la Conducta Alimentaría No Especificado. (TANE).....	41
Índice de Masa Corporal.....	41
Índice de Masa corporal (IMC) en adolescentes .....	42

Factores de riesgo de los TCA.....	42
Factores del desarrollo de los TCA .....	44
Teorías que explican los TCA. ....	45
Medios de comunicación y Trastornos de la Conducta Alimentaria.....	51
Antecedentes del estudio de los TCA en México.....	53
Trastornos de la alimentación y sexualidad.....	55
La familia como precursora del trastorno de la conducta alimentaria.....	56
Beneficios secundarios de padecer un Trastorno Alimentario .....	57
<b>Capítulo 5</b> .....	<b>59</b>
Adolescencia.....	59
Definición de adolescencia.....	59
Factores individuales, sociales e interpersonales en el adolescente. ....	60
La adolescencia y los estereotipos.....	62
La adolescencia como periodo de cambio.....	64
La familia y los adolescentes.....	66
El suicidio en adolescentes con conducta alimentaria de riesgo. ....	67
Factores que pueden desencadenar problemas alimentarios en los adolescentes.....	68
<b>Capítulo 6</b> .....	<b>72</b>
Metodología.....	72
<b>Capítulo 7</b> .....	<b>78</b>
Resultados.....	78
<b>Capítulo 8</b> .....	<b>89</b>
Discusión y conclusiones.....	89
Referencias .....	93
<b>Anexo</b> .....	<b>101</b>

## Resumen

La presente investigación forma parte de un proyecto mayor y tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión, ansiedad y estrés, con las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes. **Instrumentos** se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck, inventario de depresión de Zung, la escala ansiedad alimentario y Escala de Factores de Riesgo Asociados a los Trastornos Alimentarios. La **muestra** fue de tipo no probabilística con una N=205 mujeres adolescentes estudiantes de preparatoria particular. **Procedimiento** la aplicación fue de manera colectiva en los salones de clase. Los **resultados** arrojaron que principalmente las adolescentes con mayores índices de estrés presentaron puntajes más altos en cuanto a los factores de riesgo asociados con el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria. En el caso de la variable ansiedad y depresión desafortunadamente los datos estadísticos encontrados no nos permitieron corroborar esta relación por tal motivo no se aceptaron las hipótesis de trabajo donde éstas tienen influencia. Posiblemente este resultado debió a que la muestra no era lo suficiente grande por lo que se sugiere se realicen estudios posteriores con una muestra más grande.

## Introducción

Uno de los aspectos más antiguos y complicados en muchas culturas y que ejerce una profunda influencia en el comportamiento de la gente es el relacionado con sus hábitos alimentarios, así, el antecedente cultural determina lo que hay que comer, que proporciones hay que comer, de qué manera y en qué ocasión. La comida se encuentra dotada de un sinnúmero de ideologías, valores complejos, creencias religiosas, valores de prestigio, así como experiencias interpersonales y emocionales. Los dulces por ejemplo en la niñez tienen un significado de recompensa, de algo bueno y merecido, son conocidos por todos como el alimento favorito de los niños, mientras que para las personas que hacen dieta el hecho de comer dulces o consumir un postre es malo y está asociado al fracaso.

Estos ejemplos nos hacen ver que tenemos que evaluar como profesionales todos los factores que intervienen en una persona para conocer su actitud hacia el manejo de la comida, ya que en cada lugar la actitud hacia la comida es diferente. El aspecto evaluativo de "bueno" o "malo" hacia el sobrepeso influye de manera determinante en la persona

La literatura indica por ejemplo que en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la anorexia, la bulimia nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TANES) están involucrados factores tanto de moda y otras exigencias culturales, donde la delgadez es el modelo a seguir. La relación entre estos patrones socioculturales como la moda y la relación entre depresión, ansiedad y estrés en el individuo adolescente causan conflictos internos por lo que tienden a desarrollar conductas alimentarias de riesgo, como ayunos, vómito auto inducido, utilización de laxantes, inconstancia tanto en los horarios de alimentación como en la cantidad, ejercicio físico en exceso, etc. La aparición de este comportamiento alimentario normalmente empieza entre los 14 y los 16 años. La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los TCA dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos, además de la presión de los estereotipos fomentados por los medios de comunicación y las modas. Por lo tanto en la dificultad para alcanzar la meta de tener una figura delgada se favorece un círculo vicioso entre (ansiedad, depresión y estrés con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo).

Así dentro de los múltiples términos que vamos a utilizar se encontrará a la conducta alimentaria, que se entiende como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina . 2003). La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo(CAR) y trastorno de la conducta alimentaria(TCA), en los cuales los patrones de ingestión se ven distorsionados. Por otro lado se entiende la depresión como un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente y de acuerdo con Belló, M. Puentes-Rosas, E. Medina-Mora, M. y Lozano, R. (2005) el 20% de la población mundial padecerá depresión en alguna etapa de su vida, para el año 2020 la depresión será la segunda causa de reducción de vida saludable para las personas, presentándose ésta con mayor frecuencia en las mujeres. La ansiedad es definida como una anticipación de un daño o desgracia futuros. Es una señal de alarma que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (Rojas, 2001), se calcula que el porcentaje de la población que padece ansiedad oscila entre el 10 y el 20% dependiendo si es población urbana o rural. El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas y una de las situaciones más frecuentes del hombre moderno. En los países desarrollados los padece más de la mitad de la población (Rojas, 2001) y se define como las reacciones fisiológicas y psicológicas no placenteras, a estímulos nuevos, demandantes y frecuentemente persistentes.(Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005). Es por ello que el objetivo de la presente investigación es determinar la relación entre depresión, ansiedad y estrés, con las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes. El Capítulo 1 nos ofrece información general acerca de Depresión, como síntomas, tipos, evaluación diagnóstica, detección en adolescentes y su relación con los TCA.

El Capítulo 2 presenta información acerca de Ansiedad, los trastornos de ansiedad, ansiedad en el adolescente como los factores genéticos y medio-ambientales en el desarrollo de la ansiedad.

En el Capítulo 3 se encuentra información acerca de estrés, sus síntomas, la perspectiva psicológica y medio-ambiental del manejo del estrés, la familia y el estrés.

El Capítulo 4 nos proporciona información general acerca de los TCA, como bulimia, anorexia nervosa y los TANE, factores de riesgo en el desarrollo de los TCA, medios de comunicación y su influencia, beneficios secundarios de padecer un trastorno alimentario.

En el Capítulo 5 expone información acerca de la adolescencia, su definición, los estereotipos en la adolescencia, la familia y los adolescentes, factores que pueden desencadenar problemas alimentarios en los adolescentes.

En el Capítulo 6 dedicado a la metodología se explican los objetivos tanto de la investigación como los objetivos específicos, el planteamiento del problema, preguntas de investigación como la hipótesis. Se mencionan las variables y sus definiciones, la muestra, los instrumentos y el procedimiento.

En el Capítulo 7 se mencionan los resultados, los datos encontrados en cuanto a las características de la población, descripción de las variables de estudio, el análisis de correlación, como la comprobación de las hipótesis.

Por último en el Capítulo 8 dedicado a la discusión y conclusiones se describe un panorama general de los datos y resultados obtenidos comparados con algunos estudios realizados en esa área, además de las sugerencias y limitaciones.

# Capítulo 1

## Depresión

### **Definición de depresión.**

La depresión (del latín *depressus*, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente.

La depresión afecta muy negativamente en diversas áreas de la personalidad y en la manera en que actuamos, influye en la manera en que sentimos o pensamos sobre nosotros mismos, sobre los otros o sobre la vida, y sobre todo en cuanto a las relaciones, lo que llamamos el funcionamiento interpersonal. La depresión es algo tan común, que muchas personas alguna vez en la vida experimentan algo de depresión. (Crispo, Figueroa y Guelar 1996)

De acuerdo con Belló, Puentes, Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005) 20% de la población mundial padecerá depresión en alguna etapa de su vida, para el año 2020 la depresión, será la segunda causa de reducción de vida saludable para las personas, especialmente para aquellos que viven en países desarrollados. Señalan que la depresión se da con más frecuencia en el sexo femenino, y a mayor grado de escolaridad mayor depresión.

Afortunadamente, el porcentaje de personas que padecen una depresión severa es muy bajo comparado con la depresión suave o moderada. En México algunos estudios reportan que alrededor del 15% de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos se presentan en menores, es decir, que cinco millones de niños y adolescentes sufren algún problema de salud mental, de los cuales, la mitad requiere de una atención especializada integral. Uno de los problemas de salud mental que se ha incrementado en los últimos años en población adolescente es la depresión, por ejemplo, Calderón (1999) reporta que la segunda causa de internamiento psiquiátrico en menores es por depresión. También Caraveo, Colmenares y Martínez (2001) estimaron la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños y adolescentes, y encontraron que dentro de los síntomas más frecuentes son en relación al trastorno depresivo (6.3%).

## **Cuadros de depresión**

La Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 2000) refiere los siguientes cuadros de depresión:

- 1.-Depresión mayor, episodio único: síndrome depresivo completo, de días o meses de duración
- 2.-Depresión mayor, recurrente: varios episodios de depresión mayor
- 3.-Distimia: estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años.
- 4.-Trastorno depresivo no especificado, grupo residual para los cuadros depresivos atípicos. (pp.412).

## **Síntomas**

Los principales síntomas de los cuadros depresivos son:

- 1.-El estado de ánimo deprimido.
- 2.-La pérdida de interés o de la capacidad de experimentar placer.
- 3.-La agitación o el enlentecimiento psicomotor.
- 4.-La disminución de la energía.
- 5.-Los sentimientos de inutilidad, ruina, culpa, o de responsabilidad por desastres que ocurren más allá de toda posibilidad real.
- 6.-También son habituales las alteraciones del sueño, del peso, del apetito y del deseo sexual. (pp.427).

## **Tipos de depresión**

La clasificación más útil y clara en la depresión según Vallejo (2006) es la que establece los tipos según su causa:

- 1.-Depresión orgánica o somatogena, con una causa médica conocida y detectable ( trastornos tiroideos, anemias, infecciones virales, parkinsonismo, arteriosclerosis cerebral, etc.) o por medicamentos ( los anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, barbitúricos, etc.)

Estas depresiones se manifiestan con frecuencia como estados de cansancio, somnolencia, anorexia; que por síntomas más claros de depresión (tristeza, llanto, desesperanza, etc.), por lo tanto el tratamiento debe ser el de la causa orgánica que provoca el cuadro clínico.

2.- Depresión endógena o melancólica, se consideran de naturaleza constitucional hereditaria y por tanto neurobiológicas. Se suponen en un 20-25% de todas las depresiones y suelen ser recurrentes.

3.- Depresión de causa psicosocial, cuya naturaleza se vincula con conflictos psicológicos personales (llamadas depresiones neuróticas o distimias) o con una respuesta emocional patológica a conflictos desencadenantes externos (conocidas como depresiones reactivas o trastornos adaptativos depresivos). (Montaño, 20011 pp.11-12).

### **Evaluación diagnóstica**

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos que se dieron anteriormente.

En el caso particular de los adolescentes se deben tener en cuenta los siguientes elementos cuando se diagnostica un trastorno depresivo: la forma y gravedad del episodio depresivo, la funcionalidad del adolescente en su medio y las actividades que realiza y su capacidad para enfrentar los contenidos depresivos particulares en su mente.

De igual manera, contribuyen a la evaluación y al tratamiento del trastorno depresivo variables como: la capacidad de la familia para ofrecer apoyo, las relaciones con el grupo y la existencia de otros recursos en la red social (Dallal y Castillo, 2000).

Aunque el modelo para el análisis de la depresión ha sido el conocimiento de cómo se manifiesta ésta en la edad adulta, los expertos en el desarrollo del adolescente enfatizan que hay una serie de puntos que deben ser señalados:

- 1.- Los adolescentes deprimidos tienden a tener síntomas más agudos de desamparo, falta de placer, desesperación y cambios de peso que los adultos que padecen este problema.
- 2.- Los episodios de depresión en la adolescencia tienden a combinarse de manera más frecuente con periodos de funcionamiento inadecuado, seguidos de un buen funcionamiento.
- 3.-Es más probable que la depresión lleve a los adolescentes al abuso de sustancias, a embarazos no deseados y conductas violentas, especialmente hacia ellos mismos con frecuentes intentos de suicidio en muchos casos.

El suicidio entre adolescentes deprimidos es una de las preocupaciones más importantes de este padecimiento, ya que los intentos de suicidio en la adolescencia tienden a ser más efectivos que en otras etapas de la vida. De acuerdo con Puskar, Sereika y Mumford (2003) 90% de los adolescentes norteamericanos que cometen suicidio, tenían un diagnóstico de depresión, citados en (Vallejo, Osorno y Mazadiego, 2008, pp.47-48).

Existen varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo. Entre ellos encontramos la escala auto aplicada de depresión de Zung, desarrollada en 1965 y fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país Conde y cols (1970) y ha tenido una amplia difusión.

### **Depresión aprendida**

Probablemente el modelo psicológico de mayor utilidad para explicar la “depresión” es el desarrollado por Seligman (1975), quien comenzó sus investigaciones acerca de la depresión estudiando la reacción que tenían ciertos perros ante unos choques eléctricos. Seligman empleó tres grupos de perros: al primer grupo se les daba un choque eléctrico del cual podían deshacerse con tan solo apretar un panel con la nariz y automáticamente la corriente eléctrica dejaba de circular por la jaula, el segundo grupo recibió el mismo choque eléctrico que el primero, pero dependían de los perros del primer grupo para escapar, porque sólo dejaban de recibir el choque eléctrico cuando un perro del primer grupo apretaba el panel antes mencionado ya que en el segundo grupo no había palanca para cortar el circuito eléctrico.

En otras palabras, los perros del primer grupo eran los que tenían control de la situación y los del segundo dependían de la respuesta de estos. El tercer grupo no recibió choque eléctrico alguno. Una vez concluida esta parte del experimento los perros fueron colocados en un cajón electrificado que tenía una pequeña barrera que los perros podían saltar para llegar al otro lado y así escapar del choque eléctrico. Lo interesante fue que los perros pertenecientes al primer y tercer grupo; es decir los que habían tenido control de la situación sobre los choques eléctricos, aprendieron en cuestión de segundos la forma de escapar y así lo hicieron. Los perros del segundo grupo, por su parte no hicieron ningún esfuerzo para escapar del choque eléctrico, sino que sencillamente se acostaban y gemían. Habían aprendido a sentirse y comportarse como si estuviesen totalmente desvalidos. Posteriormente Seligman y sus colaboradores demostraron que muchos seres humanos actúan de forma similar ó son más propensos a la depresión. (Abramson y Seligman, 1978). Con relación a los “trastornos alimentarios” la depresión aprendida nos aporta la idea de que las personas con problemas de TCA no han aprendido a solucionar sus problemas, solo se deprimen y actúan de forma destructiva con su organismo.

### **Depresión en las mujeres**

Según Velar y Oren (1997) las hormonas sexuales femeninas parecen modular de alguna manera el desarrollo y la gravedad de los cuadros depresivos. La depresión en la mujer frecuentemente es casi el doble de la del varón. Quizás factores hormonales (estrógenos y progesterona) podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual.

Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al sexismo (género). La discriminación del género femenino con su consecuente estrés, falta de recursos económicos y determinados valores socio-culturales se relacionan con menos autoestima en las mujeres, así como más problemas psicológicos. (Whooley y Browner, 1998).

Muchas mujeres que tienen un trastorno alimentario, especialmente la bulimia nerviosa (BN), muestran signos clínicos de depresión. Pero se sabe poco acerca de la depresión en los trastornos alimentarios; queda poco claro si es la depresión la que provoca parte de los trastornos alimentarios o viceversa. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

## **Depresión en los varones**

Aunque la prevalencia global de depresión es inferior entre los varones, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre.

La depresión puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo (Mann, Wateraux, y Haas, 1999).

## **Depresión en adolescentes**

Los jóvenes son uno de los grupos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social (Blum, 2000).

Klin, Dougherty y Olinio (2005) indican que durante muchos años no se aceptaba que la depresión se presentara entre los adolescentes, es hasta 1980 que esta es aceptada como padecimiento que pueden presentar tanto niños como adolescentes. Melliny Beamish(2002), indican que el inicio del trastorno de depresión mayor comienza entre los 13 y 19 años; además de que la presencia de trastornos depresivos en la adolescencia es de los predictores mas importantes de la depresión en la adultez.

Steinberg (2005) considera que en su forma más leve, la depresión es el problema psicológico más frecuente de la adolescencia, además señala que 10% de los adolescentes estadounidenses presentan síntomas depresivos, de estos 5% presentan un síndrome depresivo y 3% caería en la categoría de desorden depresivo mayor.

## **Detección de la depresión en adolescentes**

La clasificación diagnóstica del (DSM-IV-TR, APA 2000), menciona que los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos.

Las diferencias que se encuentran, se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños. Mientras que el entumecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia.

Diversas investigaciones (Chess, 1983; Craig, 2001; Moss, 1988) han evaluado algunos factores que se asocian a la presencia de depresión en adolescentes, por ejemplo: un nivel socioeconómico bajo, altos niveles de estrés y ansiedad, abuso sexual, bajo desempeño académico relacionado con déficit de atención, baja autoestima, un temperamento de tipo difícil o inhibido, problemas de la conducta alimentaria, características de personalidad y factores familiares. (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

En los cuadros depresivos de los adolescentes hay cambios graduales. La aparición depresiva en estas edades no es el único criterio a tener en cuenta, es necesario atender los reportes de los adolescentes acerca de una mayor incidencia de síntomas de desesperanza y falta de capacidad para disfrutar lo que hacen. Además, es necesario fijarse otras referencias como la necesidad de dormir más y cambios en el peso corporal (Bernad, 2000). Klein y Steinberg (2005) hacen hincapié en algunas de las dificultades que existen para el diagnóstico de la depresión en adolescentes, por ejemplo señalan que la depresión durante la adolescencia suele presentarse con otros problemas como es el abuso de sustancias, problemas psicosomáticos y ansiedad, por mencionar algunos. Por otro lado, existe la tendencia de muchos profesionales a pensar que cualquier problema que manifieste un adolescente puede tener como causa una depresión enmascarada. Lo contrario puede ocurrir, cuando los padres y maestros aceptan el estereotipo de la adolescencia como etapa de problemas y tienden a minimizar los síntomas de los adolescentes pensando que son solamente aspectos normales de esta etapa de la vida y fallan en identificar a los adolescentes que verdaderamente están deprimidos.

## **La familia, el control parental y su relación con la depresión**

Como en otras etapas de la vida, la familia del adolescente juega un papel determinante en su estado emocional y ajuste psicológico. En esta etapa de la vida la búsqueda de autonomía hacia los padres como parte del desarrollo de la identidad del adolescente conduce a la reformulación de las relaciones entre padres e hijos.

Si bien, son diversos los factores que se asocian al desarrollo de depresión en adolescentes, existe evidencia empírica que apoya que la familia contribuye de manera importante en la explicación de este trastorno. Se ha encontrado que adolescentes con depresión descienden de familias que tienden a ser depresivas. Dentro de las variables familiares que se han estudiado se encuentran: el ambiente y la estructura familiar, el nivel socioeconómico, los conflictos dentro de la familia y algunas características propias de los padres. De acuerdo a González, Ramos y Caballero (2003) la investigación que se ha llevado a cabo en México sobre la depresión en adolescentes evalúa la relación de este problema con variables como rendimiento académico, abuso sexual, conflictos del adolescente con sus padres, discusiones entre padres y una mala relación con los padres ,además de intentos de suicidio. Algunas investigaciones se han enfocado en determinar cómo las prácticas parentales influyen en el desarrollo de depresión en adolescentes, específicamente el apoyo y el control parental. Por ejemplo Steinberg, (1990); Steinberg, Elmen y Mounts, (1989) sugieren que para comprender de manera más clara el constructo de control parental, hay que realizar la distinción entre control psicológico y control conductual.

Barber y Harmon (2002) definen el *control psicológico* como aquellas conductas de los padres que son intrusivas y manipulan tanto pensamientos como sentimientos de los adolescentes, este tipo de control incluye conductas como intrusividad, inducción de culpa, retiro del amor, chantaje y críticas excesivas. Por otro lado, definen al *control conductual* como aquellas practicas de los padres que regulan la conducta de los hijos a través de la guía y supervisión, este tipo de control incluye conductas como monitoreo y supervisión.

Varios estudios como los de Finkenaver (2005) y Laird (2001), apoyan que el control psicológico se relaciona de manera positiva con problemas de tipo internalizado en este caso con depresión. Otras investigaciones como las hechas por Cohn y Campbell (1992); Anderson, Seal y Lindner (1992) informan que los adolescentes con síntomas depresivos perciben a sus padres como intrusivos, rechazantes, autoritarios e inductores de culpa.

Respecto al apoyo parental los hallazgos de Kaufman y Ryan (1993) sugieren que los adolescentes con depresión perciben a sus familias significativamente menos cohesivas, con bajo apoyo, menos democráticas y más conflictivas en comparación con adolescentes sin depresión

Sin embargo, los resultados sobre el control parental no son del todo claros, esto debido a que por un lado, hay datos como los de Barber y Olsen (1997) donde sugieren que el control influye en el desarrollo saludable de los hijos, no obstante otras investigaciones como las de Campbell, Swing y Szumowski (1991), asocian al control parental con el desarrollo de problemas en adolescentes, entre ellos la depresión.

La extensa literatura sobre los estilos parentales aporta información importante acerca de la influencia de los padres en el desarrollo de los hijos. Betancourt, Andrade y Orozco (2008) a partir del uso de (Escala de control parental de Betancourt y Andrade), y el inventario de depresión de Beck adaptado en población mexicana, nos muestran que la “depresión moderada y severa” se presenta con mayor frecuencia en adolescentes cuyas madres ejercen un alto control psicológico y un bajo control conductual.

Los hallazgos de la investigación son relevantes en varios sentidos, por una parte, las autoras antes mencionadas encuentran diferencias en los niveles de depresión por sexo ya que la depresión moderada y severa se presenta con mayor frecuencia en las mujeres en comparación con los hombres. Asimismo encuentran que un alto control psicológico afecta de manera negativa el desarrollo del adolescente, mientras que una mayor supervisión y guía de la madre contribuyen a bajos niveles de depresión (Andrade, Cabañas y Betancourt, 2008).

Sander y McCarthy (2005) indican que en la influencia que ejerce la familia en el desarrollo de la depresión de los hijos adolescentes, existen tres factores primordiales:

- A) La patología de los padres.
- B) Los estilos cognitivos de estos y
- C) El clima emocional que ellos promueven hacia los hijos.

Otro aspecto relevante de la familia relacionado con la depresión de los adolescentes es el relacionado al divorcio. Videon (2002) realizó un análisis de los efectos del divorcio en la depresión de los adolescentes que provienen de familias que pasan por este proceso; esta

autora señala que no se han estudiado las condiciones que imperan en dichas familias antes y después del divorcio, señalando que estos son fundamentales para entender los efectos que pueden tener la separación de los padres y en la mayoría de los casos la permanencia de los hijos con uno de ellos. En su análisis de la información longitudinal que obtuvo de los adolescentes estadounidenses, Videon encuentra que la depresión de las adolescentes tiene estrechos vínculos con la calidad de las relaciones que estos tienen con cada uno de los padres.

Esta autora enfatiza la necesidad de diferenciar el papel distinto que puede jugar la madre y el padre en los hijos e hijas; para los hombres los niveles de depresión que presentaron estuvieron relacionados con la relación que llevan con la madre, no siendo tan importante la relación con el padre. Para las mujeres los niveles de depresión que presentaron estuvieron relacionados con la calidad de la relación que ellas reportaban tener con su padre, la relación con la madre no fue significativa independientemente de con quién permanecieran viviendo después del divorcio. Este estudio es importante porque señala que muchos efectos del divorcio en el comportamiento de los hijos adolescentes, están relacionados con problemas que ya existían antes de divorcio y no propiamente un efecto de este.

En esta misma línea de la influencia de la familia en la depresión de los adolescentes, Davies y Cuings (1994) encontraron que los adolescentes que provienen de las familias con muchos desacuerdos entre los padres tienden a estar en graves riesgos de desarrollar problemas de agresión y delincuencia, así como “ansiedad y depresión”

Davies y Windle (2001) realizaron un estudio longitudinal con adolescentes donde evaluaron: el desacuerdo familiar, factores individuales de los adolescentes, como su temperamento, la historia de conductas problema durante la infancia y el nivel de apoyo que percibían los adolescentes por parte de los padres; los autores encontraron que los desacuerdos entre los padres agudizan los problemas de depresión en la adolescencia aunado a una historia de conductas problema en la infancia. (González, Ramos y Caballero, 2003).

## **Escuela y depresión**

Los adolescentes con depresión generalmente suelen presentar problemas con la escuela, ya que su rendimiento escolar es inferior, tienen mayor riesgo de deserción y de presentar problemas de conducta al interior de la escuela (Birmaher, 1996).

La escuela puede jugar un papel muy importante en la depresión de los adolescentes, la mayoría de los trabajos que abordan este tema hacen énfasis en el papel que la escuela puede tener en la detección y facilidades que se pueden brindar al interior de esta para ofrecer terapia a los adolescentes deprimidos.

Evans, Velsor y Schumcher(2002) hacen una serie de propuestas de cómo la escuela puede ayudar a prevenir la depresión en los adolescentes y además crear condiciones para facilitar al interior de la misma la realización de actividades terapéuticas para los adolescentes deprimidos, ya que la escuela es un espacio donde el adolescente pasa una gran cantidad de tiempo. Estos autores señalan un dato preocupante, acerca de que 70% de los niños y adolescentes de Estados Unidos con problemas no reciben ningún servicio de salud mental, por lo cual las escuelas pueden ser un espacio adecuado para desarrollar esos servicios tan importantes para el bienestar de los jóvenes.

## **Depresión y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).**

En los últimos años se ha avanzado bastante en la hipótesis de que existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos afectivos, más específicamente: la “depresión”. Por ejemplo se ha encontrado que la depresión es habitual en las personas con anorexia nervosa (AN), ellas mienten acerca de cuánto han comido y esconden sus vómitos y sus hábitos alimentarios peculiares. Las personas con bulimia nervosa (BN) presentan también en la mayoría de los casos, una psicopatología asociada con la depresión y la ansiedad, (Unikel, 2003).

Por otro lado en las personas con trastorno de atracón (TA) se encuentran regularmente historias de depresión, son pacientes con un mayor deterioro en el trabajo y funcionamiento social. (Guizado y Vaz, 2001)

En los adolescentes con síndrome depresivo y con episodios de (BN) y (AN) es muy frecuente que se presenten somatizaciones como; síntomas de gastritis, tendencia a la

hipertensión arterial, propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria. En algunos de estos casos, se habla del concepto de “depresión enmascarada.” Este concepto aplica también para adultos que muestran diversos síntomas físicos con un diagnóstico médico difícil de establecer (Dallal y Castillo, 2000).

En relación a este tema lo que no siempre queda claro es, ¿qué es lo que surge primero?, si la depresión o los (TCA).

Existen varias hipótesis acerca de este tema: (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996, pp.43-47):

1.- Que la depresión sea “causa” del trastorno del comer. Está hipótesis se basa en que muchos pacientes con anorexia o bulimia nervosa tienen historias de depresión previas al desencadenamiento de los trastornos alimentarios. Esto quiere decir que hay motivos específicos que llevaron a la persona a un estado de ánimo depresivo. Pueden haber sido motivos recientes: la muerte de algún ser querido muy significativo, la separación de los padres, un accidente, una enfermedad, etc.

O pueden haber sido motivos de larga data y que circunstancias específicas actuales desencadenen el estado depresivo. Por ejemplo, hijos de padre/madre depresivo o alcohólico, que viven habitualmente en un clima familiar bastante difícil. La conjunción de ese contexto familiar con, por ejemplo, la ruptura de un noviazgo es lo que precipita la depresión. Observamos que esos casos de trastorno depresivo aumenta la predisposición a una perturbación alimentaria: dejar de comer por el desinterés propio de quien está deprimido y todo le da igual.

2.-Que los trastornos del comer, entre sus múltiples consecuencias, provoquen un estado depresivo. A estos casos nos referíamos cuando dijimos que a veces la depresión puede ser “secundaria” a un trastorno del comer. Esto significa que comienza y se mantiene a partir de la pérdida de peso y/o del comportamiento alimentario caótico. O sea, que no solo no hay desencadenantes actuales de tipo psicológico que justifiquen el cambio de humor, sino que tampoco hay antecedentes personales, contextuales y/o familiares que puedan considerarse “causa” de un estado de ánimo depresivo de tal magnitud.

Para respaldar esta hipótesis se alega que es muy frecuente que muchas pacientes con bulimia o anorexia nerviosas mejoran su estado depresivo con el simple recurso de normalizar la ingesta y de alcanzar el peso normal. En esos casos parece evidente que la depresión era consecuencia directa del desorden alimentario.

- 3.- Que ambos estados (trastorno de comer y depresión) sean causados por un tercer factor, o sea, que existan, por ejemplo, anormalidades a nivel neurobiológico, que causen depresión o presenten una sintomatología similar a la de los trastornos del comer, como anorexia nerviosa o vómitos reiterados.
- 4.- Que varias de estas posibilidades sean ciertas al mismo tiempo en diferentes pacientes. Por ejemplo podría darse el caso de que en algunas pacientes la depresión favorezca el desarrollo de un trastorno de la alimentación, como una especie de mecanismo psicológico para regular un estado de ánimo, a través de evitar comer o de atracarse y luego vomitar. En otras podría ser a la inversa: que atrapadas en el círculo de atracones y vómitos que no pueden controlar, bajen los brazos, se desmoralicen y caigan en un estado depresivo.

En síntesis la depresión suele estar presente en los TCA y mejora en muchos casos una vez que se normaliza la ingesta y se alcanza un peso saludable; por lo tanto, cualquiera que sea el caso, es imprescindible recuperar un buen nivel de alimentación lo más pronto posible, porque eso ayudara a ajustar el diagnostico para saber cómo seguir, que tipo de terapia hace falta después de que la persona se ha normalizado a nivel orgánico.

Se ha hecho mención que en algunos de los pacientes con (TCA) es muy común encontrar síntomas de depresión. Se sabe que existe un componente “hereditario” en ciertas formas de depresión y es frecuente encontrar antecedentes de depresión en los familiares directos de algunas jóvenes con trastornos del comer. La terapia con medicación antidepresiva ha mostrado ciertos éxitos con estas pacientes, especialmente con las que padecen (BN), existe también una correlación entre la severidad de la depresión y la severidad de la (BN). (Crispo, Figueroa, Guelar, 1996).

## Capítulo 2

### Ansiedad

#### Definición de ansiedad

La ansiedad (del latín *anxietas*, “angustia”, “aflicción”) puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

En gran parte de la literatura médica *angustia* y *ansiedad* aparecen como términos sinónimos. En el diccionario ideológico de Sáinz de Robles (1975) se define la angustia como: aflicción, desconsuelo, desesperación. Y define a la ansiedad como: preocupación, intranquilidad, inquietud.

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. A esto se añade un estado de activación neurofisiológica. (Rojas, 2001).

Es importante entender la ansiedad como una sensación normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones. (Lobo y Campos, 1997)

Se calcula que el porcentaje de la población que padece ansiedad oscila entre el 10 y el 20%, dependiendo de que se trate de población urbana o rural y, por tanto, del ritmo de vida que se esté llevando. Si nos vamos a la consulta médico general, podemos observar que

aproximadamente el 30% de los enfermos que asisten a ella tienen ansiedad. También es importante señalar que la ansiedad sostenida durante mucho tiempo se convierte a largo plazo en trastorno psicósomático, podemos decir que fuertes tensiones emocionales, una ansiedad vivida durante mucho tiempo o un estrés crónico terminan por canalizarse hacia dentro y se dirigen hacia los órganos más expresivos del cuerpo: aparato digestivo, cardíaco y respiratorio preferentemente. (Rojas 2001).

La ansiedad, junto con el estrés y la depresión pueden provocar un episodio bulímico. Las personas con BN (en el caso específico de los atracones) a menudo utilizan el comer como una forma de relajarse ó de escapar del estrés o la ansiedad; por ejemplo después de una discusión doméstica, una enfermedad o la muerte de un familiar cercano, la preocupación por los exámenes, un cambio de trabajo, el fin de una relación, un divorcio o un embarazo, etc. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994)

## **Trastornos de ansiedad**

Existen criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes, la DSM-IV-TR APA 2000) y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS):

- 1.-Trastorno de angustia (con agorafobia o sin ella).
- 2.- Agorafobia
- 3.-Fobia específica
- 4.-Fobia social
- 5.-Trastorno obsesivo-compulsivo
- 6.-Trastorno por estrés postraumático
- 7.-Trastorno por estrés agudo
- 8.-Trastorno de ansiedad generalizada
- 9.-Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- 10.-Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- 11.-Trastorno de ansiedad no especificado (p.477)

## **Síntomas**

El trastorno de angustia (crisis de angustia o panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, sensación de asfixia y miedo a perder el control.

La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil, temor a los lugares abiertos.

La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

La fobia social se caracteriza por ansiedad a situaciones sociales.

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones y/o compulsiones que tratan de evitar la ansiedad.

El trastorno por estrés-postraumático se caracteriza por la re experimentación de acontecimientos altamente traumáticos.

El trastorno por estrés agudo ansiedad después de un acontecimiento altamente traumático.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad a una enfermedad grave. (pp.478)

Para detectar el trastorno de ansiedad se utilizan diferentes pruebas. Un ejemplo de ello es el Inventario auto aplicado de Ansiedad de Beck. Es un inventario que ha sido traducido de la fuente original publicada en 1988.

## **La ansiedad y las fobias.**

Los ataques de *ansiedad* o pánico suelen evolucionar hacia el mundo fóbico. La *fobia* es un miedo irracional, persistente, sobrecogedor, de una intensidad desbordante, que se acompaña del deseo impulsivo de evitar ese objeto, situación o persona que lo provoca. El individuo reconoce lo que le pasa, se da cuenta claramente de su trastorno, capta que tiene un miedo excesivo e irrazonable, ante un tipo específico de estímulo. Lo que hay en el

fondo de la fobia es la ansiedad, por ello la persona se protege y procura evitar ponerse en contacto con aquello que se lo provoca.

La clasificación clínica de las fobias son:

- 1.-Fobias traumáticas (se producen tras experiencias duras).
- 2.-Fobias hipocondriacas (miedo a las enfermedades)
- 3.-Fobias habituales en muchas personas (fobia a la muerte, al dolor, a la oscuridad, etc.)
- 4.- Fobias estéticas (como la fobia a engordar o la lipofobia)
- 5.- Fobias de expectación. (Fobia a los exámenes, a dar clase, a hablar en público, etc.).

(Rojas, 2001 p.143)

### **Relación entre ansiedad y depresión.**

La *depresión* y la *ansiedad* son los trastornos más característicos de la vida afectiva. Uno y otro representan las formas más frecuentes de experimentar las emociones y los sentimientos. De hecho la ansiedad y la depresión suelen ir juntas. Sin embargo, estos sentimientos son muy distintos el uno del otro.

La ansiedad es consecuencia de la percepción de peligro. La depresión es la sensación de tristeza y decaimiento cuando el peligro ya hizo estragos en la persona, se pierde interés por la vida y por las demás personas y existen sentimientos de desesperanza.

Por otro lado si la persona está deprimida se sentirá con ansiedad. Y si la persona está luchando contra la ansiedad, es posible que también se sienta deprimido.

¿A qué se debe esto? Los científicos no saben con seguridad porque van juntas la depresión y la ansiedad, pero existen cuatro teorías alternativas:

- 1.-Según la primera la primera teoría: la mayoría de las personas no son capaces de distinguir entre los diversos tipos de emociones.
- 2.-Según la segunda teoría: la depresión conduce a la ansiedad. Por ejemplo, si la persona ha estado deprimida, puede preocuparse por el hecho de sentirse anormal, inferior y desmotivada. Puede temer que la depresión obstaculice su trabajo o su vida personal, que no alcanzara nunca sus metas en la vida y que no volverá a sentirse feliz jamás.
- 3.-Según la tercera teoría; la ansiedad conduce a la depresión. No cabe duda de que la ansiedad, la timidez, las preocupaciones, las fobias y los ataques de pánico pueden obstaculizar el trabajo y la vida personal, sobre todo cuando la ansiedad es grave. Esto

puede resultar desmoralizador y deprimente. Algunas personas han padecido ansiedad durante años, e incluso durante décadas, a pesar de seguir tratamientos con medicamentos y con psicoterapia.

La vergüenza también es un rasgo fundamental de la ansiedad. Los sentimientos de aislamiento y de deficiencia pueden desencadenar fácilmente la depresión porque dificultan mucho la conexión cálida y abierta con los demás.

- 4.-La última teoría sobre la ansiedad y la depresión se llama “teoría de la causa común”. Según está, la ansiedad y la depresión comparten al menos una causa común, además de sus propias causas. Dicho de otro modo puede haber algo en el cerebro que desencadena al mismo tiempo diversos tipos de emociones, tales como la ansiedad y la depresión. (Burns, D.D. 2006 pp. 37).

### **La relación entre la ansiedad y el miedo.**

La *ansiedad* y el *miedo* se hallan tan íntimamente relacionados que, muy a menudo, no cabe establecer una clara distinción entre ambas partes. Por una parte “el miedo es la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar”. Es la respuesta a una situación real de la vida. Es racional, está en relación con una experiencia tal como está ocurriendo. Un accidente inminente de automóvil, un incendio, un telegrama urgente, amenaza nuestra tranquilidad y provoca el temor.

Sin embargo, “la ansiedad es un estado ampliamente diferente y difuso de aprensión”. La ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, es intangible. No se relaciona con un peligro específico. Se caracteriza por una rara sensación de que todo lo invade y abarca, un sentimiento de peligro que emana de una fuente desconocida. Se acompaña de una sensación de cambio junto con la de incapacidad para manejarlo, evitarlo o huir del mismo. La ansiedad halla su aliado en la impotencia. Mientras que el miedo se produce por algo, en la ansiedad (angustia) se produce por nada, de ahí que podamos decir, que el miedo es un *temor con objeto*, mientras que la ansiedad es un *temor impreciso carente de objeto exterior*. El equilibrio entre una amenaza y la reacción a la misma, acostumbra a guardar proporción. Cuando la ansiedad es grave, se destruye este equilibrio y deja de existir una relación razonable entre la intensidad de la causa y la fuerza de la reacción. (Rojas 2001).

El miedo y la ansiedad no pueden medirse con una regla métrica, un problema que será insignificante para una persona puede parecerle una montaña a otra. La solución de estos problemas depende de las energías físicas y de las reservas emocionales de cada individuo, cada persona lleva consigo su propio patrón de medida para las emociones. Cada medida se forma a base de experiencias personales, con el resultado de que nadie puede medir la ansiedad de otra persona. No hay faceta alguna de nuestra existencia cotidiana que se halle libre del temor o de la ansiedad. La ansiedad no respeta niveles sociales o económicos, las personas preparadas, cultas o ricas son tan candidatos a la ansiedad como las otras en cualquier modo de vida.

La ansiedad y el miedo se hacen presentes también cuando una persona enfrenta una enfermedad. Veamos el ejemplo una persona plagada de temores acerca de la enfermedad, si no siente dolores o malestares físicos, o no tiene problemas inquietantes, se los busca. Se examina a sí misma y trata de encontrar algún problema. Una vez más, estos temores específicos se imponen sobre una personalidad básicamente miedosa y producen ansiedades. (Lester y Coleman, 1975).

### **Los factores genéticos, medioambientales en el desarrollo de la ansiedad.**

La tendencia a ponerse más ansioso de lo necesario es en parte “biológica” y proviene de los hombres y mujeres primitivos, que debían mostrarse extremadamente precavidos y vigilantes. En los animales toda amenaza da lugar a un programa biológico establecido: son reacciones innatas, filogenéticamente antiguas y que van desde el reflejo de hacerse el muerto, pasando por una serie compleja de reacciones de defensa, protección y evitación. La mayoría de los seres humanos pasan alguna vez en su vida por algún tipo de ansiedad, fobias u obsesiones. Y la mayoría ha tenido momentos en los que se ha encontrado a oscuras, con sentimientos de falta de valor, de desesperanza o de duda intensa. Pero no cabe duda que algunas personas sufren bastante más ansiedad y dudas que la persona media, mientras que otras sufren de muy poca ansiedad y casi dan la impresión de haber nacido felices, confiadas y animadas. Los científicos no saben porque algunas personas son más proclives a la ansiedad, pero está claro que en esto desempeñan un papel importante los “factores genéticos y medioambientales”. Muchos estudios dan a entender que los factores genéticos desempeñan un papel significativo en la depresión y muchas formas de ansiedad.

En la actualidad, los científicos siguen buscando algún tipo de desequilibrio químico que provoca depresión y la ansiedad. La sustancia química que ha sido objeto de toda la atención se llama serotonina, es una de las muchas sustancias que transmiten los impulsos eléctricos entre las neuronas del cerebro. (Burns,. 2006).

### **De donde proviene la ansiedad en el adolescente.**

Desde el instante de su nacimiento, el niño es un ser que depende de los demás. En su relación con la madre, el padre, la familia y los sirvientes no hay ni un momento en que su destino no dependa de los cuidados y protección de los otros. Cada uno de sus momentos es egoísta, dedicado a las satisfacciones de sus necesidades personales: hambre, sed, sueño, calor y seguridad. Cada niño clama instintivamente buscando seguridad, amor y protección. Lentamente, sus demandas empiezan a variar, empiezan a relacionarse con el mundo en expansión de su cuna y su habitación. Paulatinamente, el mundo egocéntrico del niño se va combinando cada vez más con el de quienes le rodean, gradualmente empieza a moldearse a medida que unas demandas son satisfechas y otras se le niegan. El niño se encuentra limitado por una serie de lazos: religiosos, físicos y culturales. Ya no se le tolera que quebrante las normas de la vida común, tiene que pagar por sus transgresiones. A medida que el niño se desarrolla se va modificando cada día más sus instintos por las exigencias sociales de su familia y de su comunidad. Al aproximarse a la adolescencia surgen conflictos entre sus instintos y lo que es considerado como comportamiento aceptable por la sociedad, también le envuelve de confusión al dejar el mundo de completa dependencia y seguridad para entrar en uno de "ansiedad" y responsabilidad. (Lester y Coleman, 1975).

La etapa de la adolescencia padece frecuentemente de ansiedad e inseguridad. El adolescente ha dejado ya de ser un niño, pero tampoco es un adulto. En la confusión que le produce esta etapa, busca que lo reconozcan como suyo los de su propia edad, esta es la razón de entrar a formar parte de una palomilla o grupo. Trata de afirmar su identidad personal, por ende, muchos comprendidos entre los 10 y 20 años visten con uniformidad, hablan el mismo lenguaje y pasan el tiempo en lugares y sitios donde predomine el grupo de su edad falto de experiencia, el adolescente se halla inseguro de sí mismo. No tiene la certeza del papel que le corresponde en relación a las cuestiones sexuales. Físicamente

empieza a tener el aspecto de adulto, pero siente que todavía no es capaz de serlo en el terreno de las emociones. Su inseguridad puede ser causa de que se rebele contra su familia, pero si lo hace no haya normas y regulaciones establecidas por aquéllos, a quienes deba obedecer. La suya es una necesidad de encontrar límites. El niño que se sintió amenazado e inseguro puede convertirse en el o la adolescente presa de toda clase de miedos y en el adulto aterrorizado. El adulto, al proporcionarles la atención que merecen, reconocerá sus necesidades y les infundirá la seguridad especial de que tendrán oportunidad de poder ocupar su sitio como ciudadanos productivos en un mundo donde la “ansiedad” no sea su herencia definitiva. (Lester y Coleman, 1975).

### **Ansiedad en el adolescente con respecto al sexo.**

El dejar al azar, sin orientación o con verdades completamente deformadas en relación a la información que se da con respecto al sexo, el adolescente lo traduce en “ansiedad”. Anteriormente se daba una mala información sexual a los niños inclusive aún hay muchos padres que desinforman a los niños. Un ejemplo de ello es el siguiente caso: una madre le inculco a su hija que el sexo era sucio y “malo”, creándole un sentimiento de culpa y ansiedad. La hija de esta mujer se masturbaba secretamente, empezó a desarrollar un apetito voraz y ganó una tremenda cantidad de peso en un periodo de seis meses. La madre decía que, conjuntamente a este aumento de peso, la muchacha insistía en bañarse o ducharse dos o tres veces al día. Su evidente objetivo era lavarse de la culpa en que se creía. Un hondo sentimiento de vergüenza le había sido inculcado por una mala orientación por parte de la madre, que evitaba una conversación franca sobre material sexual porque la madre pensaba que la niña “era demasiado joven”. El temor y la ansiedad era resultado de la patética inadecuación materna para guiar y explicar. No era la incapacidad de la niña para comprender lo que creaba este problema; era la falta de preparación de la madre para dar la necesaria explicación. Las pláticas entre madre e hija acerca de la menstruación obedecen mucho a los mismos temores. Los padres con poco o nula información identifican a la menstruación como una cosa vergonzosa que ha pasado tradicionalmente de generación a generación. Algunas mujeres tienen muchas maneras de referirse al periodo de la menstruación, y en algunos casos reflejan una actitud morbosa hacia este fenómeno natural, parece que marcan la menstruación como castigo por ser mujeres. Se asocia al sexo con la

vergüenza y culpa, y la culpa es el comienzo del miedo y la ansiedad. (Lester y Coleman, 1975).

## Capítulo 3

### Estrés

#### Definición de estrés

El estrés es un hecho habitual en nuestras vidas y una de las situaciones más frecuentes del hombre moderno. En los países desarrollados los padece más de la mitad de la población. (Rojas, 2001).

Aunque usemos esta palabra a menudo, no siempre es fácil definirlo o describir cómo le hace sentir a uno. Evans y Cohen (1987) definen al estrés como "las reacciones fisiológicas y psicológicas no placenteras, a estímulos nuevos, demandantes y frecuentemente persistentes". (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005).

Otra definición propone que el "estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas". (Rojas, 2001). Dicho de otra forma, lo que le ocurre al sujeto con estrés es que se sitúa en unas condiciones de vida que le llevan continuamente al borde del agotamiento, tanto físico como psicológico.

El estrés aparece cuando ocurren cambios diversos que afectan al organismo. Estos pueden ser sucesos ambientales (malas condiciones meteorológicas), relaciones interpersonales (conflictos de pareja), una sobrecarga de tareas, cambios en la rutina y un largo etcétera. Al pensar en hechos estresantes, siempre acuden a la mente sucesos negativos; no tenemos en cuenta, que acontecimientos positivos como el ascenso laboral, un cambio de casa, tener un hijo o un casamiento, pueden ser igualmente estresantes, ya que conllevan nuevas responsabilidades y, por lo tanto, una mayor presión.

Estas alteraciones perturban a la persona y provocan que aparezca malestar, ya sea en forma de cansancio, sensación de desbordamiento o numerosos síntomas que a continuación se citan.

## Síntomas

Síntomas físicos	Taquicardia Aumento de la tensión arterial Hipersudoración Dilatación pupilar Temblores Excitación general Insomnio Sequedad de boca
Síntomas psíquicos	Inquietud Desasosiego Miedo difuso Disminución de la vigilancia Desorganización del curso del pensamiento Disminución del rendimiento intelectual Desorientación temporal-espacial Atención dispersa
Síntomas de conducta	Imposibilidad de relajarse Perplejidad Situación de guardia-alerta Tensión muscular facial y mandibular Caminatas sin rumbo Frecuentes bloqueos Irritabilidad, excitación, respuestas desproporcionadas a estímulos externos

(Rojas, 2001, p 61)

El estrés lleva acumulado un sobre esfuerzo constante, una tensión emocional y/o intelectual fuerte, un ritmo vertiginoso de vida, sin tiempo para nada. Aquí lo fundamental es el *tipo o estilo de vida*. Siempre abrumado, sobrepasado en las propias posibilidades, permanentemente desbordado, agobiado, sin un minuto libre, arrastrando un cansancio

crónico. No hay tregua posible para su trabajo, ya que intenta atender simultáneamente a demasiadas exigencias inaplazables. La consecuencia es una hiperactividad incontenible, imparabile, que pretende llegar a demasiadas cosas y que acaba por no estar suficientemente atenta a todas y cada una de ellas. (Rojas, 2001)

Selve (1950) fue el primero en estudiar e introducir el término estrés. El estrés para Selve puede ser cualquier cosa, desde la privación prolongada de alimento, hasta la inyección de una sustancia extraña al cuerpo. Por estrés el no solo se refirió al “estrés nervioso” sino a la “respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda a exposiciones prolongadas” el estrés puede deteriorar los recursos físicos y psicológicos del individuo.

Selve propone un modelo de estrés al que llama Síndrome de Adaptación General compuesto por tres etapas:

- A) Reacción de alarma; Se caracteriza por una serie muy compleja de modificaciones bioquímicas que tratan de compensar ese estado de excesiva actividad (descargas masivas de adrenalina, excitación cardíaca, aumento del tono muscular, etc.).
- B) Estado de resistencia; Se produce cuando ya se ha alcanzado una cierta adaptación a esa sobrecarga prolongada que pretende neutralizarlo, se eleva el nivel de resistencia por encima de lo normal. El individuo se ha acostumbrado a llevar ese ritmo trepidante de vida.
- C) Estado de agotamiento; que se presenta cuando no hay éxito en el afrontamiento, declinando el nivel de resistencia y la caída fisiológica del organismo, en esta etapa final el individuo esta extenuado, siendo susceptible a la enfermedad e inclusive a la muerte. (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2000. Pp.15).

## **Teorías acerca del estrés.**

Así mismo, Cohen, Kessler y Underwood, (1997) comparten la definición de que estrés, "es el proceso en el cual las demandas ambientales exceden la capacidad adaptativa de un organismo, produciendo diversos cambios psicológicos y biológicos que están objetivamente asociados con fuertes demandas adaptativas".

Estos autores distinguen tres aproximaciones de estudio al proceso de estrés:

- 1.- La teoría ambiental; que se centra en la evaluación de eventos o experiencias ambientales que generalmente están asociadas con fuertes demandas adaptativas sobre el individuo.
- 2.- La teoría psicológica; que se centra en las evaluaciones subjetivas del individuo de sus propias habilidades para enfrentar las demandas de eventos específicos o experiencias dañinas.
- 3.- La teoría biológica; que se centra en la activación de sistemas fisiológicos específicos y que reiteradamente se ha demostrado que son modulados por demandas psicológicas y físicas.

Históricamente, las "teorías ambientales, psicológicas y biológicas" se han centrado en sí mismas, ignorando las otras partes. Por ejemplo, los sociólogos y epidemiólogos han centrado su atención en conocer si los eventos de vida incrementan los riesgos de enfermedad, pero no toman en cuenta los factores psicológicos ni biológicos que pueden mediar o interferir. Los psicólogos se han centrado en la valoración y la respuesta emocional del riesgo a la enfermedad, sin prestar atención a las situaciones ambientales intervinientes ni a los factores biológicos responsables de establecer ligas entre el estado psicológico y la enfermedad. Por otra parte de la tradición biológica se ha centrado en la relación entre el estrés y las respuestas hormonales y cardiovasculares, y entre estas respuestas y la enfermedad física, pero no en los factores psicológicos a través de los cuales los estresores pueden influir sobre los estados biológicos. Por lo tanto se sugiere tomar en cuenta todos los factores que pueden estar interrelacionados con el desarrollo del estrés en un individuo. (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2000. p 16).

## **Perspectiva psicológica y medio-ambiental del manejo del estrés.**

La perspectiva psicológica de los modelos de estudio del estrés ha puesto énfasis en la percepción y evaluación del organismo de daños potenciales provocados por experiencias ambientales objetivas; cuando tales demandas ambientales son percibidas como que exceden sus habilidades de afrontamiento, los individuos las etiquetan como estresantes y experimentan una respuesta emocional negativa. Es importante considerar que dichos eventos influyen negativamente solo cuando la persona los percibe como estresantes, por tanto la valoración del estrés está determinada no solo por el estímulo o las variables de respuesta, sino también por la interpretación de las relaciones con su ambiente. Esto es, la percepción de estrés es producto tanto de la interpretación del significado del evento, como de la adecuada evaluación de los recursos de afrontamiento ante el estresor. (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005).

Al respecto, el modelo más importante que retoma esta perspectiva cognoscitiva es el formulado por Lazarus y Folkman (1991), quienes definen al estrés, “como cualquier demanda o amenaza que desafía seriamente las habilidades adaptativas del individuo”.

Para Lazarus el estrés es una transacción (esto es que el estrés no proviene ni del ambiente, ni de la persona, sino que refleja la conjunción de la persona con *creencias*) en curso, que es valorada por la persona como una amenaza de daño y de ansiedad para superar los obstáculos, de ahí el tipo e intensidad de su reacción ante el estrés. De ahí que la percepción del estrés va cambiando como resultado de un continuo interjuego entre la persona y su ambiente. El estrés es un proceso multivariado que involucra entradas, salidas de información del ambiente e involucra procesos en la valoración para el afrontamiento, existiendo una constante retroalimentación con los acontecimientos, basados en los cambios de las relaciones persona-ambiente, tanto en la forma del afrontamiento como en la valoración.

Folkman, Schaefer y Lazarus (1979) mencionan que “una persona que se encuentra enferma, cansada, frágil o de alguna manera debilitada tiene menor energía para desarrollar el afrontamiento ante el estrés.

Selye (1973) propone que exposiciones prolongadas al estrés pueden deteriorar los recursos físicos y psicológicos del individuo. De tal forma, que los pacientes hospitalizados (como pacientes bajas de peso con anorexia) pueden ser altamente vulnerables al estrés debido a que sus recursos de afrontamiento están disminuidos.

Proshansky y Kaminoff (1982) manejan el concepto teórico “ajuste ambiente- persona” para afrontar el estrés. Proponen que la carencia de ajuste entre las propiedades del ambiente físico y las necesidades de la persona puede inducirle estrés, al crear demandas que exceden su capacidad de afrontamiento e impedir el logro de sus objetivos en el escenario. El grado en el que existe carencia de ajuste entre la persona y el ambiente, el grado en el cual las disparidades inducen estrés en el individuo y la forma en que la gente intenta reducir las discrepancias entre las necesidades personales y las características ambientales, tienen influencia en una compleja interacción de tres grandes clases de determinante :

- 1.-Las propiedades del ambiente físico.
- 2.-las características del sistema social y
- 3.-Los atributos del individuo.

Por supuesto, ninguna de estas partes influye a la persona de manera aislada, sino por el contrario, es la compatibilidad del ambiente con los requerimientos personales del individuo y sus metas, los que dada la norma de operación de un sistema social determinan finalmente el grado de ajuste o desajuste. (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005, p 20)

Los diversos niveles de conceptualización para entender el desarrollo del estrés en relación con el ambiente físico, están claramente interconectados. Como ejemplo, consideremos a la estimulación ambiental que puede ser percibida como de mayor o menor intensidad dependiendo de las normas culturales para el ruido y la personalidad; en caso de que se perciba una elevada estimulación, entonces la persona buscara espacios que le brinden privacidad u otro tipo de control sobre la fuente de estimulación. Pero tales respuestas dependerán de su habilidad ambiental, como es su competencia o seguridad, de la flexibilidad de escenario, de su bondad de ajuste, su tamaño y su diferenciación, así como de las normas que regulan su organización y su uso. Todo ello contribuirá al grado en que

la persona pueda escapar o ejercer control sobre la estimulación de tal manera que el estrés se reduzca o se elimine. La carencia de ajuste entre los atributos del ambiente físico y los requerimientos personales del individuo puede crear demandas que exceden la capacidad individual para afrontar y lograr las metas en el escenario, y por tanto crear estrés en el individuo. En la medida en que se experimente el estrés, el individuo intentara reducir la discrepancia entre los aspectos negativos del ambiente y sus necesidades personales. Esto puede ir acompañado de la adaptación al ambiente o de ejercer el control sobre de él. Ambas formas de reducción de discrepancia involucran cambios, ya que mientras que la adaptación se refiere al cambio en la percepción del individuo, el control implica un cambio en el ambiente físico o en la conducta de otros. (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005)

### **Género y estrés**

La adolescencia de entrada es una etapa de alto estrés por los cambios que implica, y cada género afronta el estrés de manera diferente se ha encontrado que es más frecuente que las mujeres afronten el estrés rumiando constantemente sus problemas y dirigiendo sus sentimientos hacia ellas mismas (como por ejemplo comiendo en exceso), mientras que los hombres lo hacen proyectando sus sentimientos hacia el exterior, tratando de distraerse, recurriendo a la violencia o al abuso de sustancias y al alcohol ( Foster, Kupermic y Pice, 2004)

### **La familia y el estrés**

En el estudio de la influencia de la familia en el desarrollo de sus integrantes, se ha encontrado que los padres autoritarios son los que forman hijos con un mayor bienestar psicológico. Los hijos de padres autoritarios en Estados Unidos presentan altos niveles de “estrés” internalizado y “depresión”, pero poca conducta antisocial. Mientras que los hijos de padres negligentes presentan patrones de conductas problema tanto externalizada como internalizada, incluyendo en esta última la depresión. (Johnson y cols, 2004).

Se ha indagado en algunos estudios como la familia influye en el origen del estrés. Attie y Brooks-Gunn (1989) han descrito en estas familias bajos niveles de cohesión, desorganización, falta de expresión de las emociones, imposición de altas metas y fallas en la autonomía, que engendran dudas en las hijas sobre sí mismas.

Sights y Richards(1984) describen que madres dominantes y controladoras y que ambos padres enfatizan el rendimiento académico y la apariencia física, llevan a sus hijas al estado de “estrés”.(Zukerfeld, 1996).

### **Técnicas de relajación utilizados en ansiedad y estrés.**

A continuación se mencionan someramente algunas técnicas de relajación.

Técnicas de relajación que facilitan el incremento progresivo del autocontrol y el manejo de situaciones de estrés:

Respiración.

Relax.

Auto-instrucciones.

Técnicas concretas:

- Desensibilización sistemática en donde poco a poco la ansiedad se va reduciendo, como ejemplo tenemos la fobia a la gordura y la aceptación de determinadas comidas (dulces, aceite, grasas, etc.).
- Imaginación positiva, con descripciones de una imagen corporal delgada pero sana y comiendo una cantidad normal con otras personas.
- Exposición in vivo. Esta técnica se utiliza en comidas que generan mucha ansiedad (p.ej., se hace exposición a ver y tomar aceite, seguido de relajación).
- Incremento de autoconciencia corporal, se realiza mediante técnicas de concientización sensorial y discernimiento de las diferentes partes del cuerpo (distancia, grosor, miembros, cara, cuello, columna, diferenciación de temperatura aire-nariz) y relajación (Marlatt, 1985). - Se realizan cambios de creencias o pensamientos erróneos.
- Corrección de la percepción corporal, tanto de la delgadez como de los aspectos corporales positivos, utilizando “dramatizaciones” en un contexto humorístico. Este trabajo se realiza con más facilidad en grupo. (Echeburúa, 1998 p233).

## **Capítulo 4**

### **Trastornos de la conducta alimentaria**

Para lograr el “ideal estético de la delgadez” los adolescentes recurren a prácticas alimentarias poco convencionales y saludables, como provocarse vómito después de comer, laxarse, comer a deshoras, etc. A estas conductas se les llama “trastornos de la conducta alimentaria”. Los trastornos alimentarios que pueden presentar algunos adolescentes pueden estar influidos por la moda, los medios de comunicación, los amigos o amigas y el medio en donde se desenvuelven. La aparición de este comportamiento alimentario normalmente empieza entre los 14 y los 16 años. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

Para la American Psychology Association (DSM-IV-TR 2000) un “trastorno” es una disfunción del patrón comporta-mental, psicológico, o biológico de significación clínica. En la clasificación propuesta por ésta, los trastornos de la conducta alimentaria incluyen la AN y la BN que son los más conocidos y son clasificados en el rubro de los trastornos específicos. También está el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especifico (TANE).

El término “nervosa”, es utilizado debido a que hace alusión a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo de anorexias que puede tener otros orígenes. Por ejemplo rechazo del alimento por razones fisiológicas, como malformaciones congénitas de la laringe, o por razones comórbidas, como efectos secundarios de medicamentos o de otras enfermedades que afectan al apetito como la diabetes o el cáncer. (Gomez Peresmitré, 2001).

También se ha observado que en el desarrollo de los Trastornos alimentarios (TA) intervienen diversos factores, como la predisposición genética y la estereotipia del rol sexual, así como los patrones socioculturales y la influencia de las creencias y costumbres de los padres, entre otros (Nagel y Jones, 1992).

Bruch (1973) señala que los trastornos de la conducta alimentaria o el deterioro de la función alimentaria, son la forma como algunas personas intentan resolver o camuflar los problemas de la vida que les son irresolubles.

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema constante en adolescentes, como lo describe un estudio de adolescentes mexicanas (13 a 19 años) se ha encontrado que querer bajar de peso y hacer dieta restrictiva están presentes sin importar si el peso de las chicas esta por abajo y aun muy por abajo del peso normal. (Bolaños, 1998; Poblano y Trigueros, 2000).

## **Bulimia Nervosa (BN)**

### **Definición**

En el griego antiguo la palabra “limos” significa hambre, al añadirle el prefijo “bou” que significa gran cantidad o “boul” que significa buey, el termino resultante puede traducirse como “hambre feroz”(Toro 1996)

La BN es un trastorno de alimentación caracterizado por un apetito desmesurado de alimentos o el habito de las comilonas en el que se instaura un circulo de ingestión- vomito-ingestión con modificación ponderal (del peso corporal) del individuo o sin ella.

La BN igual que la AN, se presenta preferentemente en mujeres y además ambos trastornos suelen aparecer juntos. Sin embargo una de las diferencias entre ambos trastornos es que en la BN no es frecuente la aparición de amenorrea y durante ella son habituales los síntomas de depresión y labilidad emocional, siendo mayor el riesgo de suicidio (Gómez Peresmitré, 2001).

La incidencia de BN en la comunidad es desconocida pero afecta entre el 3 y el 7 por ciento de las mujeres de entre 15 y 35 años. La verdadera incidencia puede ser más alta ya que solo aquellas mujeres que buscan ayuda médica pueden ser identificadas. (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Un problema para diagnosticar la BN es que la mayoría de las personas hacen comilonas de vez en cuando. La diferencia entre ellas (las que hacen comilonas) y las mujeres que padecen BN es que estas últimas las hacen frecuentemente (normalmente más de dos veces a la semana) y sienten que han perdido el control de su comportamiento alimentario.

Durante una comilona (que normalmente dura unas pocas horas pero que puede continuar durante días) falla la resistencia de la mujer a la comida, y tiene un deseo irresistible de

comer. La mayoría de las comilonas son planificadas con tiempo, seleccionando el tipo de comida y el lugar seguro donde pueden hacer sus comilonas en privado, y donde, si se provocan el vómito, pueden vomitar sin ser descubiertas. La mayoría de las pacientes bulímicas ingieren rápidamente la comida, algunas metiéndola frenéticamente dentro de la boca, a menudo dejando un desorden impresionante, con latas vacías por todos lados. Otras mujeres tienen cuidado de no ensuciar nada de manera que puedan evitar ser descubiertas. La comilona puede empezar a cualquier hora del día y cesar repentinamente, pero alrededor de un tercio de las bulímicas tienen momentos específicos, por ejemplo los fines de semana. Este comportamiento obsesivo de hacer comilonas empieza normalmente entre las edades de 15 y 24 años (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

Dado que una mujer con BN tiene miedo a engordar, toma medidas para asegurarse de que los alimentos que ha comido durante la comilona no conduzcan a un aumento de peso induce el vomito o toma grandes cantidades de laxantes, o puede hacer una cantidad excesiva de ejercicio, pasando horas cada día en el gimnasio. Seis pacientes bulímicas de cada diez se inducen el vomito habitualmente. Inicialmente lo logran metiéndose los dedos o una cuchara por la garganta, pero más tarde muchas mujeres pueden conseguirlo con una fuerte contracción del diafragma y de los músculos abdominales, para forzar el contenido del estómago dentro del esófago y luego vomitarlo. En cada episodio, muchas mujeres devuelven de una a diez veces hasta que están seguras de que han vomitado toda la comida. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

### **Criterios diagnósticos.**

De acuerdo a la APA (DSM IV TR, 2000, p. 665). Los criterios diagnósticos para la bulimia son:

A.- Episodios recurrentes de atracones. Un atracón se caracteriza por:

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, más que la que podrían comer en circunstancias similares la mayoría de las personas.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

- B.- Conductas compensatorias inapropiadas y recurrentes para prevenir la ganancia de peso, como vómitos, abuso de laxantes, diuréticos, enemas, u otras medicaciones, ayuno o ejercicio excesivo.
- C.- Frecuencia de al menos dos atracones por semana y conductas compensatorias inapropiadas durante tres meses.
- D.- Auto evaluación negativa motivada por el tipo y peso corporal.
- E.- El trastorno no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia.

**Subtipos:**

Tipo purgativo: la persona presenta vómitos auto inducidos o abusa de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo no purgativo: la persona utiliza otros mecanismos compensadores inapropiados como ayuno, ejercicio excesivo, pero no vómitos ni abuso de laxantes diuréticos o enemas.

**Anorexia nervosa (AN)**

**Definición**

La palabra anorexia proviene del griego “anorektous” (Toro, 1996) y fue utilizado desde siempre como sinónimo de falta de apetito. En latín, “an”, es un prefijo restrictivo y “orexis”, significa apetito, es decir ”sin apetito”, mientras que el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico.

De acuerdo con Chinchilla ( 2003) “ la AN se podría definir como la preocupación obsesiva por tener un cuerpo delgado recurriendo a todo tipo de medios de manipulación alimentaria y corporal, seleccionando, restringiendo, tirando, escondiendo o evitando los alimentos, provocándose el vómito o usando laxantes o diuréticos por una parte, o bien haciendo un ejercicio físico desmesurado. Todo ello sin conciencia de enfermedad y ocultando estas conductas o minimizándolas. Estas conductas derivan del miedo absurdo y obsesivo de las personas afectadas a estar gordas, una obsesión que las mantiene atrapadas absurdamente, al principio con un aparente autocontrol hasta que, posteriormente, la obsesión por la delgadez les lleva a exponerse a múltiples riesgos como consecuencias de la manipulación alimentaria”.

Las personas con AN tienden a evitar los acontecimientos sociales, a menudo encerrándose en su habitación y pidiendo que no les molesten. Pueden ser competitivas y a menudo son obsesivas en el trabajo, lo que les permite evitar los acontecimientos sociales en los que se come. Se pueden volver tan obsesivas con su peso que pueden pesarse antes y después de las comidas, antes y después de hacer ejercicio y antes y después de ir al baño. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

Con frecuencia, la tendencia a la abstinencia no es solo respecto a la comida, sino también abstinencia a cualquier tipo de sensación agradable, así como a las relaciones sociales. Es como si se pusieran una armadura que les protege de las sensaciones que les asustan pero, que al mismo tiempo, les aprisiona. Este aprisionamiento se vuelve cada vez más rígido hasta que el sujeto sea incapaz de salir de la jaula que el mismo se ha construido, después de un determinado tiempo de ejercicio de abstinencia reiterada, esta se convierte en un **vicio** irrenunciable. La trampa que la persona se ha construido y en la que se ha metido es demasiado profunda para que consiga salir de ella. (Nardone, 1999; Nardone y otros 2001)

La AN se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres adolescentes (13-19 años), alcanzando un pico de prevalencia entre los 17 y 19 años, sin descartar su presencia entre las preadolescentes (11 y 12 años) y mujeres mayores de 20 años (Gómez Peresmitré, 2001).

Para los casos de AN, habitualmente no son las pacientes las que consultan, sino sus padres o personas significativas que están a cargo. Ya que empiezan a observarse los síntomas físicos de la enfermedad como lo son bajo peso, palidez en la piel, sobre todo una de las características esenciales es la ausencia de menstruación (amenorrea). (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996)

La muerte como consecuencia de la anorexia nerviosa es de menos del 5%. Sin embargo, con una mayor concientización de que las víctimas de la anorexia nerviosa buscan ayuda antes de la enfermedad, y de que existen médicos formados para tratarlas, la tasa de

mortalidad será probablemente menor durante la próxima década. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

### **Criterios diagnósticos**

Se ha tratado de hacer categorías diagnosticas para diferenciar este trastorno de cualquier otro que curse con pérdida de peso. Uno de los criterios diagnósticos más utilizados es el de APA pero también existe el criterio diagnostico de Feigner (1972) que describe más o menos los mismos criterios, pero para el propósito de esta investigación se tomara en cuenta el primero.

En la última revisión de la APA (DSM-IV-TR 2000, p.659) siguen presentes éstos criterios y se aumentan otros para su diagnóstico:

- A.-Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B.- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C.- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exagerando su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D.- En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, sin otro motivo que lo justifique.

### **Subtipos:**

Tipo restrictivo, que ocurre cuando las personas limitan severamente su ingesta calórica, ayunan constantemente y hacen ejercicio en exceso para provocar la pérdida de peso.

Tipo compulsivo/purgativo: Las personas que se incluyen dentro de este tipo presentan atracones y recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómito auto provocados, con el fin de contrarrestar el efecto engordador de la ingesta. En esta clasificación se incluyen también los casos que no manifiestan atracones pero recurren al uso de purgas.

## **Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. (TANE)**

Según la APA (DSM-IV-TR 2000, p. 666), dentro de los criterios diagnósticos para la conducta alimentaria, se incluye el criterio para “Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado” (TANE). Esta categoría se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, como AN o BN.

A continuación se enlistan los criterios diagnósticos del TANE:

- 1.- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- 2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los y las atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber consumido dos galletas).
- 5.- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6.- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

## **Índice de Masa Corporal**

Para determinar si una persona tiene sobrepeso u obesidad se utiliza la fórmula de Índice de Masa Corporal (IMC) o (BMI) Body Mass Index por sus siglas en inglés. El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet (1871) el cual se obtiene haciendo un cálculo entre la estatura y el peso del individuo y éste elevado al cuadrado

$$IMC = \frac{masa(kg)}{estatura^2(m)}$$

## **Índice de Masa corporal (IMC) en adolescentes**

Saucedo-Molina y Gómez Peresmitré (1997) determinaron la validez diagnóstica del IMC en adolescentes mexicanos y proponen que puede ser utilizado en este tipo de población, pero considerando los puntos de corte que dieron origen al IMC combinado, que son los siguientes:

Bajo peso 15 – 18.9 kg/m<sup>2</sup>

Normal 19 – 22.9 kg/m<sup>2</sup>

Sobrepeso 23 – 27 kg/m<sup>2</sup>

Obesidad Mayor a 27 kg/m<sup>2</sup>

La revista médica Surgeon General's Healthy Weight Advice for Consumers (2001) en un estudio desarrollado en la ciudad de México, en la población adulta, de nivel socioeconómico bajo, encontraron tasas de prevalencia de obesidad de 37% en hombres y 60% en mujeres. En niños, uno de cada cuatro en edad escolar (5-12 años de edad) presentan sobrepeso u obesidad y en adolescentes (12-19 años de edad) uno de cada tres.

## **Factores de riesgo de los TCA.**

Los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, en la medida que hacen vulnerable al individuo, incrementan la probabilidad de enfermedad y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez-Peresmitré 2001).

De acuerdo con Gómez-Peresmitré, Alvarado, Moreno y cols. (2001) la distinción fundamental entre un TCA y un factor de riesgo es que el primero conforma un síndrome mientras que los factores de riesgo se pueden considerar como síntomas aislados, como por ejemplo en el caso de los TANE.

Los factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria han sido identificados y clasificados de acuerdo con la investigación realizada en México en cuatro importantes grupos (Gómez-Presmitré et al 2001, p21-22).

**Factores de riesgo asociados con la Imagen Corporal:**

- 1.- Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
- 2.- Alteración: sobreestimación/ subestimación de la imagen corporal.
- 3.- Actitud hacia la obesidad/delgadez.
- 4.- Preocupación por el peso corporal.
- 5.- Autoatribución de adjetivos positivos/negativos.
- 6.- Autopercepción subjetiva del peso corporal.
- 7.- Internalización de una figura ideal delgada.
- 8.- Peso deseado.
- 9.- Atractivo corporal ligado a la delgadez.

**Factores de riesgo relacionados con la Conducta Alimentaria:**

- 1.- Seguimiento de dieta restrictiva.
- 2.- Preocupación por la comida.
- 3.- Comer compulsivo.
- 4.- Hábitos alimentarios inadecuados:
- 5.- Ayunos
- 6.- Omisión de comidas principales (desayuno, comida, cena)
- 7.- Consumo de productos “Light”.
- 8.- Atracones.

**Factores de riesgo relacionados con Aspectos Biológicos:**

- 1.- Peso corporal.
- 2.- Talla.
- 3.- Madurez sexual precoz o tardía, amenorrea.

## **Factores de riesgo relacionados a Prácticas Compensatorias.**

1.- Ejercicio excesivo (más de 10 horas a la semana)

2.- Utilización de:

- Inhibidores de hambre.
- Laxantes.
- Diuréticos.
- Consumo excesivo de agua.
- Consumo excesivo de fibra.

## **Factores del desarrollo de los TCA**

Los doctores Garner y Garfinkel(1980), pioneros en el tratamiento y la investigación de los trastornos de la alimentación en el hospital de Toronto, Canadá explican que existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un “trastorno de la alimentación”, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. (Crispo, Figueroa y Guelar ,1996 pp. 51-53):

1.- Factores predisponentes; socioculturales, familiares, individuales.

Cuando hablamos de “factores predisponentes” estamos diciendo que hay elementos en el contexto sociocultural en el que estamos inmersos y en las características individuales del sujeto o en las de su familia que preparan el ánimo de esa persona- del mismo modo que un “campo arado” está listo para ser sembrado-, de tal manera que puede prosperar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal.

2.- Factores precipitantes; estresores, actitudes anormales con peso y figura, dietas extremas y pérdida de peso.

Como su nombre lo dice son factores que hacen que se precipite cierta conducta alimentaria, como actitudes o conductas anormales frente al peso y la figura, como hacer dietas extremas para lograr perder peso, puede aparecer cualquier elemento estresante o la decisión de comenzar con dietas para empezar un control.

### 3.- Factores perpetuantes; atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas

En síntesis una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales. Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, precipita el problema.

Pero la perpetuación del trastorno- además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso- está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo

### **Teorías que explican los TCA.**

Ha habido varios modelos teóricos explicativos de los TCA. Los diferentes modelos no son mutuamente excluyentes, sino complementarios, aunque los rasgos característicos se estructuran de acuerdo a líneas conceptuales diferentes:

#### 1.- Teorías biológica y de aprendizaje.

El modelo biológico ha tratado de comprender el trastorno como una disfunción hipotalámica debido al estrés. Las investigaciones se encuentran todavía en un nivel especulativo. No obstante, los trastornos físicos que conlleva esta alteración exigen para su tratamiento un acercamiento médico.

Desde la perspectiva del aprendizaje, el inicio del trastorno se ha explicado, en parte, como consecuencia del modelado social. Por ejemplo en los primeros días de su vida, la calidad de cuidados que una madre da a su bebé, y el amor que le prodiga, están relacionados, por lo menos indirectamente, con la cantidad de grasa que recubre su cuerpo. Un bebé rellenito es visto por su madre y por las vecinas como un bebé bien cuidado. También durante la niñez, la provisión de cantidades sustanciales de comida, a menudo rica en carbohidratos refinados y grasa, se ve como una manera de demostrarles el amor a los niños, además de asegurar que estén adecuadamente nutridos.

En nuestra cultura, caracterizada por la abundancia de comida para algunos, los niños aprenden a incrementar la cantidad de alimentos que consumen, y a menudo, la cantidad de energía que ingieren va mucho más allá de lo que realmente necesitan para crecer, para las

funciones corporales, y para las demandas energéticas del ejercicio que constantemente realizan. Al estar consumiendo más calorías de las que se necesitan el niño o la niña ya convertido en adolescente va padeciendo un sobrepeso que al final lo conducirá a la obesidad. Algunas adolescentes que logran controlar su peso con éxito pueden llegar a estar tan preocupadas por la comida y el control de peso que su comportamiento alimentario escapa de lo que se considera “normal”, y deciden perseguir la delgadez-llegando a ser víctimas de la AN. Algunas de las que siguen un régimen sin éxito desarrollan BN o se vuelven obesas.

La obesidad ocurre en algunas familias, y puede deberse al hecho de que tengan una fantasía persistente de que “nuestra familia siempre ha tenido un apetito sano y una constitución grande”. Lo que hace que no necesite limitar su consumo alimentario durante la adolescencia para conformarse a las modas prevalentes porque la fuerte influencia de su familia domina sobre la de la moda. Esta teoría explica porque en la infancia se ve al niño rellenito como un niño sano. Sin embargo en la adolescencia cambia esta perspectiva señalándole que un adolescente obeso es una persona enferma y que tiene que bajar de peso a como dé lugar por su salud y por su estética, practicando con ello conductas como control de peso llegando a la anorexia. O bien al no poder manejar esto puede estresarse y volverse más obesa. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

## 2.- Teorías psicológicas.

Dado que el hecho de comer es un instinto básico, se ha postulado que aquellas personas que sufren un trastorno de alimentación tienen una personalidad identificable, siendo más obsesivas o neuróticas que los que comen normalmente. También las mujeres que han perdido peso con regímenes y ejercicio excesivo son más introvertidas, más ansiosas y más dependientes que las mujeres cuyo peso es normal. Una teoría de la personalidad defectuosa se ve en la sugerencia de que algunas mujeres obesas utilizan el comer como sustituto del amor. Una persona que se siente sola, vacía y no amada, a no ser que tenga compañía constante, puede comer para compensarlo. El vacío de su vida se alivia si toma alimentos para llenar su estomago vacío, cuanto más come más llena(o realizada) se siente. Según la teoría psicológica algunas mujeres que sufren AN temen “crecer” y hacerse física y sexualmente maduras. Al evitar comer, los contornos corporales de la mujer se hacen

como los de una niña pre púber, sus periodos menstruales no empiezan o desaparecen, puede retirarse de los acontecimientos sociales que le son incómodos y que le causan ansiedad, y puede negar su sexualidad.

Todas las diversas teorías y orientaciones terapéuticas de la AN consideran al trastorno de ansiedad como origen de este problema. La evitación fóbica explica muchas conductas anoréxicas, tales como: hacer dieta, la hiperactividad, los vómitos y el uso de laxantes. En algunas pacientes, los estímulos no están claramente especificados. En otras están asociados a aspectos como la sexualidad, las expectativas de rendimiento (cambio de escuela), la separación de la familia o los conflictos matrimoniales de sus padres. La anoréxica trata desesperadamente, con su enfermedad, de evitar conflictos de los padres como separación por infidelidad, alcoholismo, etc.

A diferencia de otros trastornos fóbicos, la AN no puede nunca tener escape total de la situación aversiva, y por tanto esta ansiedad no desaparece incluso con un bajo peso, ya que siempre está en riesgo ganarlo; tampoco quiere ser aliviada de esa ansiedad que le permite estar siempre en continua vigilancia. A su vez, las pacientes anoréxicas son muy autocriticas y tienen una autoestima muy baja, y ello a pesar de haber obtenido resultados objetivos excelentes. Su sistema de evaluación es muy elevado tanto en ella como en su familia, ya que su educación y desarrollo se ha basado en la continua corrección, habiéndose generado creencias muy negativas sobre sí misma. Su confianza se apoya en sistemas de referencia externos, excepto en lo que respecta a su peso y talla corporal. Únicamente en lo que respecta a la comida y al peso se sienten que son ellas mismas y este es uno, si no el más importante de los escollos para poder iniciar una relación terapéutica.

Su estilo cognitivo añade una nueva dificultad. Así, un pequeño incremento de peso les indica la inminencia de obesidad. Un fallo en cumplir la dieta que se ha marcado es sinónimo de descontrol: este supuesto descontrol vuelve a generar una gran ansiedad y se inician o incrementan el uso de vomitivos, laxantes o hiperactividad.

También tienen algunos miedos específicos como:

- Miedo a que la influyan.
- Miedo al contagio físico y emocional.
- Miedo a cometer errores.
- Miedo al fracaso en sus rendimientos escolares y/o profesionales.

- Miedo a posibles secuelas físicas.
- Miedo a la muerte.
- Miedo al calor/ a que no les venga la menstruación.(Echeburúa, 1998 p 218).

### 3.- Teoría social.

En la cultura occidental, la sociedad, y especialmente los medios de comunicación, ofrecen dos mensajes contrastados relacionados con la comida y la alimentación. El primer mensaje es que la mujer delgada es atractiva, sana, feliz y popular, que tiene una buena condición física y éxito. Hacerse delgada, con todo lo que esto implica, se considera como el objetivo principal de muchas mujeres.

El segundo mensaje es que el comer es una actividad placentera que satisface muchas necesidades, además de aliviar el hambre, y que las mujeres tienen derecho a tener dichas necesidades satisfechas. En las revistas femeninas estos dos mensajes tienden a aparecer mezclados inexplicablemente. En casi cada número, dichas revistas publican nuevos regímenes “apasionantes” que “garantizan la pérdida de peso con un mínimo de incomodidad y motivación”, y dichos regímenes a menudo vienen seguidos de recetas, y fotografías extraordinarias, de deliciosos pasteles y platos con riquísimas salsas. Es difícil mirar la televisión sin tener que enfrentarse a un anuncio para una dieta sustitutiva que alterna con otro para comidas rápidas, o su equivalente. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

Por un lado la provisión de comida se considera en nuestra cultura como una señal principal de aprecio; y compartir los alimentos en una comida se ve como uno de los contactos sociales más importantes. Por ejemplo la sociedad carga sobre la madre la responsabilidad de proporcionar cantidades abundantes de comida, y sobre su querida hija o hijo de comerla. No es sorprendente que, enfrentadas al bombardeo psicológico de dos mensajes contradictorios, la mayoría de las jóvenes sigan un régimen. Algunas se hacen “comilonas” y desarrollan la bulimia. Otras empiezan a preocuparse por los alimentos y por evitar ganar peso, desarrollando la bulimia o la anorexia nerviosa. Algunas deciden que el seguir un régimen trastorna demasiado su estilo de vida y vuelven a comer más comida de la que necesitan, llegando a estar obesas. Estas mujeres pueden también encontrar que la obesidad es una protección contra las actitudes sociales actuales hacia la sexualidad, las cuales temen,

escondidas en un cuerpo gordo, emiten el mensaje de que no son atractivas y no quieren acceder a una relación sexual. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994, p.41-45).

Esta teoría señala que la anorexia nerviosa se da más frecuentemente en la clase media y alta, cuyos valores tienden a exigir a los hijos un impulso constante en la auto superación, por lo tanto a tener una figura esbelta. Un aspecto interesante a destacar es la existencia de un cierto *glamour* en ser anoréxica. La asociación del trastorno anoréxico, con una imagen de delgadez y unos atributos positivos, como son la clase social alta, la inteligencia, el perfeccionamiento, la autodisciplina y el ejercicio físico han llevado a una actitud trágicamente favorable a este trastorno. Muchas jóvenes quieren ser o haber sido anoréxicas, llegando al síndrome de “yo también”. Pero estos factores no justifican la complejidad del trastorno. No todas las jóvenes que hacen dieta llegan a esos extremos. El control del peso normal es distinto de la preocupación frenética que tiene la anoréxica para adelgazar, por lo que es necesario considerar también factores de vulnerabilidad psicológica y/o biológica. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

#### 4.- Teoría dinámica.

Para Brunch (1973) el trastorno de la conducta alimentaria se remonta a la etapa del desarrollo del “yo” en la infancia, cuando la madre, con una actitud educativa inadecuada (muy negligente o muy sobre protectora), interfiere el desarrollo interoceptivo corporal, impidiendo que el niño aprenda a reaccionar a los estímulos internos.

Las señales afectivas no se perciben y la imagen corporal se distorsiona produciendo sentimientos de incapacidad o ineficacia.

Brunch describe tres síntomas clave para el desarrollo del trastorno:

- A.-Un trastorno delirante de las proporciones de la imagen corporal y del concepto del cuerpo.
- B.-Un trastorno de la fiabilidad de la percepción o interpretación cognitiva que surgen del cuerpo.
- C.-Un sentido “paralizante” de incapacidad o ineficacia personal. La paciente siente que no tiene control sobre su conducta y que está bajo la influencia y dirección de los demás.

Brunch también observo alteraciones en la estructura familiar, con una apariencia de armonía y una gran desilusión encubierta. Hay una rivalidad secreta entre los padres, que les lleva a realizar “grandes sacrificios” por los hijos. Pero los padres no consideran las emociones y necesidades de sus hijos excepto si les refuerzan su propia posición.

Cuando surgen los cambios en la pubertad: crecimiento, menstruación, cambios corporales, emociones, impulsos, sentimientos negativos, surge paralelamente la amenaza de la pérdida de control. La preocupación por el peso del cuerpo es un intento de la paciente de manejar esta ansiedad, y el ayuno auto impuesto un medio de controlar la madurez corporal. (Echeburúa, 1998 p 213)

#### 5.- La teoría de sistemas.

La AN ha sido considerada paradigma del trastorno psicossomático, en el que la disfunción familiar se expresa en la sintomatología somática de un miembro. Se considera la anorexia como una rebeldía ante la situación de opresión y de valores de auto sacrificio familiares. Las pautas de comunicación familiar están alteradas, destacando los conflictos matrimoniales, los problemas de liderazgo, la negación de los mensajes de comunicación, alianzas encubiertas y gran rigidez. La anoréxica no toma responsabilidades sobre su conducta, que esta fuera de su control porque esta “enferma”. Se destaca la rigidez, la sobreprotección, la falta de resolución de conflictos y las dificultades de los límites entre los miembros que o no existen o son muy fijas. (Echeburúa, 1998 pp 216)

#### 6.- La teoría psicoanalítica.

Quiroga (1994) basándose en la Teoría del psicoanálisis de Freud, señala que alrededor de los 8 o 9 años tiene lugar un proceso de fundamental importancia en la adolescencia temprana; es el cambio orgánico seguido del cambio en la psique y se hace necesario elaborar un duelo en el adolescente por dejar el cuerpo infantil, por la percepción que cambia hacia los padres y por el ámbito institucional que alberga al púber desde la niñez.

La misma situación se produce en la adolescencia tardía, cuando se hace necesario procesar el duelo por la institución y el grupo a los que perteneció. La necesidad de autodefinirse como separado del grupo, la institución y los vínculos primarios, impulsa violentamente al adolescente a un duelo imposible de elaborar en el tiempo que el crecimiento requiere. En

esta circunstancia es frecuente observar un estado de desamparo (la pérdida del sentimiento de sí). En esta situación aparece una regresión yoica, y es en estos contextos donde se ha visto la aparición, la profundización o la reiteración de los trastornos de la alimentación en la adolescencia tardía.

En suma, el desenfreno pulsional y la ingobernabilidad de la propia sexualidad, sumados al déficit de las identificaciones debido al cambio psíquico y los procesos de duelo, constituyen puertas para la instalación de las patologías de la acción como los trastornos que aquí nos ocupan. En este sentido la bulimia nerviosa es uno de los síntomas que suelen instalarse como pasajeros en la adolescencia femenina. Sin embargo, las experiencias previas de vida determinarían en qué medida tal trastorno se instala como enfermedad permanente (Zukerfeld, 1996).

### **Medios de comunicación y Trastornos de la Conducta Alimentaria.**

Se ha encontrado que las adolescentes se ven fuertemente influidas por los medios de comunicación social. (Cash y Pruzinsky, 1990; Gómez, Pérez\_Mitré, 1993; Striegel\_Moore, Silberstein y Rodin, 1986) para adoptar la cultura de la delgadez.

Al respecto señala Gómez-Peresmitré(2001) debemos destacar, siguiendo lo que tan acertadamente sugieren Brownell y Napolitano (1995) quienes aparte de señalar lo poco que se conoce sobre la exposición de los niños a los ideales que promueven los medios de comunicación, la moda y demás, nos hacen notar que los niños desde muy temprana edad y cotidianamente, se exponen al modelo corporal que representa la famosa Barbie y el no menos famoso Ken, que van conformando tan naturalmente a través del juego las figuras ideales que, en la preadolescencia o en la adolescencia, intentarán hacer valer. Los investigadores nos proporcionan, de paso, cifras de venta anual referidas por the New York Times en 1994 de un billón de dólares para hacernos pensar en la magnitud de la presencia de dicha influencia, aparentemente inocua.

Davies y Furnham (1986) investigaron chicas británicas de 12 a 18 años de edad, encontrando que más del 50% deseaba adelgazar, cerca del 60% consideraba que debía de restringir su alimentación o modificar sus hábitos alimentarios, que cerca del 20% se encontraba haciendo algún tipo de dieta restrictiva y que casi el 40% practicaba algún tipo de actividad física.

Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980) llevaron a cabo un estudio en el que revisaron el peso y la talla de los modelos de la revista Play Boy y de las concursantes y ganadoras del concurso de “Mis América” desde 1959 hasta 1978 encontrando no sólo una disminución del peso sino también de las medidas del pecho y caderas. Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens (1992) han hecho una réplica de este estudio y en él ponen de manifiesto que los pesos de las “misses” no sólo han disminuido entre 1979 y 1988 sino que están entre un 13% y un 19% por debajo del peso normativo. Toro, Cervera y Pérez (1989) hicieron un análisis de la publicidad “pro-esbeltez” incluida en las diez revistas femeninas con más de cien mil ejemplares editados que se publican en España y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso. En muchos estudios se observa que una gran mayoría de mujeres quisiera pesar menos aunque presenten un peso absolutamente normal (Gómez-Perezmitre, 1998) (Raich,, Muñoz, Pérez y Requena, 1991).

Cabe mencionar que la delgadez de la figura femenina ha cambiado según la época por ejemplo, así como en la era victoriana la mujer se “corseteaba” para mostrar ante la sociedad un cuerpo moldeado de acuerdo con la estética reinante, ahora está aprisionada por la “dieta corsé”, con la que pretende moldear su figura de acuerdo con un ideal de belleza irreal y, en la mayoría de los casos, inaccesible. Y en todo este fenómeno el papel de la sociedad es primordial. El modelo ideal de figura y peso femenino, tal como se lo publicita en la actualidad, atenta contra la salud de la mujer, por exigir un peso que la mayoría de las mujeres no puede ni debe alcanzar. Sin duda, por la persistencia de esta tendencia, es lamentablemente cierto que una mujer delgada tiene más posibilidades de tener éxito, de conseguir un trabajo o una pareja. Podemos decir sin temor a equivocarnos que esta exigencia estética es la forma moderna de dominación sobre el cuerpo de la mujer en nuestra sociedad occidental. Pero vale la pena resaltar que para más de la mitad de la población mundial ser delgado no es algo valioso, sino todo lo contrario. (Crispo, Figuera y Guelar, 1996)

Las investigaciones realizadas durante las últimas dos décadas confirman la popularidad que han adquirido las dietas reductoras de peso y los hallazgos de las mismas concuerdan

con lo que señalan Hill y Oliver (1992), quienes subrayan que existe mayor obsesión por las dietas relacionadas con el control de peso en las adolescentes y dijeron haber empezado antes de los 15 años según los resultados de Whitaker, Davies, Shaffer, Jonson, Abramas, Walsh y Kaliko(1989). También en ellas se han encontrado prácticas alimentarias más extremas (formas anómalas de comer) tales como prácticas de evitación: ayuno, saltarse comidas, uso de inhibidores del hambre, ejercicio excesivo; y prácticas de expulsión: como vómito auto inducido, uso de laxantes y de diuréticos.

Killien, Taylor, Telch, Taylor, Maron y Robinson (1986) observaron en una muestra de 1728 estudiantes de bachillerato, que entre las niñas un 10% había recurrido al vómito auto inducido y un 7% al uso de laxantes.

La AN es una enfermedad que ha ido aumentando en las últimas décadas entre personas de países sajones y generalmente ocurre en adolescentes del sexo femenino, entre los 13 y los 25 años, aunque no se descarta un gran número de adolescentes del sexo masculino, mujeres adultas y hombres. Las personas con AN se encuentran obsesionadas por conservar el peso correspondiente a la edad y a una determinada talla, con un miedo intenso hacia la obesidad. Este miedo provoca la disminución en el consumo de alimentos hasta llegar a la inanición, y tiene como consecuencia una pérdida progresiva de peso. De acuerdo con la revisión de la teoría socio-cultural que Hsu realizó en 1983 sobre la AN, concluyó que ésta es más frecuente en mujeres que en hombres, predominando más en adolescentes mujeres de clase social alta en países desarrollados. Así se observa que en la adolescencia se enfatiza la importancia de atractivo físico, ya que es durante esta etapa de la vida cuando pueden modificarse ideas, costumbres, creencias y hábitos, ya establecidos, de aquí que el adolescente puede orientarse a la búsqueda de un auto concepto y una imagen corporal más acorde con la idealizada por su núcleo social. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

### **Antecedentes del estudio de los TCA en México.**

Los Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema cada vez más frecuente de la salud mental en mujeres jóvenes en el mundo (APA, 1994; OMS 1992), y México no es la excepción (Mancilla y Gómez-Peresmitré 2006); sin embargo, la magnitud actual del problema en nuestro país se desconoce con precisión debido a la ausencia de estudios con muestras representativas de la población.

Hasta hace poco tiempo en México parecía existir el consenso no explícito de que los TCA eran un problema minoritario, y ocuparse de él resultaba de alguna manera frívolo frente a la importante presencia de problemas como la tuberculosis, la desnutrición, o la esquizofrenia. La principal justificación para lo anterior estaba en la escasa o nula demanda de atención por TCA. Sin embargo en la última década, aumento el número de pacientes atendidos por TCA y con ello el número de centros de atención, públicos y privados. Hasta 1992 existía una sola clínica a nivel público, pero actualmente se cuenta además con 10 clínicas privadas, cuatro de ellas en ciudades de provincia y el resto en la Ciudad de México. La adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los TCA dada la convergencia de los retos físicos y psicológicos. (Gowers y Shore, 2001).

En México se han encontrado porcentajes desde 5% hasta 18% de conductas alimentarias de riesgo (ayunos, realización de dietas restrictivas, ejercicio exagerado, etc.) en muestras de mujeres estudiantes universitarias (Unikel, Bojorgez y Carreño, 2004).

El IMSS y el ISSSTE, los institutos de salud en México con mayor número de derechohabientes no cuentan con personal especializado para la detección y el tratamiento de estos padecimientos. Por otro lado, los institutos más importantes en nuestro país dedicados al tratamiento, investigación y formación de especialistas en Trastornos de la Conducta Alimentaria son unos cuantos y están concentrados mayoritariamente en el Distrito Federal: El Instituto Nacional de Ciencias Médicas, El Instituto Mexicano de Psiquiatría, La Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Fundación Internacional CBA. (Barriguet 2004).

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría: la clínica de trastornos de la alimentación ofrece atención terapéutica y hospitalaria, trabajan en estudios epidemiológicos, primeramente en grupos de riesgo y actualmente en población adolescente en encuestas regionales importantes. (Unikel et al. 2004).

En la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con relación a la investigación, a la prevención y grupos de riesgo, se realizan estudios en

población escolar, con niños, adolescentes y jóvenes, así como estudios transculturales (Dra. Gómez-Peresmitré et al 2006).

Durante el año 2003, los casos de AN y BN en México tuvieron un incremento considerable; los ingresos de primera vez a la Clínica de Atención de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría aumentaron de 1.9% a 67.9% en cinco años. Esto determina que existe un problema grave en cuanto al desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria en México (Unikel 2004).

El propósito del tratamiento de los TCA es ayudar a las personas obesas a evitar comer excesivamente, ayudar a las pacientes con anorexia nerviosa a disfrutar de la comida y a disminuir su miedo a engordar, y ayudar a las pacientes bulímicas a cambiar su comportamiento alimentario. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

### **Trastornos de la alimentación y sexualidad.**

Llegar a entender la propia sexualidad es un desafío importante al que se enfrentan los adolescentes. Parece que muchas mujeres que tienen un trastorno de alimentación perciben una asociación entre el comer y la sexualidad. Los conocimientos, las actitudes y el comportamiento sexual de las mujeres relacionados con un trastorno en la alimentación cubren un amplio espectro. Esto no es sorprendente ya que muchas están demasiado preocupadas por su imagen corporal y sus relaciones con otros. Se ha encontrado que hay una relación entre el comportamiento alimentario y el comportamiento sexual de las mujeres que se han estudiado. Se identifican cuatro categorías: sexualidad negada; sexualidad insegura; sexualidad pasiva; y sexualidad activa. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994, pp.47\_53).

Sexualidad negada: La mujer evita los desafíos a su sexualidad y suprime sus sentimientos sexuales. Tiene actitudes negativas ante la pubertad, la menstruación la masturbación y las relaciones sexuales. Dichas actitudes pueden ser agravadas por una falta de conocimiento de su anatomía genital, de la menstruación, de la contracepción y del comportamiento sexual, evita leer sobre la sexualidad y es rígida y obsesiva en sus actitudes hacia la vida.

Sexualidad insegura: Estas mujeres parecen utilizar su comportamiento alimentario para demorar los encuentros sexuales hasta que se sientan preparadas para afrontarlos. La mujer tiende a tener dificultad para formar una relación afectuosa y madura, aunque pueden llegar a casarse. Las mujeres de este grupo pierden peso predominantemente mediante el régimen y el ejercicio. Si deciden utilizar laxantes o diuréticos, sólo toman pequeñas cantidades durante cortos periodos de tiempo. Normalmente tienen anorexia nerviosa pero pueden ser obesas.

Sexualidad pasiva: En las mujeres de este grupo también parecen utilizar su trastorno alimentario para evitar formar un compromiso sexual hasta que ellas quieran. El comportamiento alimentario les ofrece la oportunidad de imponer una “moratoria intermitente” en su actividad sexual. Las mujeres de este grupo llegan a estar implicadas en relaciones sexuales, pero no son muy sensibles, negando que disfruten de las experiencias. Dado que no desean comprometerse tienden a escoger personas casadas, con quienes no es posible mantener una relación a largo plazo.

Sexualidad activa: Las mujeres de este grupo son incapaces de mantener una relación duradera y tienen frecuentes encuentros sexuales casuales. Normalmente han tenido su primera experiencia sexual a una edad temprana. Tienden a ser histriónicas, y socialmente activas, pero por dentro se sienten solas.

### **La familia como precursora del trastorno de la conducta alimentaria**

Se ha mencionado que la familia juega un papel importante en el desarrollo del TCA. Strober y Humphrey (1987) expresan que los padres de las bulímicas tienden a la disminución de su autoestima, son menos colaboradores y nutrientes y más restrictivos que los de las no bulímicas.

Por otro lado también Johnson y Flach(1985) y Ordman y Kirschenbaum(1986) encontraron que las mujeres bulímicas comunicaban conflictos familiares graves y baja cohesión familiar.

Wilson (1983) propone que los síntomas de la anorexia, bulímica y/o restrictiva, se producen por un terror abrumador a la gordura causado originalmente por la identificación

con padres que poseen un temor semejante. Sperling (1978) establece que los trastornos de la alimentación se originan en la primera infancia cuando se perturba la simbiosis madre-hijo, confirmados a su vez por Wilson (1980).

Cinco son las características que Wilson enuncia acerca del perfil psicológico de estas familias:

- A.-Exhibición del perfeccionismo. En los padres de los bulímicos, a pesar del perfeccionismo que exhiben, se observa una mayor tendencia a los conflictos personales y conyugales, al divorcio y a la adicción.
- B.-Desestimación de los afectos, cuyo origen se encuentra en la hipermodalidad explícita de los padres.
- C.-Infantilización en la toma de decisiones, hipercontrol de los niños. En algunas familias no se permitía la diversión en sí misma, puesto que todo debía tener un propósito noble o ser motivo de una discusión intelectual o erudita.
- D.-Excesiva preocupación por la gordura y la dieta. La excesiva preocupación y control de los padres por los hábitos alimentarios de su hija facilitan la aparición de síntomas psicosomáticos en ella.
- E.-Exhibicionismo de los padres en sus conductas sexuales y en el baño. Tales experiencias, unidas a la hipermoralidad y a la fachada de perfección, provocaban una inhibición del desarrollo psicosexual normal en las hijas adolescentes. (Zukerfeld, 1996 pp. 83).

McDougall (1987) considera que el manejo de la conducta alimentaria es un intento de defensa contra el dolor y el conflicto psíquico, que busca establecer una función de límite y separación, imposible de realizar en el nivel intrapsíquico. Este autor agrega que el acto bulímico se realiza como expresión de una furia inefable, imposible de ser proyectada en un contexto exterior. (Zukerfeld, 1996).

### **Beneficios secundarios de padecer un Trastorno Alimentario**

Las mujeres que sufren un trastorno en la alimentación es probable que vean ventajas en seguir su comportamiento alimentario “anormal”. La mujer puede percibir las ventajas como mayores que las desventajas del trastorno, de manera que está más cómoda si persiste con el comportamiento que si lo cambia. Las ventajas varían y dependen de si la persona

tiene anorexia nerviosa, bulimia o si es extremadamente obesa. Un trastorno alimentario puede convertirse en un pasatiempo totalmente absorbente que conduce a la exclusión de la mayoría de las actividades propias de la edad. De esta manera la paciente puede evitar tomar decisiones y puede reducir los desafíos que tiene que afrontar. Si los desafíos son sexuales, puede que la mujer utilice su demacración o su obesidad para evitarlos, pretendiendo que la forma distorsionada de su cuerpo repelería en lugar de atraer a los hombres. Otras mujeres encuentran que su demacración, u obesidad, hace que los otros miembros de la familia se preocupen. La mujer se vuelve el centro de preocupación e induce a la familia a expresarle su amor y a esforzarse en “cuidarla”. De esta manera puede manipular a la familia y obtener satisfacción de su comportamiento, esto confirma a la persona lo importante que se ha hecho para ellos gracias a su problema. Puede sentirse dependiente, sin sentirse culpable, y puede utilizar esta “enfermedad” para evitar una situación social o familiar. En otros casos la persona utiliza su trastorno alimentario para evitar tratar otros problemas en la relación con su esposo o su familia, o para evitar asistir a funciones sociales, en las que se siente violenta. La demacración u obesidad de la persona puede ser utilizada para evitar la competición. (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

Se debería hacer la pregunta ¿Porque es delgada la mujer de hoy? La respuesta es que la delgadez es una condición social de éxito y es una garantía de buena salud. Beck (1976) ha demostrado que el ideal de la delgadez se impone más entre mujeres con un nivel cultural más elevado y mayor ambición profesional. En la misma línea, Silverstein(1986) ha llegado a la conclusión de que cuanto más se preocupan las mujeres por lo que los demás piensan de su inteligencia, más delgadas están! Según Beck (1976) y Silverstein(1986), cierta redondez en las formas se asocia en las mentes a la feminidad, y ésta es asociada a la falta de inteligencia y a la incompetencia profesional, de donde se deduce el imperativo de la delgadez para las mujeres con ambiciones profesionales.

Finalmente, hay que añadir que el ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de la voluntad de seguir siendo joven. Se puede matizar que se refiere a la preservación de un cuerpo joven, como el que desean para sí mismas las anoréxicas, además adelgazando hasta el extremo de las posibilidades fisiológicas, la joven anoréxica consigue dos objetivos: purificando su cuerpo, purifica su alma. (Lexenaire, 1994).

## Capítulo 5

### Adolescencia

#### Definición de adolescencia

La adolescencia proviene del verbo latín “*adolecere*”, que significa crecer o llegar a la madurez. La adolescencia es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta. La pubertad es el periodo en que una persona alcanza la madurez sexual y adquiere la capacidad de reproducirse. (Rice, 1997).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Sin embargo la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere. La OMS estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.

Cabe señalar que entre el 11 y el 17% de los adolescentes de entre 14 y 19 años tienen sobrepeso y entre el 2 y el 5% están obesos. Las adolescentes tienen el doble de probabilidades de estar obesas comparadas con los adolescentes. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994).

De acuerdo con Blos (1968 pp.25) existen etapas cronológicas, que se observan de acuerdo con un punto de vista evolutivo, aunque puede darse una edad aproximada en cada una de ellas:

Pre adolescencia (9 a 11 años): en esta etapa comienzan metas impulsivas, se presentan algunas fobias, miedos o tics nerviosos que desaparecen pronto. Los varones suelen ser hostiles con las mujeres.

Adolescencia temprana (12 a 15 años): se intensifican las metas impulsivas y los afectos, hay identificación con el padre del mismo sexo, se favorece el inicio de la madurez emocional, ya que se expresan mejor y emplean mayor tolerancia a la frustración.

Adolescencia como tal (16 a 18 años): en esta etapa culmina la formación de la identidad sexual; la vida emocional se hace más intensa y profunda; se orientan acciones, pensamientos y valores hacia la realidad.

Adolescencia tardía (19 a 21 años): se presenta una mayor integración en el trabajo, en el amor y se afirman creencias e ideologías; se busca una ocupación.

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza casi ha dejado de crecer, habiendo realizado la mayor parte de su desarrollo en los 10 años de vida. Las manos y los pies casi alcanzan su talla adulta; luego hay un aumento en el largo de las piernas y brazos. El estiramiento físico que a menudo se da en esta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Ávila, 1997).

### **Factores individuales, sociales e interpersonales en el adolescente.**

Debido al conjunto de cambios que impactan directamente en la morfología y funcionamiento del cuerpo de los adolescentes, existe un efecto importante de estos sobre el desarrollo de la identidad genérica, es decir, la que se vincula al significado de ser hombre o ser mujer. De acuerdo con Fernández (1996), existen diversos factores que condicionan la redefinición sexual y de género en la adolescencia:

- 1.- Factores individuales: que se relacionan directamente con los cambios biológicos y psicológicos que experimentan las y los jóvenes. Por supuesto, es importante señalar como sugieren Paikoff y Books (1991) que el impacto que estos cambios tienen, no se limita a la configuración corporal sino también, al significado que cultural y socialmente se otorga a dichos cambios.
- 2.- Factores socioculturales: que se vinculan con las actitudes y el tipo de valores que predominan en determinada sociedad, alrededor justamente de los cuerpos sexuados. En cada grupo social, pese a que las características biológicas entre hombres y mujeres son exactamente las mismas, el significado psicológico que se les otorga puede variar enormemente. De acuerdo con lo anterior, en cada sociedad se desarrolla un conjunto de

valores y creencias alrededor del significado que tienen los cambios corporales, así como sus implicaciones en un nivel social, pues en conjunto, resultan indicadores de un proceso madurativo de las personas que en breve serán los hombres y las mujeres de la sociedad. Por lo tanto, se desarrollan expectativas de comportamiento y lineamientos sobre cuál es la manera más apropiada de comportarse y qué tipo de características deben reforzarse en cada uno dependiendo del sexo biológico. (Huston y Alvarez, 1990) Lo anterior se debe primordialmente al hecho de que en la adolescencia existe como prioridad la búsqueda de una identidad independiente, autónoma y libre, pero a su vez, los adolescentes están sujetos a la normatividad que establece que tipo de aspectos o características los hace más deseables y aceptados por su grupo.

3.-Factor interpersonal: este factor se vincula con el grupo o grupos a partir de los cuales el o la adolescente aprenderá de manera directa y permanente, los comportamientos y actitudes socialmente deseables para su persona. En este factor, se incorpora el impacto que los padres, los amigos o la propia pareja pueden tener en el desarrollo de la identidad adolescente. Un aspecto trascendental de la socialización del adolescente tiene lugar justamente en el entorno familiar, y por ende, el papel de esta es crucial, sobre todo en los primeros años de vida. Prácticamente desde la infancia el sexo se convierte en el marco de referencia para la asignación de papeles o roles que diferencian a hombres y mujeres (Corona, 1998). Estos roles se componen de conductas y actividades específicas que son asignadas de manera tradicional a hombres o a mujeres, e incluso también se relacionan con la serie de características de personalidad que desarrollan las personas y que se hacen manifiestas en estos roles. Los padres están interesados en que sus hijos e hijas adopten los comportamientos pertinentes a su sexo y por tanto ejercerán como sugieren algunos autores Lyton y Rommey (1991), una fuerte influencia en la construcción de la identidad. (Rocha 1995 pp.15-17)''.

Prácticamente una de las cosas más importantes es el tipo de características que los padres tienen, así como las expectativas en torno al comportamiento de los hijos e hijas. De manera general en la literatura se plantea que el padre es el prototipo del rol instrumental y masculino, es decir, toma decisiones en la familia y tiende a establecer las reglas y control de la familia. Por su parte, la madre es quien ejecuta un rol más expresivo, vinculado a la atención y cuidado de la familia.

En un segundo proceso de socialización, los padres, los amigos y la pareja del adolescente, constituyen el otro puente de conexión entre lo que culturalmente se esperaría de él o ella en función de su sexo y lo que le permite ser mejor aceptado dentro de su cultura. Dada la etapa, los amigos juegan un papel crucial en el desarrollo del adolescente y por tanto su influencia también es muy importante en la delimitación de rasgos y comportamientos que les permiten ser aceptados dentro del grupo de amigos o amigas. Lips (1993) sugiere que entre los varones se siguen reforzando aspectos como la afectividad y la independencia, en tanto en las mujeres se refuerza la expresividad, la empatía y la preocupación por otros.

Los adolescentes se sienten presionados por ser atractivos como seres sexuales que interactúan y compiten con otros. Aunado a ello, el adolescente busca pertenecer a un grupo y ganarse la aprobación y respeto de los compañeros, lo que exige una mayor acentuación de las características que permiten diferenciar entre el grupo de hombres y el grupo de mujeres.

### **La adolescencia y los estereotipos**

Los estereotipos en términos generales corresponden a una serie de creencias populares sobre las actividades, los roles, los rasgos, las características o atributos que caracterizan y distinguen a los hombres de las mujeres (Delgado, Bustos y Novoa, 1998) y además son creencias socialmente compartidas, por lo cual parecen inmóviles. (Lips, 2001).

De acuerdo con Deaux y Lewis (1984) los estereotipos de género tienen cuatro componentes: rasgos, conductas de rol, ocupaciones y física, es decir, que cuando pensamos alrededor de hombres y mujeres, tendemos a hacer asociaciones sobre el tipo de características que deben poseer, el tipo de conductas que deben desempeñar, el tipo de actividades en las que se desenvuelve e incluso sobre la manera en la que tienen que verse físicamente.

Algunas personas han creído que la adolescencia produce una tendencia hacia las respuestas estereotipadas, tal vez debido a cierta restricción de personalidad, por lo mismo de su corta edad. En el estereotipo el adolescente sabe lo que se dice de él y cree que ésta es la forma en que él debiera ser, por lo cual hace sus mejores esfuerzos para emular la imagen que ha sustentado la sociedad. (Horrocks 1984).

A través de diferentes sociedades y culturas la masculinidad ha estado relacionada con la autonomía, el dominio (cuyo poder es incuestionable y absoluto), la orientación al logro, la resistencia y la racionalidad, en tanto la feminidad se asocia a la sumisión, la abnegación, la dependencia, a la expresividad y a los afectos, así como al cuidado de otros. (Los adolescentes se comportan en función de estereotipos fomentados por los medios de comunicación. (Spence y Helmreich, 1978).

En nuestra cultura por ejemplo se encuentra que los estereotipos sobre los hombres están ligados directamente con actividades de tipo productivo, y se encaminan a comportamientos específicos como la manutención y provisión de la familia y la posesión de rasgos como el de ser independientes, fuertes, dominantes, agresivos, competitivos, trabajadores, etc. Por su parte, los estereotipos sobre la mujer se vinculan a actividades de carácter afectivo y se traducen en comportamientos como el cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como con la posesión de características psicológicas tales como ser sumisas, abnegadas, delicadas, dependientes y pasivas, entre otras (Díaz, Rocha y Rivera, 2004).

Indudablemente, la familia y el contexto social tienen un impacto fundamental en la rigidez o la flexibilidad con la que los y las adolescentes viven sus propios roles e identidades de género. De esta manera como sugiere Geis (1993) los estereotipos tradicionales funcionan como estructuras de conocimiento o esquemas que automáticamente funcionan, sesgando la manera en la que percibimos e interpretamos nuestra conducta y nuestro entorno. Vale la pena destacar, que las personas derivan sus creencias estereotipadas de cada sexo, a partir de lo que observan, por ejemplo, a partir de la distribución diferencial de actividades y comportamientos (Hoffman y Hurst, 1990).

Los adolescentes se comportan en función de estereotipos fomentados por los medios de comunicación. Las jóvenes al tomar como modelo estereotipado de físico al de una adolescente casi púber, que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. O sea que para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no sólo hace falta “no” desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer, sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Obviamente el peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de las adolescentes, los medios de comunicación prometen a las mujeres de bajo peso y de figura esbelta una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. En las revistas para mujeres se incita siempre a tener un bajo peso aun debajo de lo normal, incluyen dietas milagrosas inventadas en Francia o en Estados Unidos (por ejemplo en Beverly Hills para los amantes de seguir el modelo de los famosos y de la gente adinerada), de esa forma se alienta la disconformidad con uno mismo, disfrazada de “mejorar”, “ser más exitosa”, “ser más atractiva”, o “gustarle más a los hombres”.

Más aun en las revista promueven el cambio total de la figura, proponiendo no solo dietas para adelgazar, sino también estrategias quirúrgicas que modificarían desde la cara hasta los pies. Señalando que puedes tener “un cuerpo ideal o espectacular”. De este modo se premia la delgadez y se desarrolla desde muy temprana edad prejuicios contra la gordura. El contexto sociocultural en el que se desarrollan las adolescentes ha ido cambiando según las épocas y es diferente en distintas sociedades. Es importante señalar que el “cuerpo ideal” en la mercadotecnia no es el ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante de ese momento determinado. (Crispo, Figueroa, Guelar, 2001).

### **La adolescencia como periodo de cambio.**

La adolescencia es una etapa particularmente rica aunque difícil del desarrollo, en la que es preciso enfrentar una cantidad de cambios no sólo en el propio cuerpo, que ya sería bastante, sino también a nivel psíquico, afectivo, de integración social, y sobre todo de tipo existencial. Todo o casi todo lo que hasta ese momento estaba organizado, comienza a ser motivo de cuestionamiento y ya no es suficiente lo aprendido. Entonces surgen las grandes preguntas y la búsqueda de nuevas respuestas personales, camino inevitable pero que genera bastante incertidumbre, y que no siempre encuentra a la persona suficientemente fuerte, dispuesta o bien acompañada para transitarlo.

Cuando un individuo atraviesa por el periodo de cambios y autoevaluaciones, modifica sus relaciones, sus actitudes y sus creencias. Como se dijo previamente, para algunos teóricos la adolescencia es un etapa decisiva en la construcción psicosociocultural de los roles y

características de género, dado que el conocimiento y la consistencia de los estereotipos de género aumenta progresivamente. (Díaz-Guerrero 1982).

En cuanto a los cambios físicos la adolescencia es una época de constante preocupación por la imagen corporal. Al final de la niñez, los cambios hormonales desencadenan un aumento de la altura en chicos y chicas. El estirón, tiene lugar antes en las chicas que en los chicos y conlleva a un incremento en la comida consumida. En las chicas el estirón precede a la menstruación y suele tener lugar hacia los 12 años y medio. Existe un intervalo temporal muy amplio en cuanto a la aparición y duración del estirón y las chicas pueden alcanzar su punto máximo tanto a los 10 años como a los 15. Ambos sexos demuestran un aumento de la masa muscular pero es más pronunciado en los varones. Las chicas presentan un incremento especialmente grande en el crecimiento de las caderas y, contrariamente a los chicos, no pierden grasa durante el estirón. De hecho, las chicas tienen una tendencia general a aumentar la grasa corporal, particularmente en la parte superior de las piernas, al dejar de crecer. También se deposita grasa debajo de la piel, en los senos y por encima de las caderas. La energía obtenida de los alimentos está limitada por el apetito de la persona. Durante el inicio de la adolescencia, factores desconocidos estimulan al adolescente a comer más, con el resultado de que el consumo energético para las mujeres llega a un máximo a la edad comprendida entre los 11 y los 14 años, en un momento en el que sus necesidades energéticas de una adolescente disminuyen, pero si sigue comiendo de la misma forma en que lo ha venido haciendo hasta entonces, absorberá un exceso de energía que se convertirá en grasa, y engordará. Tiene que controlar su consumo alimentario para controlar su peso.

Este es el dilema de la mujer. Puede que quiera permanecer delgada o adelgazar, porque las normas culturales lo imponen, o puede que rechace estas normas a causa de conflictos consigo misma o con su familia, o porque disfruta comiendo y encuentra en la comida una liberación emocional. (Braham y Llewellyn-Jones, 1994)

En muchas pacientes adolescentes los problemas de alimentación, que absorben toda su atención, “sirven” para evitar enfrentar situaciones para las que no se sienten aún capacitadas. (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996)

Un ejemplo de esto es tener que comenzar a lidiar con el sexo opuesto. Muchas veces las jóvenes evitan salir y conocer varones hasta lograr objetivos tales como: “cuando tenga el

cuerpo que quiero”, “hasta que no baje por lo menos cuatro kilos”. Otras rechazan invitaciones a bailar o a fiestas,” porque nada de la ropa que tengo me queda bien”. Por lo tanto empiezan a haber cambios en la conducta alimentaria.

En relación a las adolescentes y su familia, hay cambios en la independencia del chico o chica, pero no se ha puesto el énfasis suficiente en “educar para ser libre”. Esto implica transmitir a los hijos muchas veces que es importante oponerse a las generalidades y respetar la propia individualidad. No vivir pendiente únicamente de la imagen externa, del “qué dirán”, de estar de acuerdo con las expectativas de la mayoría solo porque son las de la mayoría, no por una elección que responde a valores de la familia.

Dentro de esta misma temática, muchas de las jóvenes con problemas de alimentación tienen dificultades para individualizarse, ser ellas mismas y diferentes del resto. Trabajar este punto se vuelve fundamental para encarar lo que significa crecer en esta etapa. Y más allá de la figura corporal o la imagen, se discute sobre la dificultad propia de la edad para “tener personalidad propia” y no dejarse esclavizar. (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

### **La familia y los adolescentes.**

Como se ha mencionado la familia del adolescente juega un papel determinante en su estado emocional y ajuste psicológico. En este estudio de la familia y su influencia en el desarrollo del adolescente se ha encontrado que los padres autoritarios son los que forman hijos con un mayor bienestar psicológico. Los hijos de padres autoritarios en Estados Unidos presentan altos niveles de estrés internalizado y depresión, pero poca conducta antisocial. Mientras que los hijos de padres negligentes presentan patrones de conductas problema tanto externalizada como internalizada, incluyendo en esta última la depresión (Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch, 1991).

Mowbray y cols(2004) señalan que cuando uno de los padres padece una enfermedad mental grave, se incrementa considerablemente el riesgo de que los hijos desarrollen problemas mentales. Actualmente es frecuente que algunos hijos crezcan en una familia donde hay un padre con un problema mental grave. Esto muchas veces implica que las madres eduquen a los hijos solas y que además se experimenten mayores problemas

económicos sociales y de trabajo que van a agrega graves riesgos para el desarrollo de los hijos que viven en este tipo de familias.

### **El suicidio en adolescentes con conducta alimentaria de riesgo.**

En este tema se aborda el riesgo del suicidio y su relación con la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes, considerando ambas conductas insertas en procesos dinámicos y multidimensionales, influidos por factores de distinta índole que en su conjunto se constituyen en importantes indicadores de riesgo para la salud emocional de los adolescentes.

El suicidio es considerado un “auto asesinato” (Moron, 1992). De acuerdo con el Gran Diccionario de la lengua española (1996), la palabra suicidio proviene del Ingles “suicide”, desde la etimología latina *sui* significa sí mismo y *caedere*, matar.

Se define como: acto por el que la persona se quita voluntariamente la vida (Enciclopedia Hispanica XIII, 1990, pp.314). El suicidio es una conducta humana que ha estado presente a lo largo de la historia, aunque con diferentes significados que van desde una muestra de valentía y honor, hasta la manifestación de la más profunda vulnerabilidad; incluso se le considera como un acto de alienación producto de un episodio de locura. De ahí que en ocasiones se le exalte y en otras se le condene.

La mayoría de los trastornos mentales se asocian con un alto riesgo de suicidio, especialmente los trastornos afectivos y por ansiedad (Brent, 2001), y es más alto en la población adolescente (Rihhmbler, Belso y Kiss, 2002). Las conductas suicidas son observadas con frecuencia en los trastornos alimentarios, Herpertz (1995) reporto que 54% de los pacientes con conductas suicidas tienen un trastorno alimentario. (Fullerton, Wonderlich y Gosnell, 1995). Las mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria tienen una prevalencia más alta de intentos de suicidio que las mujeres en la comunidad que no tienen un trastorno de la conducta alimentaria (Corcos, 2003) y el suicidio es considerado una de las principales causas de muerte en la anorexia. (Herzog, 2002).

Entre las razones que llevan a algunos adolescentes a realizar dichas el suicidio se encuentran: aliviar el sentimiento de vacío, castigarse a sí mismos, parar los sentimientos negativos desagradables o para sentirse relajados (Spirito y Overholser, 2003). En los adolescentes, el suicidio puede entenderse metafóricamente como una petición de ayuda generalmente dirigida a los padres (De Clerqu, 1997). Incluso se ha encontrado que en la mayoría de las ocasiones, después del intento suicida los padres modifican su conducta realizando más comentarios de apoyo y de comprensión, así como siendo más cuidadosos con lo que dicen, con ello se confirma que el intento suicida logro el objetivo de que genere un trato diferente entre los miembros de la familia (Wagner, Aike, Mullaley y Tobin, 2000) Para Harrington (2001) la conducta suicida en los adolescentes puede explicarse a partir de la combinación de la depresión con ciertas características de personalidad, tales como la agresión o la propensión a tomar riesgos. Algunos aspectos comunes de las personas que han intentado suicidarse o que se ha suicidado son que con sus conductas autodestructivas tienen como propósito la búsqueda de una solución, suspender la conciencia (dejar de darse cuenta de lo que pasa) y detener el intolerable dolor psicológico, que con frecuencia es detonado por la frustración de las necesidades psicológicas. El estado emocional que les acompaña es la desesperanza y la sensación de que no se cuenta con ayuda, por lo que genera un profundo sentimiento de tristeza y de amino depresivo. Con frecuencia se comunica a las personas cercanas que se tiene la intención de suicidarse. Consistentemente han tenido dificultades para enfrentar problemas a lo largo de la vida (Singh y Jenkins, 2000).

### **Factores que pueden desencadenar problemas alimentarios en los adolescentes.**

Como ya se ha observado la adolescencia trae consigo innumerables cambios tanto a nivel psicológico como físico y estos a su vez hacen que el adolescente se sienta a disgusto con su figura, por lo tanto hay factores que pueden desencadenar trastornos en la conducta alimentaria, por ejemplo:

- 1.- Problema con la autonomía; los jóvenes viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre “adecuada” les deja poco margen de seguridad para

desarrollar un pasamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Planteos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamientos o dejarán temporariamente insatisfechos a otros.

En general, las jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes: cambios de la escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto, etc. Muchas de las adolescentes siguen un régimen alimenticio por copiar a otras compañeras de clase, para formar parte del grupo y no porque necesiten perder peso, o como una forma de competencia para ver quien logra perder más peso.

Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser “especial” y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol.

2.- Déficit en la autoestima; Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como “autoestima”. Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como “ideal” es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima. Los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima esta mas conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etc.

3.- Camino a la perfección y autocontrol; la tendencia al perfeccionismo es bastante común entre las jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Esa búsqueda de la perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. De este

modo, logran ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida.

También es bastante frecuente encontrar en las jóvenes con trastornos del comer una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que les son difíciles de manejar. Hasta que finalmente comprueban que el sistema de control se les vuelve en contra.

4.- Miedo a madurar; Los trastornos de la alimentación se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un periodo de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más “de mujer”. Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la alimentación, este puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.

Generalmente, estas jóvenes están muy “estancadas en la niñez” y tienen miedo a crecer y a manejar la independencia que eso implica. O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

5.- Rasgos familiares; A veces se dice que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son “causantes” del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros. Sabemos que un trastorno de ese tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia y originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación. Y podemos afirmar sin temor a equivocarnos que este tipo de interacción suele estar más relacionado con la evolución de la enfermedad que con su origen. O sea que no es justo de ningún modo declarar a priori que las familias son “causantes” de la situación. Consideramos

que el hecho de que una familia tenga una crisis no necesariamente implica que sea una familia “patológica”.

Lo que sí es innegable es que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social. Los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron durante el crecimiento.

Parece más ecuánime pensar en una combinatoria de fuerzas de orígenes diversos: social, individual y familiar, de cuya interacción resulta el desarrollo de un trastorno de la alimentación que tendrá, por lo tanto, características específicas en cada caso. (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001 pp72-80).

# Capítulo 6

## Metodología

### **Objetivo**

Determinar la relación entre ansiedad, depresión y estrés con conductas alimentarias de riesgo asociados con Trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres.

### **Objetivos específicos.**

- 1.-Determinar si la variable ansiedad se relaciona con los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.
- 2.- Determinar si la variable depresión se relaciona con los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.
- 3.-Determinar si la variable estrés se relaciona con los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.

### **Problema general.**

Determinar si las adolescentes con mayores índices de ansiedad, depresión y estrés presentan puntajes más altos en los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.

### **Problemas específicos.**

- 1.-Observar si un puntaje alto en el índice de ansiedad se relaciona con los factores de riesgo (seguimiento de dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva) asociados con el desarrollo de TCA.
- 2.-Observar si un puntaje alto en el índice de depresión se relaciona con los factores de riesgo (seguimiento de dieta crónica restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva) asociados con el desarrollo de TCA.
- 3.-Observar si un puntaje alto en el índice de estrés se relaciona con los factores de riesgo (seguimiento de dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria compulsiva) asociados con el desarrollo de TCA.

## **Hipótesis**

- 1.-Las adolescentes con mayor índice de ansiedad presentaran puntajes más altos en los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.
- 2.-Las adolescentes con mayor índice de depresión presentaran puntajes más altos en los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.
- 3.- Las adolescentes con mayor índice de estrés presentaran puntajes más altos en los factores de riesgo asociados con el desarrollo de TCA.

## **Identificación de variables.**

Variable dependiente:

- 1.-Seguimiento de dieta crónica y restringida.
- 2.-Preocupacion por el peso y la comida.
- 3.-Conducta alimentaria compulsiva

Variable independiente:

- 1.- Ansiedad
- 2.-Depresión.
- 3.- Estrés.

## **Definición de variables**

A.-Variable dependiente

- 1.-Seguimiento de dieta restringida

Definición Conceptual:

Programa alimentario de ingesta intencional específico a fin de controlar el peso corporal (Gómez Peresmitré y Avila, 1998).

Definición Operacional:

Esta variable se midió a través de las respuestas arrojadas por el factor 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA), que mide seguimiento de dieta crónica y restringida, mismas que se encuentran incluidas en el Cuestionario de Alimentación y Salud.(Gomez Pèrez-Mitrè, 1998).

## 2.-Preocupación por el peso y la comida.

### Definición Conceptual:

La preocupación por el peso y la comida puede definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y la forma del cuerpo, miedo a subir de peso, interés por el control de peso a través de una ingesta alimentaria restringida y ejercicio, ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo (Gómez Pérez-Mitrè, 1998).

### Definición Operacional:

Esta variable se midió a través de las preguntas que conforman el factor 2 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios ( EFRATA), que mide preocupación por el peso y la comida, mismas que se encuentran incluidas en el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

## 3.-Conducta Alimentaria Compulsiva:

### Definición Conceptual:

Son aquellas formas, hábitos y costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos (anorexia y bulimia). Estos se caracterizan por una alimentación desordenada, excesiva y descontrolada, se presentan pero no con la frecuencia con la que ocurren en los casos clínicos. (Gómez Pérez-Mitrè, 1998).

### Definición Operacional:

Esta variable se midió a través del factor 1 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios ( EFRATA, Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998) que mide conducta alimentaria compulsiva.

## B.-Variables independientes

### 1.-Depresión:

### Definición Conceptual:

Es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente American Psychiatric Association, (2000).

Definición Operacional:

Esta variable se midió con las respuestas dadas en la Escala de depresión de Zung.

## 2.- Ansiedad:

Definición conceptual:

La ansiedad se define como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (Lobo y Campos 1997).

Definición Operacional:

Esta variable se midió a través de las respuestas dadas en el Inventario de Ansiedad de Beck.

## 3.- Estrés:

Definición Conceptual:

Evans y Cohen (1987) definen al estrés como " las reacciones fisiológicas y psicológicas no placenteras, a estímulos nuevos, demandantes y frecuentemente persistentes". (Ortega, Mercado, Reidl y Estrada, 2005).

Definición Operacional:

Esta variable se mide con la Escala de estrés alimentario de Gómez-Peresmitré (2001). Compuesta por 19 ítems. Con 5 opciones de respuesta que van desde nunca hasta siempre, cuenta con una varianza explicada de 42.13% y Alpha General= 0.83

## **Muestra**

La muestra *no probabilística* quedó formada por N=205 adolescentes mujeres de 15 a 18 años de una preparatoria particular del Estado de México.

## **Diseño de investigación.**

Esta investigación es una investigación no experimental. De tipo transversal (donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único) y descriptivo (ya que tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables).

## **Instrumentos**

1.-Escala de depresión de Zung (1970). Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Utiliza una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 *raramente* o *nunca* hasta 4 *casi todo el tiempo* o *siempre*.

2.- Inventario de ansiedad de Beck (1988) El Inventario de Ansiedad de Beck es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a *en absoluto*, 1 a *levemente- no me molesta mucho*, 2 a *moderadamente-fue muy desagradable pero podía soportarlo* y la puntuación 3 a *severamente, casi no podía soportarlo*.

3.-Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gomez-Peresmitré.y Avila 1998). Está integrado por 7 factores, de los cuales solo se midieron para efecto de la investigación el Factor 1,2 y 6. Las opciones de respuesta van desde *nunca* hasta *siempre*.

Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva, consta de 14 preguntas. Con una varianza explicada = 16.5% y un  $\alpha=.9051$

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida, consta de 9 preguntas. Con una varianza explicada=7.4% y un  $\alpha=.8242$

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva, consta de 6 preguntas. Con una varianza explicada=2.6% y un  $\alpha=.8136$

4.-Escala de estrés alimentario de Gómez-Peresmitré (2001). Compuesta por 19 ítems. Con 5 opciones de respuesta que van desde *nunca* hasta *siempre*, cuenta con una varianza explicada de 42.13% y  $\text{Alpha General}= 0.83$

## **Procedimiento**

-Se acudió a la escuela participante para solicitar el correspondiente permiso, a las autoridades pertinentes, una vez obtenido se solicitó el apoyo de las adolescentes y sus padres para participar en el estudio (consentimiento informado), en él se señaló el objetivo del mismo así como la confidencialidad de las respuestas haciéndose hincapié en el carácter de no obligatoriedad.

-La aplicación de los instrumentos fue de manera grupal en sus salones de clase y de manera voluntaria, se les dio las adolescentes el paquete de pruebas ya organizadas para cada una (ver anexo) y se les dio las instrucciones para contestarlo, para tal motivo se contempló un tiempo estimado de inicio y terminación del examen de por lo menos de dos horas.

## Capítulo 7

### Resultados.

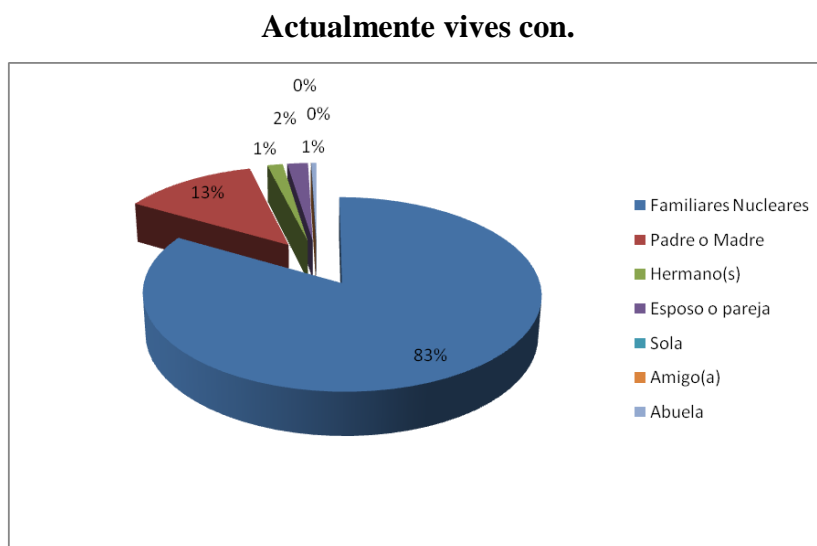
El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre ansiedad, depresión y estrés con conductas alimentarias de riesgo asociadas con trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes.

Se analizaron los datos de este estudio empleando estadística descriptiva e inferencial mediante el programa SPSS versión 19.

#### Descripción de la muestra

Sexo y edad.

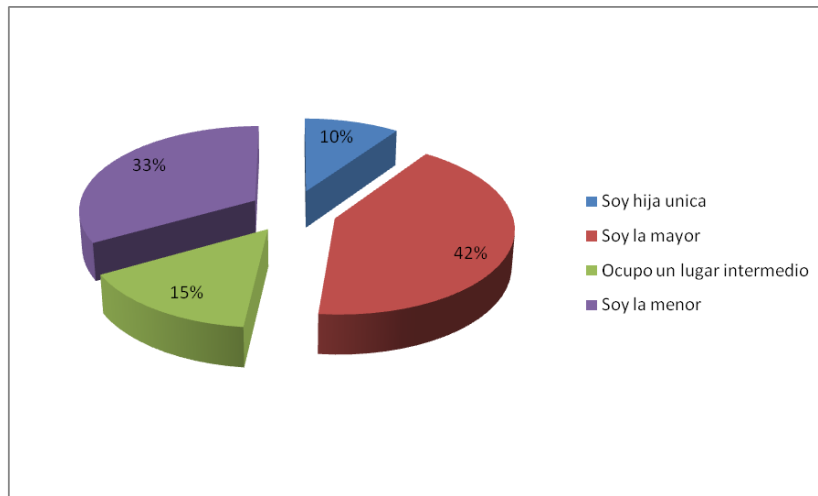
Se trabajó con una muestra total no probabilística de N=205, mujeres adolescentes de 15 a 18 años, de una escuela preparatoria particular del estado de México. A continuación se describen algunas características de la muestra.



**Figura 1**

En esta pregunta de acuerdo con las respuestas de los participantes, se observó que la mayoría de las adolescentes vive con la familia nuclear (83%), o con Padre o Madre por separado (13%), cabe resaltar que ninguna de las participantes adolescentes reportó vivir sola o con un amigo o amiga (figura.1).

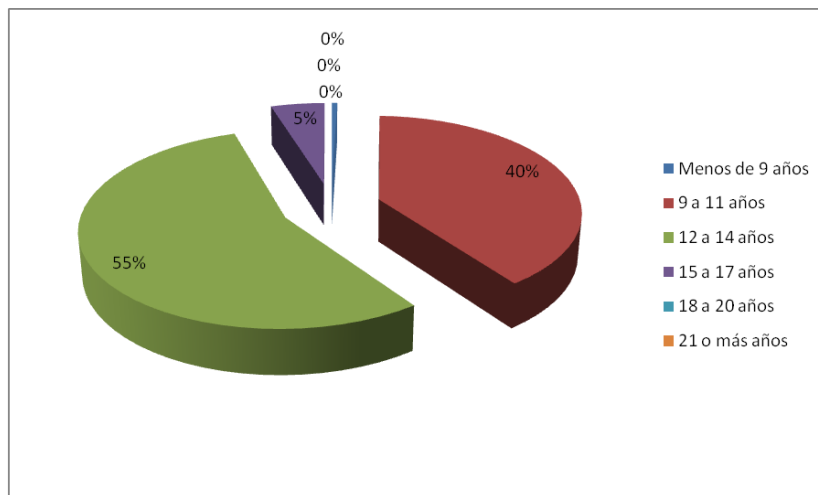
### Lugar que ocupas entre los hermanos



**Figura 2**

En esta pregunta se pudo observar que la mayor parte (42%) respondió ser la hija mayor y en menor frecuencia la menor (33%), muy pocas contestaron ser hijas únicas, como se puede observar en la figura 2.

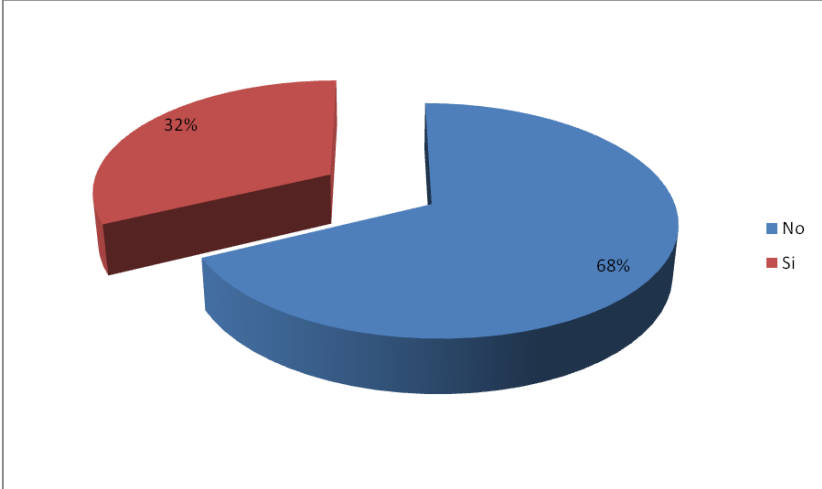
### Edad de la primera menstruación



**Figura 3**

La mayoría de las adolescentes en esta parte de la encuesta respondió que tenían entre 12 a 14 años de edad cuando tuvieron su primera menstruación, seguida de la respuesta 9 a 11 años, se puede observar que ninguna menstruó antes de los 9 años. Ver figura 3.

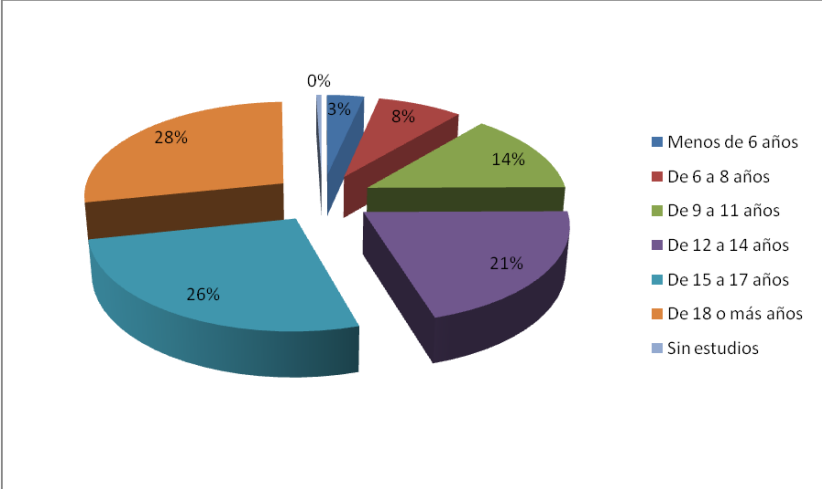
**Vida sexual activa**



**Figura 4**

El 68% de las adolescentes reporta no tener o haber tenido vida sexual activa, en comparación con el 32% de las adolescentes que mencionan tener o haber tenido vida sexual activa (figura 4).

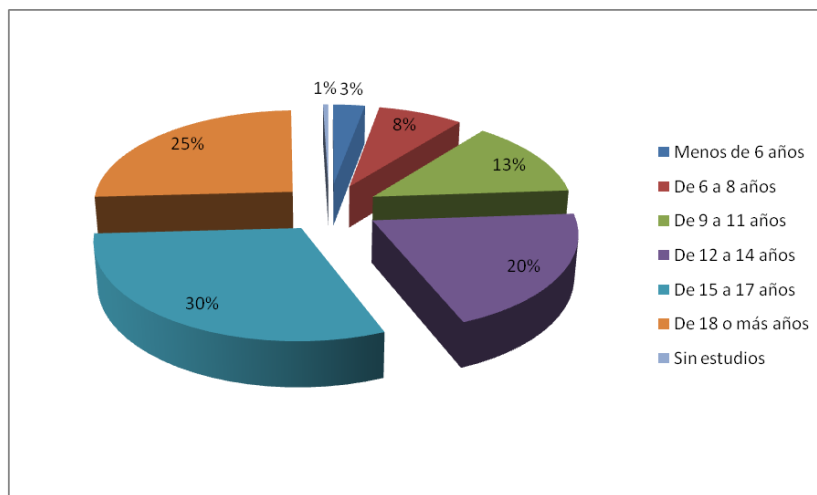
**Años de estudio del padre**



**Figura 5**

En cuanto a esta pregunta se encontró que la mayor parte de ellos estudio 18 años o más (28%), de 9 a 11 años el (14%) observándose que muy pocos estudiaron menos de 6 años (3%), representado en la figura 5.

**Años de estudio de la madre**



**Figura 6**

En relación a la pregunta, años de estudio de la madre, se puede describir que en comparación con los padres el 25% de las madres estudio 18 años o más, el 30% de 9 a 11 años y al igual que los padres el 3% estudiaron menos de 6 años. Por lo que se puede observar que son padres que tuvieron cierto grado de preparación (figura 6).

Por ultimo se encontraron los siguientes datos, la gran mayoría de la muestra de las adolescentes no trabaja (93%), esto es que dedican la mayor parte del tiempo a la escuela y no tienen hijos (99%).

## Descripción de las variables de estudio.

### Depresión

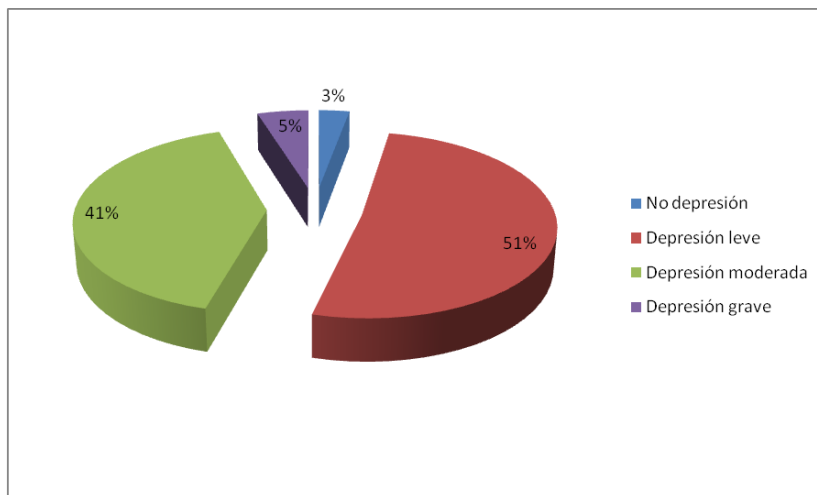


Figura 7

Para medir la variable **depresión** se utilizó la prueba de Zung (descrita en la parte de metodología), y al analizar los resultados se detectaron muy pocos casos de depresión grave (5%), la mitad de la muestra de las adolescentes reportaron signos de depresión leve, depresión moderada menos de la mitad (41%), y el (3%) de los casos reportó no sentir signos de depresión, como se pudo ver en la figura 7.

### Ansiedad

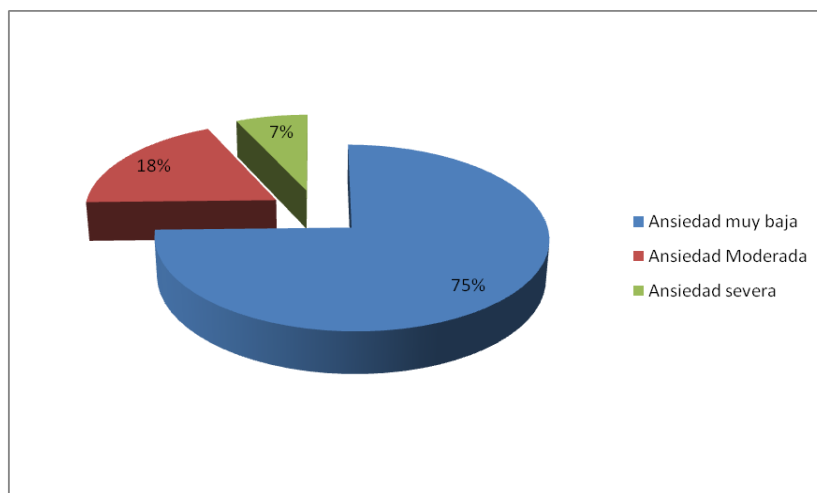
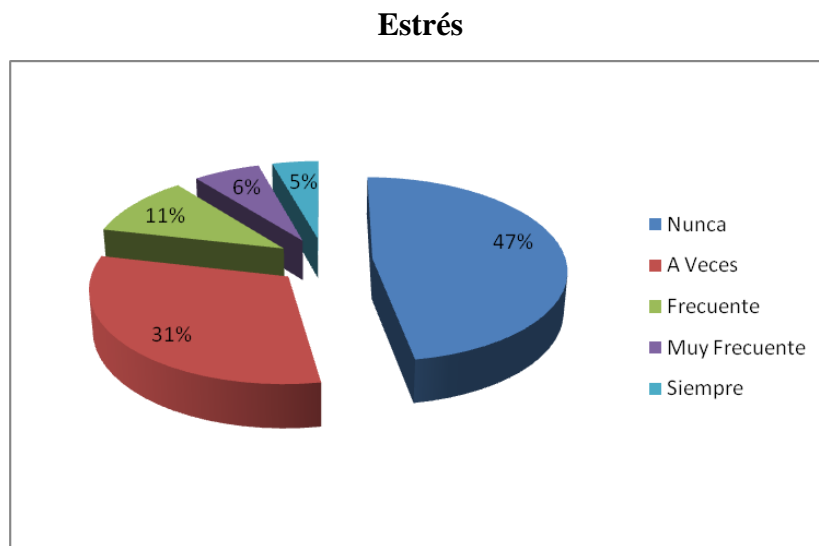


Figura 8

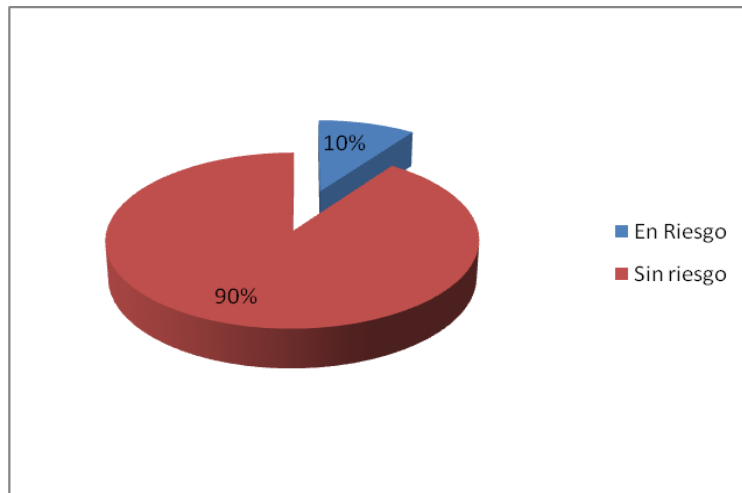
Para medir la variable **ansiedad** se utilizó el inventario de ansiedad de Beck (también descrito en la parte de metodología), se pudo observar que también como en la variable anterior muy pocas adolescentes reportaron ansiedad severa (7%), el (18%) mostró ansiedad moderada y gran parte de las adolescentes (75%) mostraron ansiedad muy baja (figura 8).



**Figura No. 9**

Para medir la variable **estrés** se utilizó la prueba de estrés alimentario, al igual que las pruebas anteriores se puede encontrar en la parte de metodología. En esta prueba el 5% de los casos mencionaron que siempre presentaban estrés, el 11% mencionaron que frecuentemente tenían síntomas de estrés, el 31% a veces tenían síntomas de estrés y el 47% de la muestra mencionó que nunca tenía síntomas de estrés (figura 9).

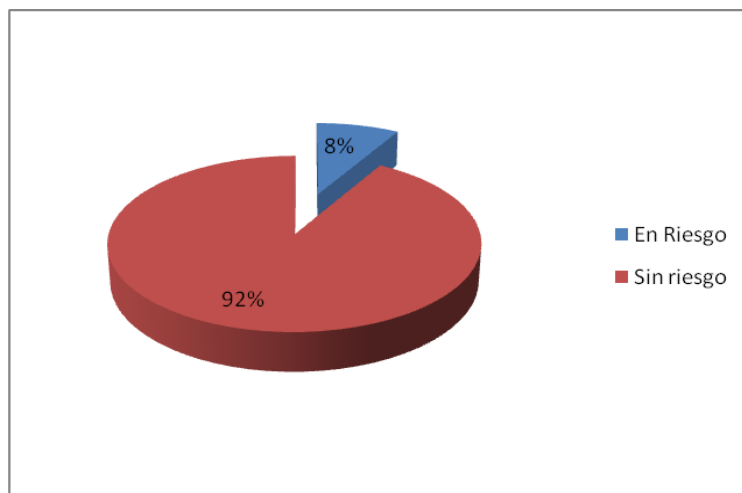
### Conducta Alimemataria Compulsiva



**Figura 10**

Para medir los factores de riesgo en TCA, se utilizo la prueba de EFRATA (ver metodología), los resultados obtenidos indicaron que en el Factor 1-conducta alimentaria compulsiva, muy pocas adolescentes (10%) se detectaron con riesgo, la gran mayoria de la población es una población sin riesgo, comose pudo observar en la figura 10.

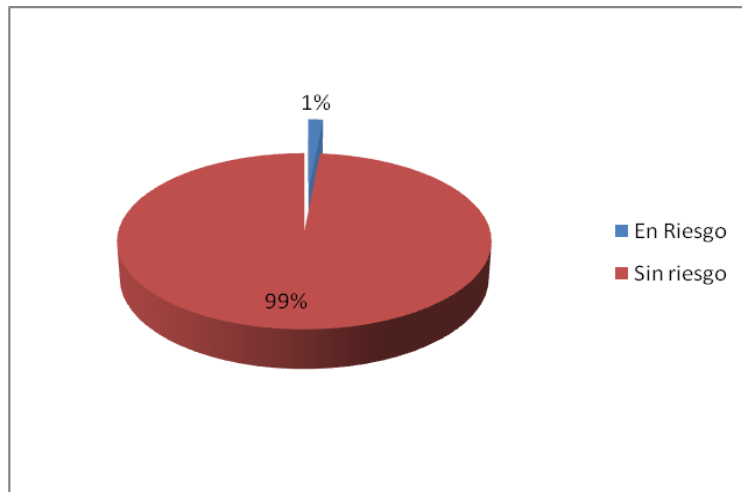
### Preocupación por el peso y la comida



**Figura 11**

Al analizar los datos en el caso del Factor 2-preocupación por el peso y la comida, se pudo observar que también muy pocas adolescentes presentaban riesgo(8%), y que la mayoría al igual que en el factor anterior es una población sin riesgo, como lo muestra la figura 11.

### Dieta crónica y restringida



**Figura 12**

Por último en el Factor-6 dieta crónica y restringida se encontró un menor porcentaje de población de riesgo (1%), comparado con los otros factores, como lo muestra la figura 12. Por lo que se puede observar que las adolescentes presentan poca tendencia de sufrir trastornos de la conducta alimentaria.

## **Análisis de Correlación entre variables de estudio.**

Con el propósito de conocer la asociación entre las variables de estudio se procedió a aplicar la correlación de Pearson observándose los siguientes resultados:

Partiendo de la correlación entre la variable **ansiedad** con los factores del EFRATA se encontraron los siguientes datos: con el Factor 1 *conducta alimentaria compulsiva* obtuvo una correlación positiva  $r=.42$  estadísticamente significativa ( $p=.000$ ), con el Factor 2 *preocupación por el peso y la comida* una correlación positiva  $r=.22$  estadísticamente significativa ( $p=.001$ ). Por último con el *Factor 6 dieta crónica y restrictiva* una correlación fue positiva  $r=.35$  estadísticamente significativa ( $p=.000$ ).

Del análisis obtenido podemos concluir que la variable ansiedad correlacionó positivamente con los tres Factores de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso y la comida). Estos resultados permiten concluir que, a mayor presencia de ansiedad mayor el índice de factor de riesgo. Los resultados anteriores permiten confirmar que hay una correlación positiva. Sin embargo también se requiere conocer la magnitud de la influencia, o el coeficiente de determinación ( $R^2$ ) de la variable ansiedad en las conductas alimentarias de riesgo señaladas (Ver Tabla 1) para comprobar la **Hipotesis 1.-Las adolescentes con mayor ansiedad presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

Con respecto a la variable **depresión** con los factores del EFRATA se encontró que con el Factor 1 *conducta alimentaria compulsiva* obtuvo una correlación positiva  $r=.32$  estadísticamente significativa ( $p=.000$ ), con el Factor 2 *preocupación por el peso y la comida* una correlación positiva  $r=.17$  estadísticamente significativa ( $p=.011$ ). En relación con el Factor 6 *dieta crónica y restrictiva* una correlación positiva  $r=.39$  estadísticamente significativa ( $p=.000$ ).

De este análisis podemos decir que la variable depresión correlacionó positivamente con los Factores de riesgo de la conducta alimentaria. Es decir, a mayor depresión mayor el índice de factor de riesgo. Para confirmar o rechazar la **Hipotesis 2.-Las adolescentes con mayor**

**depresión presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.** los resultados de las correlaciones se complementaron con los coeficientes de determinación (Ver Tabla No ).

Por último se observaron los siguientes resultados entre la variable **estrés** con el Factor 1 conducta alimentaria compulsiva, se obtuvo una correlación positiva  $r=.55$  y estadísticamente significativa ( $p=.000$ ). Con el Factor 2 preocupación por el peso y la comida una correlación positiva  $r=.60$  y estadísticamente significativa ( $p=.000$ ), por ultimo con el Factor 6 dieta crónica y restrictiva una correlación positiva  $r=.64$  estadísticamente significativa ( $p=.000$ ). Estas correlaciones fueron las mejores y las más altas que permitirán confirmar las hipótesis.

Al igual que con las hipótesis anteriores, se procedió a obtener los coeficientes de determinación para confirmar o rechazar la **Hipotesis 3.-Las adolescentes con mayor estrés presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

**La tabla 1**

Correlación de Pearson y el Coeficiente de Determinación		Factor 1	Factor 2	Factor 6
		CAC	PP y C	DC y R
Ansiedad	Correlación de Pearson	.421**	.226**	.352**
	Sig. (bilateral)	.000	.001	.000
	N	205	205	205
	R <sup>2</sup>	0.18	0.05	0.12
Depresión	Correlación de Pearson	.329**	.176**	.398**
	Sig. (bilateral)	.000	.011	.000
	N	205	205	205
	R <sup>2</sup>	0.11	0.03	0.16
Estrés	Correlación de Pearson	.558**	.600**	.649**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000
	N	205	205	205
	R <sup>2</sup>	0.31	0.36	0.42

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

Con base en el coeficiente de determinación encontramos que en el Factor 1 denominado “Seguimiento de la conducta alimentaria compulsiva”, el 18% de la varianza fue explicado por la influencia de la ansiedad de las adolescentes, mientras que un 82% no se pudo explicar debido a otras variables no determinadas en el estudio que se encuentran influyendo. Con relación al Factor 2 “Preocupación por el peso y la comida”, solo un 5% de

la varianza fue explicado por la ansiedad, mientras que el 95% restante se puede atribuir a causas diversas que se encuentran influyendo en esta conducta. De igual manera para el Factor 6 “Dieta crónica y restringida” solo un 12% de la varianza pudo ser explicado por la influencia de la ansiedad, mientras que un 88% es atribuible a la influencia de otras variables. Dado los altos porcentajes de varianza no explicada por la variable ansiedad, no se confirma la hipótesis que dice que **-Las adolescentes con mayor ansiedad presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

Así mismo se observó que el 11% de la varianza encontrada en el Factor 1 “Seguimiento de la conducta alimentaria compulsiva” fue explicada por la influencia de la depresión en las adolescentes, no así el 89% de la varianza fue debido a variables desconocidas. Al igual que en el Factor 2 “Preocupación por el peso y la comida”, donde encontramos que el 3% del resultado pudo ser explicado por la influencia de la depresión sin embargo el 97% se debió a la influencia de otras variables que están influyendo, en el caso del Factor 6 “Dieta crónica y restringida”, el 16% fue resultado de la influencia de la depresión en las adolescentes y el 84% fue resultado dado por otras variables de las cuales no se tiene el control. De la misma manera, los altos porcentajes de varianza no explicada por la variable depresión no permiten confirmar la hipótesis en la que se planteó que **-Las adolescentes con mayor depresión presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

Por último se pudo observar al analizar estos datos, la existencia de porcentajes aceptables de varianza explicada por la variable estrés en el Factor 1 “Seguimiento de la conducta alimentaria compulsiva”(31%), en el Factor 2 “Preocupación por el peso y la comida”(36%) el Factor 6 “Dieta crónica y restringida”(42%) por lo que se confirma la hipótesis en la que se plantea que **-Las adolescentes con mayor estrés presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

## Capítulo 8

### Discusión y conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre ansiedad, depresión y estrés con conductas alimentarias de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida) en una muestra de adolescentes.

Se trabajo con una muestra total no probabilística de N=205 mujeres adolescentes de entre 15 a 18 años, de una Preparatoria particular. Algunas de las principales características socio demográficas de la muestra fueron las siguientes: un gran porcentaje de las adolescentes estaban dedicadas al estudio y no trabajan (93%), vivían con ambos padres (83%), la mayoría contesto no tener vida sexual activa (68%) y haber tenido su menstruación entre los 12 y 14 años (55%), un porcentaje muy bajo menciono tener hijos (1%).

Los resultados obtenidos a través de la prueba de depresión de Zung señalan que muy pocas adolescentes (5%) reportaron tener depresión severa o grave, la mayoría (51%) resulto con depresion leve y solo un (3%) reportaron no presentar signos de depresión. Estos datos concuerdan con algunas investigaciones como las de Velar y Orden (1997), que mencionan que el porcentaje de personas que padecen una depresión severa es muy bajo, comparado con la depresión leve o moderada. Blum (2000) señala que es posible encontrar algun grado de depresión en los adolescentes ya que en esta etapa se llevan a cabo cambios fisicos, psicologicos, socioculturales y cognitivos.

Basados en lo que afirma Unikel (2003), con respecto a que existe una estrecha vinculación entre los trastornos de la alimentación y los trastornos afectivos, más específicamente la depresión, se analizo la correlación entre depreción y los Factores de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida ,dieta cronica y restringida) y se encontro una correlación positiva y estadisticamente significativa. Datos encontrados en otros autores Chess (1983), Craig (2001) y Moss (1988), Braham y Llewellyn-Jones (1994) apoyan estos datos, ellos mencionan la presencia de depresión relacionada con problemas de la conducta alimentaria.

Por otra parte Stice et.al (2000) señala que puede haber una relación entre factores de riesgo como la insatisfacción con la imagen corporal, la preocupación por el comer, con el correspondiente seguimiento de dietas en chicas adolescentes y el riesgo mayor de padecer síntomas depresivos en la edad adulta, al igual que el hecho de que padecer bulimia predispone a la depresión.

Por encontrarse dentro de los datos estudiados un porcentaje de correlación positiva pero baja entre la variable depresión y los Factores de riesgo, se realizó un análisis con el coeficiente de determinación. Los datos arrojados nos mostraron que entre depresión con conducta alimentaria compulsiva el coeficiente de determinación fue de ( $R^2=.11$ ), en el caso de depresión y preocupación por el peso y la comida el coeficiente de determinación fue de ( $R^2=.03$ ) y por último el coeficiente de determinación que se observó entre depresión con dieta crónica y restringida fue de ( $R^2=.16$ ). de tal forma al no encontrar datos significativos que nos ayudaran a aceptar la hipótesis de trabajo, se aceptó la hipótesis nula que nos dice que- **Las adolescentes con mayor depresión no presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

En la prueba de ansiedad de Beck se observó que la mayoría (75%) de las adolescentes resultó con ansiedad leve y solo el (7%) presentaron ansiedad severa. Como Lester y Coleman (1975) lo señalan, que la ansiedad en algún grado se encuentra frecuentemente en el adolescente ya que este se haya en procesos de cambio tanto físico como psicológico, aunque señalan que son pocos los casos de ansiedad severa. Estudios realizados por Echeburúa (1998) y Brunch (1973) señalaron en sus investigaciones que los trastornos de la conducta alimentaria están relacionados con la ansiedad, por ejemplo, en el caso específico del episodio de atracón las personas utilizan a menudo el comer como una forma de relajarse ó de escapar de la ansiedad. Al igual que Toro y Vilardell (1987) que mencionan que la ansiedad se genera al ritmo de la preocupación por la figura física, esta valoración cognitiva (pensamiento) distorsionada de la figura es la que origina una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación. Por su lado Schawalberg et.al (1992) han comprobado que en la mayoría de las personas con bulimia o con trastorno de atracón la ansiedad aparece antes del trastorno, por lo que postulan que puede ser un factor de inicio.

Los datos obtenidos demostraron que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la variable ansiedad y los Factores de riesgo (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida). Sin embargo, habiendo encontrado una magnitud de la correlación muy baja entre las variables y al encontrarse en el coeficiente de determinación los siguientes valores: ansiedad con conducta alimentaria compulsiva  $R^2=.18$ , preocupación por el peso y la comida  $R^2=.05$  y por último en dieta crónica y restrictiva un valor de  $R^2=.12$ . Por lo tanto al encontrar los porcentajes muy bajos de varianza explicada en dichas relaciones, se procedió a rechazar la hipótesis de trabajo que postulaba- **Las adolescentes con mayor ansiedad presentan mayor conducta alimentaria de riesgo, y a aceptar por tanto** la hipótesis nula.

Por último en los datos encontrados en la prueba de estrés alimentario se encontró que el 5% de las adolescentes reportaron que siempre tenían síntomas de estrés (severo), el 11% frecuentemente y el 31% ocasionalmente. Debe tenerse en cuenta que el estrés es un hecho habitual en nuestras vidas y se presenta en mayor o en menor grado en las personas, en los países desarrollados, el estrés se encuentra presente en más de la mitad de la población (Rojas, 2001). Diversas investigaciones apoyan el rol de los eventos estresantes en los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo Selye (1973) señala que ha habido estudios de pacientes hospitalizadas con anorexia y que esta se da en relación con el estrés, del mismo modo Welch et.al (1997) y Schmidt et.al (1997) mencionan en sus investigaciones que el estrés tiene relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Rastam y Gillberg (1992) encontraron un exceso de situaciones estresantes durante los tres meses que antecedían el comienzo de un problema de anorexia nerviosa.

Al igual que como se señaló anteriormente con las otras variables, se observó una correlación positiva y significativa entre estrés y los Factores de riesgo, los coeficientes de determinación encontrados con conducta alimentaria compulsiva  $R^2=.31$ , con preocupación por el peso y la comida  $R^2=.36$  y por último con dieta crónica y restrictiva  $R^2=.42$  mostraron porcentajes aceptables de varianza explicada por lo que se procedió a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de trabajo que nos dice que - **Las adolescentes con mayor estrés presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.**

Por lo anterior se puede concluir que la única variable que nos permito aceptar la hipótesis de trabajo fue la variable **estrés**, ya que se encontraron los datos suficientes que nos permitieron aceptarla. Esto no quiere decir que las variables depresión y ansiedad no tengan efecto sobre los TCA, ya que se han hecho estudios que nos dicen que si tienen relación, pero en la presente investigación no se encontraron elementos suficientes para poder aceptar la relación postulada por las hipótesis correspondientes, posiblemente una de las razones sea el tamaño pequeño de los grupos de comparación, lo que se sugiere trabajar con muestras más grandes en futuros estudios.

Por último la aportación final del presente trabajo de investigación es la prevención y dados los resultados obtenidos se debe tener especial atención y cuidado en aquellas adolescentes donde se detecten síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés, ya que esto puede derivar en Trastornos de la Conducta Alimentaria.

### **Sugerencias y limitaciones.**

Por lo tanto se requieren nuevos estudios en los que se repliquen las mismas variables y se tenga una muestra mayor.

Se sugiere trabajar con una muestra igual pero ahora con escuelas públicas no privadas para ver cómo se comportan las adolescentes, si de igual manera o diferente en cuanto a las variables estudiadas.

También se sugiere replicar el presente estudio pero ahora con el género masculino, para observar las diferencias entre los dos géneros.

Políticas de información y sensibilización a los profesores y a los padres de familia sobre los problemas de los TCA.

## Referencias

- Abramson, L., Seligman, M. & Teasdale, G. (1978). Learned helplessness in humans. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR. Washington, DC. (traducido al castellano). Barcelona:Masson.
- Andrade, P., Betancourt, O. & Camacho, V. (2003) Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 19,55-64.
- Andrade, P., Betancourt, O. & Palacios, D. (2006) *Intento de suicidio y consumo de alcohol en adolescentes México*, La psicología social en México. México: AMPESO.
- Andrade, P., Cabañas, J. & Betancourt, O. (2008) *Investigaciones psicosociales en adolescentes*. México: Montebello.
- Barajas, M. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y auto atribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Barriguet, A. (2004) *Trastornos Alimentarios en México*. En annual Report Hispanoamerica SIG, Academy for Eating Disorders. Illinois. Consulta 30 de noviembre de 2007.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y Diagnostico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica de México*, 47(8), 1-11.

- Birmaher, N., Ryan, D., Williamson, D., Bren, J., Kaufman, R., Dahl, J. & Nelson. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the last ten years. Part 1 *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35.1427-1439.
- Botella, C. & Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Braham, S. & Llewellyn-Jones, D. (1994) *Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios*. Madrid: Alianza Editorial.
- Brownell, K., & Napolitano, A. (1995). Distorting reality for children: Body size proportions of Barbie and Ken dolls. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (3), 295- 298.
- Brytek-Matera, A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 10(2), 65-71.
- Blum, R. (2000) *Un modelo conceptual de salud del adolescente*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Burns, D. (2006). *Adiós ansiedad*. México: Paidós.
- Calderón, G. (1999). *Depresión un libro para deprimidos*. México: Trillas.
- Caraveo, A. & Colmenares, B. (2001) Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud pública de México*, 44(6), 492-498.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990) *Body images: Developmente, deviance, and change*. Nueva York: Guilford.

- Corcos, M., Tajeb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P. & Fament, M. (2003). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: Frequency and characteristics, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 381-386.
- Craig, G. (1998). *Desarrollo psicológico*. México.: Prentice-Hall Hispanoamérica.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (2001). *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona España: Gedisa.
- Dallal y Castillo, E. (2000). *Caminos del desarrollo psicologico*. México: Plaza y Valdes.
- Delgado, G., Bustos, O & Novoa, R. (1998) *Ni tan fuertes ni tan frágiles: resultados de un estudio sobre estereotipos y sexismo en mensajes publicitarios de televisión y la Educación a Distancia*. México: Unicef-Pueg. UNAM.
- Diaz-Loving, R., Rocha, T & Rivera, S. (2004). Elaboración, Validación y Estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 263-276.
- Echeburúa, E. (1998). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (2001). *Como controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. México: Paidós.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1980) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10,647-656.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981) Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11,263-284.

- Gómez-Peresmitré, G. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Revista Mexicana de Psicología*, 16,121-126.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14(1) ,31-40.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998) ¿Los escolares mexicanos pre-adolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Mexicana de Psicología*. 6 (2), 37-44.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999) Espectro de los trastornos de la conducta alimentaria en población general de riesgo y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 16,141-151.
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
- Gómez- Peresmitré, G. González, S. & Lizano, M. (1999) Factores de riesgo en desordenes del comer: Hábitos Alimentarios y auto\_atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1), 117-126.
- Gómez-Peresmitré, G. & González-Forteza, C. (2006) Suicidal Behavior and Psychosocial Correlates in Mexican Women with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, 414-421.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui,J., Tafoya, S. & Unikel, C.(2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del genero masculino.*Revista Psicología contemporanea*, 7(1), 4-5.

- González, C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis de Doctorado, México: Facultad de Psicología. UNAM
- Guillemot, A. & Lexenaire, M. (1994) *Anorexia Nerviosa y bulimia. El peso de la cultura.* Barcelona:Masson.
- Guisado, A & Vazques, J. (2001) Aspectos clinicos del trastorno por atracón. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria.*21, (77), 27-32.
- Hill, A. & Oliver, S. (1992). Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *British Journal and Clinical Psychology*, 31, 95-105.
- Huston, C & Alvarez, M. (1990). The socialization context of gender role development in early adolescence. *Childhood to adolescence.* Newbury Park: Sage.
- Johnson, J., Cohen, P., Gould, M., & Kasen, S. (2004). Childhood adversities, interpersonal difficulties and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry.* 59(8), 741-751.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L & Dornbusch, S.(1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 62 1049-1065.
- Lips, M. (2001) *Sex and Gender: An introduction.* Mayfield: Mountain View.
- Lester, M. & Coleman, D. (1975). *Liberación del miedo.* México: Continental.
- Mann, J., Wateraux, C. & Hass, G. (1999) *Towards a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients*, 156: 181-189.

- Méndez, F., Olivares J., & Ros. M. (2001). *Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Montaño, J (2011) *Psicobiología de la depresión*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Moron, P. (1992). *¿Qué es ? El suicidio*. México: Publicaciones Cruz.
- Nardone, G., Verbitz, T. & Milanese, A. (2002) *Más allá de la Anorexia y la Bulimia*. Barcelona: Milan.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L. & Estrada, C. (2005). *Estrés ambiental en instituciones de salud*. Facultad de psicología, UNAM. México: Dgapa.
- Rastam, M. & Gillberg, C. (1992) Background factors in anorexia nervosa: A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1, 54-65.
- Rocha, T.(1995) *Roles de Género en los Adolescentes Mexicanos y Rasgos de Masculinidad-Feminidad*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Rojas, E. (2001) *Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. México:Planeta.
- Rojtenberg, S. (2006). *Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y Terapéuticas*. Buenos Aires:Polemos.
- Saucedo-Molina, T.(2003)Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado, México: Facultad de Psicología. UNAM.

- Saucedo-Molina, T. & Gómez- Peresmitré, G. (1997) Validez diagnóstica del corporal en adolescentes Mexicanos índice de masa. *Acta Pediátrica Mexicana* 18 (1)19-27.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B. & Treasure, J. (1997) Is there a specific trauma precipitating onset of eating disorders? *Psychological Medicine* 27: 523-30.
- Schwalberg, D., Barlow, H., Alger, A. & Howard, J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders *Journal of Abnormal Psychology* 101, 4, 675-681
- Spence, J & Helmreich, R. (1978) *Masculinity and Femenity. Their psychological dimensions, correlates and antecedents*. Austin, University of Texas Press.
- Steinberg, I (2005). *Adolescence*. Nueva York, Estados Unidos: Mc Graw Hill.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J.& Taylor, C. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 109, 3, 438-444.
- Toro, J. Vilardell, E. (1987) *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.
- Unikel, C. (2003) *Factores de riesgo en trastornos de la Conducta Alimentaria*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, UNAM, México. D.F.
- Unikel, C., Bójorquez, I. & Carreño, S. (2004). *Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*. *Salud Publica México*, 46 509-515.
- Unikel, C., Gómez- Peresmitré, G. & González C. (2006) Suicidal Behaviour, risky eating behaviours and psychosocial correlatives in Mexican Female Students. *European Eating Disorders Review* 14, 414-421.

Vallejo, J (2006). *Psiquiatría para no expertos: conozca los problemas más frecuentes*.  
Barcelona: Ars Médica.

Vallejo, J.(2007). *Consenso: Tratamiento de las depresiones*. México: Ars Médica.

Welch, S. & Fairburn, C. (1997) Life events and the onset of bulimia.nervosa: A  
controlled study. *Psychological Medicine*, 27,515-22.

Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, B. & Kalikow, K.  
(1989). The struggle to be thin: a survey of anorectic and bulimic symptoms in a non-  
referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19,143-163.

Whooley, M. & Browner, W. (1998). Association Between depressive symptoms and  
mortality in older women. *Arch Intern Medicine*, 158(2) 129-135.

Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*; México: Paidós.

# **Anexo**

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

## ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

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

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. La información que nos des es **CONFIDENCIAL.**

**GRACIAS**

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y selecciona solo una respuesta. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. No hay respuestas buenas ni malas. Utiliza lápiz. No hay límite de tiempo. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

## Sección A

### 1. ¿Qué estás estudiando?

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

### 2. ¿Trabajas?

- A) Sí.                      B) No

### 3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)                      B) Padre o Madre  
C) Hermano(s)                      D) Esposo o pareja                      E) Sola  
F) Amiga(o)

### 4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

### 5. Edad de tu primera menstruación

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

### 6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

### 7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí                      B) No

### 8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera 55.00 el salario mínimo por día):

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

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

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

### 10. Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 Años                      B) De 6 a 8 Años                      C) De 9 a 11 Años  
D) De 12 a 14 Años                      E) De 15 a 17 Años                      F) De 18 ó más  
G) Sin estudios.

### 11. Años de estudio de tu madre:

- A) Menos de 6 Años                      B) De 6 a 8 Años                      C) De 9 a 11 Años  
D) De 12 a 14 Años                      E) De 15 a 17 Años                      F) De 18 ó más  
G) Sin estudios.

## Sección B

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

Pon una x en la opción seleccionada.

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

## Sección C

Instrucciones: De cada pregunta marca con una "X" en la respuesta que más se acerque a ti.

**1. En el último año:**

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

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

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

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 5)                      B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

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

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

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

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

**6. El problema consiste en que:**

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

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

- A) No                      B) Sí

**8. ¿Cuándo sientes más hambre?**

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

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

- A) Poca                      B) Regular                      C) Demasiada

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

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

## Sección D

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una “X” la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar.

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

	Nunca	A veces	Frecuente mente	Muy Frecuente	Siempre
23. No como aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Siento que no puedo parar de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Como sin medida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me deprimó cuando como de más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me sorprendo pensando en la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Como a escondidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Disfruto cuando como con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Como hasta sentirme inconfortablemente llena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Como con moderación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Difícilmente pierdo el apetito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tengo problemas con mi forma de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Escala de Zung

Instrucciones: Selecciona tu respuesta marcándola con una "X". Tu respuesta debe ser la que más se acerque a tu forma de sentir.

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuente- mente	La mayoría del tiempo, siempre
1. Me siento abatido y melancólico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Como igual que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Noto que estoy perdiendo peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo molestias de estreñimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me canso aunque no haga nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo la mente tan clara como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo esperanza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Estoy más irritable de lo usual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Siento que soy útil y necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi vida tiene bastante interés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Inventario de Beck (BAI)

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

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