



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“FACTORES BIOPSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL IMC EN
ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE PACHUCA, HIDALGO.”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

PERALTA DURÁN DAVID ABRAHAM

RODRÍGUEZ SANTIAGO YUDDAÍ

DIRECTOR:

DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA

San Agustín Tlaxicaca, Hidalgo, 2016

Agradecimientos

A mis padres, esto no hubiera sido posible sin ustedes, gracias por todo su apoyo y su confianza, por nunca dudar de mí ni de mis capacidades. Gracias por su esfuerzo, sus sacrificios, su tiempo, por estar siempre dispuestos a ayudarme con la tarea cuando era pequeño, llevarme a la escuela, confiar en mí y apoyarme cuando he tomado decisiones importantes, pero sobre todo gracias por el amor que me han dado desde siempre, es invaluable lo que han hecho por mí, son mis maestros de vida y los amo.

A Yu, te has convertido en una parte muy importante de mi vida, te quiero agradecer por todo, los consejos, el permitirme compartir la tesis y aún más importante, la vida. Gracias por estar cuando te necesito y por ser mi mejor amiga, agradezco a la vida, universo o destino por ponerte en mi camino, eres mi cerveza fría, mi pequeña luciérnaga en la oscuridad, mi media sandía. Finalmente, gracias por todo el esfuerzo y trabajo que pusiste en este trabajo, me consta que fue algo increíble y aquí se ve reflejado ese esfuerzo, eres increíble, ¡teamo!

Aarón, compañero de travesuras y bromas, sin duda, sin ti mi vida no habría sido la misma, aunque tendría un cuarto más grande lo demás no sería igual, gracias por aguantarme cuando el trabajo me ponía tenso y gracias por siempre estar ahí cuando lo necesitaba, me gusta pensar que te he enseñado un poco de la vida pero la verdad es que yo he aprendido muchas cosas de ti, no deseo para ti nada más que felicidad y seguir compartiendo muchas cosas contigo.

A mis docentes, quienes me han aguantado, reprendido y enseñado, desde el kínder hasta ahora, les guardo un cariño muy especial.

Al Dr. Arturo por haber guiado este trabajo paso a paso desde que estaba en pañales hasta ahora, gracias.

A la Dra. Andrómeda por haberme enseñado con el ejemplo a disfrutar y amar la Psicología y el trabajo.

A Jorge, Mahonri y Edwin, no tengo más que agradecimiento para ustedes, no ayudaron en este trabajo pero me han ayudado a mí.

Abraham

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, POR HABERME PERMITIDO LLEGAR HASTA ESTE DÍA.

A MI MAMÁ, POR ENSEÑARME QUE TODO EL ESFUERZO QUE EMPLEAMOS EN UN SUEÑO SIEMPRE TIENE RECOMPENSAS. GRACIAS POR ENSEÑARME A ARRIESGARME A SEGUIR MIS SUEÑOS AUNQUE EL CAMINO PAREZCA SER DIFÍCIL, POR SER QUIEN ME ACOMPAÑÓ EN GRAN PARTE DE ÉSTE Y AL FINAL, AÚN EN LA DISTANCIA, SIGUE ACOMPAÑÁNDOME, POR TODO TU AMOR QUE SIEMPRE ME DISTE INCONDICIONALMENTE. GRACIAS POR ENSEÑARME A ENGRANDECER ESA FORTALEZA EN MÍ, ESA QUE TE CARACTERIZABA A TI. GRACIAS MI ENORME ÁNGEL AHORA.

A MIS HERMANOS, POR SEGUIR AQUÍ, POR CADA MOMENTO BELLO Y NO TANTO QUE HEMOS COMPARTIDO, SHEI E ISA, LOS AMO, HERMANOS.

A MI TÍA SARA, POR TU ENORME VALENTÍA Y POR ESTAR JUNTO A MÍ PARA CONTINUAR EL CAMINO, POR TODO TU AMOR Y APOYO A CADA PASO.

A MIS PRIMOS, TAT Y NAHÚM, POR SER MIS HERMANOS TAMBIÉN, GRACIAS POR ESCUCHARME Y APOYARME EN TODO MOMENTO, LOS AMO.

A MI FAMILIA, ¡GRACIAS! LALO, NAHÚM, CHUCHO, CLAU, MUCHAS GRACIAS POR TODO SU APOYO.

A ABRAHAM, POR ACEPTAR ESTAR CONMIGO EN ESTE PROYECTO, EL CAMINO SE HIZO ALGO LARGO, PERO SIN DUDA ALGUNA, FUE MÁS DIVERTIDO CONTIGO, GRACIAS POR TODA TU PACIENCIA Y PASIÓN. ¡TEAMO!

A LA FAMILIA PERALTA DURAN, POR SIEMPRE ESTAR AL PENDIENTE DE NUESTROS PLANES Y AVANCES.

AL DR. ARTURO DEL CASTILLO, POR CREER EN ESTE PROYECTO Y APOYAR NUESTRA INVESTIGACIÓN, POR ENSEÑARME LA PASIÓN POR LA INVESTIGACIÓN.

A LA DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA, POR SU AMOR A LA PSICOLOGÍA, POR EL TIEMPO DEDICADO, POR SER UNA GRAN GUÍA EN MI FORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL, POR SIEMPRE ESTAR AL PENDIENTE DE NUESTROS AVANCES, POR SU CONFIANZA Y SU ENORME APOYO EN ESTE Y MUCHOS OTROS PROYECTOS. TODO MI RESPETO Y ADMIRACIÓN.

A LA DRA. REBECA GUZMÁN, POR ACLARAR MIS DUDAS Y POR APOYARME Y ALENTARME CADA VEZ.

A LA DRA. ANGÉLICA ROMERO, EL DR. RUBÉN GARCÍA, LA DRA. FLOR GIL Y LA DRA. CLAUDIA GONZÁLEZ POR FORMAR PARTE DE ESTE COMITÉ, POR SUS COLABORACIONES A LA MEJORA DE ESTA INVESTIGACIÓN.

YUDDAÍ RODRÍGUEZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Psicología
Department of Psychology

07 de marzo de 2016
 Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychologyc area

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de los pasantes **YUDDAÍ RODRÍGUEZ SANTIAGO Y DAVID ABRAHAM PERALTA DURÁN**, bajo la modalidad de **TESIS COLECTIVA** cuyo título es: **"FACTORES BIOPSIICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL IMC EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE PACHUCA, HIDALGO"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña	Presidente	
Dr. Arturo Del Castillo Arreola	Primer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Segundo Vocal	
Dra. Angélica Romero Palencia	Tercer Vocal	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Secretario	
Dra. Flor de María Erari Gil Bernal	Suplente	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Suplente	



Círculo Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Actopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo. México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313
 psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Índice

Resumen	i
Abstract	ii
Introducción	iii
Capítulo 1. Estado Nutricio	1
Definición	1
Epidemiología	1
Estadísticas mundiales	1
Estadísticas nacionales	2
Estadísticas estatales	3
Clasificación	3
Síntomas	3
Tipos	3
Causas	4
Biológicas	4
Psicológicas	4
Sociales	5
Consecuencias	6
Biológicas	6
Psicológicas	6
Sociales	7
Capítulo 2. Ansiedad	8
Definición	8
Modelos Explicativos de la Ansiedad Social	9
Tipos	13
Criterios	14
Instrumentos	15
Capítulo 3. Conductas Alimentarias de Riesgo	18
Definición	18
Modelos Explicativos de las Conductas Alimentarias de Riesgo	18

Tipos	20
Instrumentos	21
Capítulo 4. Influencia de los Medios Sobre el Modelo Estético Corporal	23
Definición	23
Modelos Explicativos de la Influencia de los Medios Sobre el Modelo Estético Corporal	23
Instrumentos	28
Planteamiento del problema	31
Pregunta de investigación	31
Justificación	31
Objetivo General	32
Objetivos Específicos	32
Hipótesis	33
Hipótesis Conceptual	33
Hipótesis Estadísticas	33
Método	35
Variables	35
Participantes	36
Tipo de estudio y diseño	37
Criterios de inclusión	37
Criterios de exclusión	37
Criterios de eliminación	37
Instrumentos	38
Procedimiento	40
Resultados	42
Discusión y Conclusiones	53
Referencias	58
Anexos	68

Índice de figuras

Figura 1. Distribución por sexo	36
Figura 2. Distribución por grado escolar	37
Figura 3. Preocupación por el peso y la comida, participantes del estudio.	44
Figura 4. Dieta crónica restrictiva, participantes del estudio.	45
Figura 5. Conducta alimentaria compulsiva, participantes del estudio.	46
Figura 6. Influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal	47
Figura 7. Malestar con la imagen corporal	48
Figura 8. Distribución por IMC de los estudiantes.	49
Figura 9. Medias aritméticas de cada una de las dimensiones de ansiedad social en la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes.	49

Índice de tablas

Tabla 1. Definición de variables	36
Tabla 2. Medidas de tendencia central y dispersión de las variables Ansiedad Social e IMC en hombres y mujeres	43
Tabla 3. Distribución porcentual de preocupación por el peso y la comida.	44
Tabla 4. Distribución porcentual de dieta crónica restrictiva.	45
Tabla 5. Distribución porcentual de conducta alimentaria compulsiva.	46
Tabla 6. Relación entre las dimensiones de Ansiedad Social e IMC en hombres y mujeres.	50
Tabla 7. Relación entre las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo e IMC en mujeres	50
Tabla 8. Relación entre las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo e IMC en hombres	51
Tabla 9. Relación entre el malestar de la imagen corporal e IMC en mujeres	51
Tabla 10. Relación entre el malestar de la imagen corporal e IMC en hombres	51
Tabla 11. Relación entre la influencia de la publicidad e IMC en mujeres	52
Tabla 12. Relación entre la influencia de la publicidad e IMC en hombres	52

Resumen

La obesidad es actualmente considerada un problema de salud pública mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ha calificado como la “epidemia de la expansión”. La literatura señala que factores como ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo y la influencia de los medios sobre el modelo estético corporal se asocian a distintas variantes en el Índice de Masa Corporal (IMC). El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre el IMC y las dimensiones de ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios sobre el modelo estético corporal en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo. Participaron 91 estudiantes de 1° a 3° grado de secundaria. Se utilizó la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación, el Cuestionario de Influencias en el Modelo Estético Corporal, una báscula y un estadímetro para evaluar las variables mencionadas. Se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, obteniendo relaciones positivas estadísticamente significativas entre las dimensiones Preocupación por el peso y la comida, malestar con la imagen corporal e influencia de la publicidad con el IMC en ambos sexos y los factores conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica restrictiva con el IMC en el caso de los hombres también. A partir de estos resultados se podrán plantear intervenciones cuyo principal objetivo sea desarrollar habilidades para control de peso implementando técnicas para reducir las conductas alimentarias de riesgo y mostrando información de las conductas que llevan a una vida saludable.

Palabras clave: IMC, Factores Bio-Psico-Socioculturales, Adolescentes.

Abstract

Obesity is considered a global public health problem, the World Health Organization (WHO), has called it the “epidemic expansion”. The studies shows that factors such as social anxiety, disordered eating and media influence on body aesthetic model associated with different variations in Body Mass Index (BMI). The aim of this study was to identify the relationship between BMI and the dimensions of social anxiety, disordered eating, media influence on body aesthetic model in high school students of Pachuca, Hidalgo. Participated 91 students from 1st to 3rd grade high school. To assess these variables Social Anxiety Scale for Adolescents, Scale Risk Factors Associated with Eating Disorders, the Questionnaire of Influences on Body Aesthetic Model, a weighing scale and a stadimeter were used. Pearson correlation analysis was made, obtaining statistically significant positive relations between Concerns about weight and food, Discomfort of body image and Influence of advertising with BMI in both sexes and Chronic restrictive diet, Compulsive eating behavior with BMI in the case of men. From these results, it could be planned interventions wich their principal objective can be develop weight management skills to implement techniques to reduce disordered eating and showing information about the behavior that lead to a healthy life.

Key words: BMI, Factors bio-psycho-socio-cultural, Adolescents.

Introducción

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, también gran parte de la carga de diabetes, cardiopatías y algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (OMS, 2008). En México, las cifras son alarmantes, sobretodo en la población de más de 20 años, sin embargo, en los adolescentes la prevalencia ha ido en aumento (ENSANUT, 2012).

El sobrepeso y la obesidad se relacionan con múltiples variables como son: retraimiento y ansiedad social (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal & Filgueira, 2013), conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez (Saucedo-Molina & Unikel, 2010), influencia de la publicidad (Zaragoza, Saucedo-Molina & Fernández, 2011), hábitos y actitudes alimentarias y malestar con la imagen corporal (Murawski, Elizathe & Rutzstein, 2008).

De hecho, estudios previos refieren que la ansiedad social, las conductas alimentarias de riesgo, la influencia de la publicidad y el malestar con la imagen corporal están relacionadas con el estado nutricional y, por tanto, con el IMC (Hernández, Alves, Arroyo & Basabe, 2012; Unikel, Saucedo, Villatoro & Fleiz, 2002; Escamilla, 2007; Saucedo, et al., 2007; Valdez & Guadarrama, 2008).

Por esa razón el objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre ansiedad social, malestar de la imagen corporal, conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal con el IMC en estudiantes de secundaria.

En el presente documento, se abordará primeramente la temática del estado nutricional, su definición, su epidemiología, clasificación, tipos, causas y consecuencias asociadas. En

el segundo capítulo se revisará la variable ansiedad social, su definición, los modelos teóricos, tipos de ansiedad, los criterios y los instrumentos que miden dicha variable. En el tercer capítulo se abordará la temática de las conductas alimentarias de riesgo, su definición, su clasificación, los modelos teóricos y los instrumentos para medir dicha variable. En el cuarto capítulo se revisará la influencia de los medios sobre el modelo estético corporal, su definición, teorías e instrumentos para medir esta variable.

Posteriormente se incluye el planteamiento del problema, el método utilizado, los resultados, la discusión y conclusiones del estudio, así como las sugerencias y limitaciones del mismo.

Capítulo 1. Estado Nutricio

Definición

Es el resultado del equilibrio entre la ingestión de alimentos y las necesidades nutrimentales de los individuos, como consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social (Zaragoza, 2012).

Tener sobrepeso o estar obeso significa que el peso está por encima del rango de peso ideal. Los rangos del peso apropiados se calculan mediante el Índice de Masa Corporal (IMC). En el caso de cualquier persona menor de 20 años de edad, estas escalas se basan en la altura, el peso, el sexo y la edad. El IMC de niños y adolescentes es diferente del de los adultos (Baker, 2012).

Epidemiología

Estadísticas mundiales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS (2015): tenían sobrepeso 1900 millones de adultos de 18 y más años, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. De esta cifra, en 2014, 13% de la población adulta, un 11% de los hombres y un 15% de mujeres, eran obesos. El 39% de los adultos de 18 años o más, 38%

de hombres y 40% de mujeres tenían sobrepeso. En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014. De la misma manera, en 2013, más de 42 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo con economías emergentes el incremento del sobrepeso y obesidad en los niños ha sido 30% mayor al de los países desarrollados.

Estadísticas nacionales

En México, las cifras son alarmantes. Aunque se estabilizó el crecimiento del sobrepeso y la obesidad en niñas de 5 a 11 años; en mujeres adolescentes y adultas se presentó una tendencia de crecimiento más marcada que en los hombres. Además el riesgo de padecer sobrepeso aumentó en niñas de menos de 5 años (ENSANUT, 2012).

Según los resultados de la ENSANUT (2012), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes aumentó de 33.4 a 35.8%. Y en el caso de mujeres de más de 20 años este porcentaje pasó de 71.9 en 2006 a 73% en 2012. Para ambos grupos de edad, la proporción de mujeres con peso inadecuado fue mayor que la de los hombres. En el caso de los hombres adolescentes el aumento fue menor. La prevalencia creció un punto en los últimos seis años, pasando de 33 a 34.1% y en los adultos el aumento fue de 2.7%, actualmente 69.4% de los hombres tiene sobrepeso u obesidad.

Asimismo, la ENSANUT (2012) presentó datos, por medio de los cuales, se mostró que los adolescentes realizan conductas alimentarias de riesgo, como preocupación por

engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come, revelando que la población afectada es de entre 15 a 23 años.

Estadísticas estatales

De acuerdo al estudio realizado en agosto de 2010 llamado Perfil Nutricional de Escolares en el Estado de Hidalgo (Galván, Amezcua & López, 2011), se dio a conocer que el 28.7% de la población de entre cuatro y 12 años de edad padece sobrepeso u obesidad en el estado de Hidalgo.

Clasificación

De acuerdo a la OMS (2007) el parámetro más empleado para definir la obesidad en adolescentes es el IMC y éste equivale al cociente peso en kg/talla² en m² y se divide en bajo peso <18, peso normal 19 – 22, sobrepeso 23 - 27, obesidad >27.

Síntomas

Los síntomas de la obesidad incluyen aumento de peso, engrosamiento de la sección media del cuerpo y áreas evidentes de depósitos de grasa (Baker, 2012).

Tipos

Según la OMS (2012) por el origen de la obesidad, ésta se clasifica en los siguientes tipos: obesidad exógena, la cual es debida a una alimentación excesiva; y obesidad endógena, la cual tiene por causa alteraciones metabólicas. Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina cuando está provocada por disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (obesidad hipotiroidea) o por deficiencia de hormonas sexuales como es el caso de la obesidad gonadal.

Causas

Biológicas

Una explicación biológica es que los individuos obesos tienen un nivel mucho más elevado de la hormona leptina, que al parecer protege al cuerpo contra la pérdida de peso (Feldman, 2006).

Intervienen también mecanismos hormonales y neurohormonales, factores genéticos, metabólicos y constitucionales. Hoy en día los factores hereditarios son reconocidos como determinantes en el modo según el cual cada uno reacciona al entorno de abundancia, esta es variable según el patrimonio genético, hay individuos que pueden almacenar totalmente el excedente, otra parte no almacena nada y otra almacena la mitad y expulsa el resto: los resultados son enteramente genéticos (Contreras, 2002).

Psicológicas

Es interesante saber que aún no existe una clara relación entre la obesidad y algún trastorno psicológico o conductual. Sin embargo, sí existe evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de las personas con obesidad (Vázquez & López, 2001).

Bruch (1961, en Silvestri & Stavile, 2005) señala que el hambre es un fenómeno “impreso” en el ser humano, quien aprende a diferenciarla de otras necesidades básicas. Si esta respuesta de la madre ante la demanda del bebé ante el hambre no es adecuada, se pueden generar trastornos en el desarrollo de la personalidad del niño, que se mostrarán en la adolescencia cuando aparezca una marcada dificultad en la identificación de las propias sensaciones y la persona busque calmar cualquier exigencia interna con una ingesta. De manera tal que lleva al aumento de peso, donde no será revertido mientras que

el comer sea utilizado para regular sentimientos y tensiones por no poder expresarlos de otra manera.

En Argentina encontraron que alrededor de un 18% de adolescentes padecían sobrepeso u obesidad y dentro de esta población se comprobó que estos adolescentes presentaban mayores niveles de ansiedad social y menor auto control a diferencia de los otros (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal & Filgueira, 2013).

En otros países, como Canadá se comprobó que aquellos adolescentes que eran obesos, en comparación con los adolescentes con peso bajo o normal, tenían mayor insatisfacción corporal y mayor sintomatología depresiva, en particular, niveles más elevados de anhedonia, autoestima negativa y depresión general; y también se comprobó que la obesidad estaba asociada a una mayor probabilidad de padecer diferentes trastornos mentales como depresión, manía, ataques de pánico, fobia social y agorafobia sin trastorno de pánico, así como ideación y tentativa suicidas (Baile & González, 2011).

Sociales

Los patrones culturales, las influencias sociales y los hábitos adquiridos influyen significativamente en la conducta e ingesta alimentaria. Los mecanismos reguladores de las sensaciones de hambre y saciedad están sobrepasados por estímulos sensoriales que estimulan el apetito. La ingesta excesiva es la consecuencia de un desorden del apetito y la conducta de comer que es un acto consciente resultante de estímulos endógenos y exógenos del hipotálamo (Rossi, 2004).

La obesidad significaba poder y riqueza, es decir, si alguien estaba obeso o tenía sobrepeso significaba buena alimentación, porque tenía dinero y por lo tanto poder. En la actualidad se ha convertido en una gran amenaza, es la epidemia del siglo XXI, hay que

dejar de pensar que el sobrepeso es significado de riqueza, de hecho el único significado que tiene es el de enfermedad. Existen en el mundo millones de personas desnutridas que a simple vista son obesas, pero en realidad la obesidad tiene muchas causas no solo la ingesta excesiva de comida (Contreras, 2002).

Consecuencias

Biológicas

Las consecuencias que la obesidad y el sobrepeso pueden tener en la salud son numerosas y variadas, desde un mayor riesgo de muerte prematura a varias dolencias debilitantes y psicológicas, que no son mortales pero pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida. Los principales problemas de salud asociados a la obesidad y el exceso de peso son diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares e hipertensión y osteoartritis (Rossi, 2004).

Psicológicas

La obesidad desde el punto de vista psicológico es difícil de definir, ya que se pueden considerar varias teorías psicológicas que pueden explicarla y que estipulan su posible etiología y su tratamiento. Es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas con obesidad que en las de peso normal, ya que la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, especialmente por las características estigmatizadas por la sociedad. También están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) en los ciclos

de pérdida y recuperación de peso (efecto yo – yo), ya que, regularmente, los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por las personas que los rodean, logrando conducir a la persona al desarrollo de nuevas patologías psicológicas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo (Vázquez & López, 2001).

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de consecuencias físicas como enfermedades (cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes), sino también a consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad, que se relacionan bastante a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Lo cual provoca consecuencias en la autoestima, en sus relaciones interpersonales, y llegan a tener menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas. Las personas con obesidad viven sentimientos de desvalorización cotidianos, son enfrentados a una presión social. Por lo tanto, una persona con obesidad puede o no desarrollar un trastorno psicológico, y en algunos casos trastornos alimentarios (Farber, 2014).

Sociales

El exceso de peso en forma de grasa es fácil de detectar. Las mujeres y hombres con obesidad sufren un estigma social que empeora su calidad de vida. Este rechazo social es una de las principales presiones para perder peso, sobre todo en las mujeres. Una persona con obesidad tiene mayores problemas que una persona delgada al interactuar con los demás, para hacer amigos, obtener un ascenso o ser aceptada en un colegio o escuela. El prejuicio y la discriminación hacia las personas obesas comienzan en la niñez temprana (Liria, 2012).

Capítulo 2. Ansiedad social

Definición

La ansiedad se puede definir como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia y/o síntomas somáticos de tensión. Se entiende como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a situaciones estresantes de manera cotidiana (Sistema Nacional de Salud [SNS], 2008).

Se define como un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos. Además, muestra combinaciones de los siguientes síntomas: ritmo cardíaco acelerado, desmayos, respiración entrecortada, diarrea, pérdida del apetito, mareos, insomnio, micción frecuente y estremecimiento (Sarason & Sarason, 2006).

La fobia social se define como un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que se expone a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por los demás. El individuo teme actuar de un modo humillante o vergonzoso; el miedo se asocia con conductas de evitación a las situaciones sociales o las situaciones se experimentan con ansiedad. Los comportamientos de evitación o el malestar producido por las situaciones sociales interfieren en la vida del individuo, como en sus relaciones laborales, académicas o sociales (APA, 2014).

Modelos Explicativos de la Ansiedad Social

La ansiedad es estado que tiene que ver con la manera de percibir y evaluar ciertos estímulos del entorno que percibe amenazantes. Este fenómeno se da de manera cotidiana y llega a cumplir una función adaptativa, sin embargo cuando un estímulo supera todas nuestras herramientas para hacer frente, la ansiedad se torna desadaptativa y afecta distintos ámbitos de la vida. La relación entre ansiedad y trastornos de alimentación ha estado poco delimitada aunque se mantiene la idea sobre su importancia a nivel clínico pero resulta afirmativa su relación con los trastornos afectivos, pues existen datos vinculados en la continuación de técnicas de comorbilidad, según Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez (2007).

Nerviosismo, miedo y preocupación, son respuestas humanas comunes que de alguna manera casi todos experimentamos. En los trastornos de ansiedad, estas respuestas normales se tornan anormales por su intensidad y el grado en que reducen la eficacia personal y la satisfacción con la vida. Para las personas que sufren de trastornos de ansiedad, a menudo los pensamientos intrusivos toman la forma de preocupaciones sobre acontecimientos y consecuencias futuras probables, o interpretaciones catastróficas de acontecimientos pasados que destacan lo negativo, especialmente los errores que el individuo pudo haber cometido. Es normal que esto ocurra cuando las personas enfrentan situaciones estresantes y amenazadoras, pero no es normal sentir ansiedad intensa y crónica cuando no existe causa obvia. La ansiedad se ha debatido en muchas culturas por cientos de años. Los romanos usaban la palabra *anxietas*, que indicaba un permanente estado de miedo (Sarason & Sarason, 2006).

Las fobias sociales conforman un grupo de trastornos de ansiedad más comunes y se produce más o menos al mismo porcentaje para hombres y mujeres. Ésta aparece, por lo general entre los quince y veinte años de edad. Con frecuencia ocasiona que se eviten situaciones sociales lo que tiene como consecuencia en la persona soledad, aislamiento y sufrimiento, en especial porque muchas veces la persona si es consciente de la situación y anhela tener un contacto social normal. Es muy probable que todos, menos quienes son sumamente seguros de sí mismos, hayan sentido cierto grado de esta ansiedad social en algún momento u otro, sin embargo, muchos pueden lidiar con esta situación. Es común que las personas con fobia social tengan una baja autoestima, pues asumen que la evaluación de otras personas es negativa y que los juzgan. Se dedican a auto monitorearse para estar al pendiente de lo que les indique que están rebasando el ideal. También están al pendiente de señales que puedan indicar que alguien los está juzgando mal. Cuando la persona con fobia social se enfrenta ante una situación que le provoca la ansiedad se encuentra en un estado de angustia y puede experimentar un estado fisiológico agudo, es decir ritmo cardíaco acelerado, transpiración, etc. Estos signos fisiológicos refuerzan el auto monitoreo, así la persona se vuelve más auto vigilada y esto puede provocar un aumento en síntomas físicos (Tomo, 2003).

Las reacciones corporales más comunes son las taquicardias o palpitaciones, temblor en manos y voz, sudoración, sonrojamiento, tensión muscular, malestar gastrointestinal, boca seca, escalofríos, sensación de opresión en la cabeza o cefalea, dificultad para tragar, náuseas y urgencia urinaria. Otras respuestas poco frecuentes son falta de respiración, dificultades para respirar y dolor en el pecho. Los fóbicos sociales asignan a los síntomas somáticos una mayor frecuencia e intensidad que la que observan otras personas en ellos. Hay personas con fobia social que no presentan reactividad

autónoma a pesar de mostrar reactividad cognitiva. En el sistema cognitivo aparecen dificultades para pensar tales como imposibilidad de recordar cosas importantes, confusión, dificultad para concentrarse y dificultad para encontrar las palabras. También existe una tendencia a centrar la atención en sí mismo, concretamente en los síntomas somáticos y autónomos de ansiedad, en las cogniciones y emociones negativas y en los propios errores. De igual manera puede haber una atención selectiva hacia las reacciones negativas de los otros. En el sistema conductual la evitación de las situaciones temidas es una característica muy frecuente en estas personas. Sin embargo, muchas veces no se evita estar en estas situaciones, sino participar en las mismas, ser el centro de atención o de crítica o manifestar síntomas temidos. Esto se consigue mediante conductas de búsqueda de seguridad o de conductas defensivas. Si no se puede evitar o escapar de una situación, aparecen reacciones como silencios, tartamudeo, incoherencias, volumen bajo o susurro voz monótona, muecas faciales, gestos de inquietud, retorcimiento de manos, postura rígida o cerrada, encogimiento postural, expresión facial pobre, sonrisa o risa inapropiada y contenido poco interesante. La adolescencia, principalmente, es un periodo crítico ya que cada persona va a verse sometida a un proceso de evaluación por los demás miembros de su grupo de iguales y debe establecer su papel y su lugar en un sistema social distinto al de la familia (Bados, 2009).

Existen factores cognitivos y emocionales que representan vulnerabilidad a la ansiedad social, como el estilo de desarrollo cognitivo, en el que se incluye el temperamento, una temprana fijación y los factores relacionados con la familia, pares y otros eventos de la vida cotidiana. Varios de estos factores están presentes desde edades tempranas, como el temperamento extrovertido o introvertido del infante y la relación de inseguridad que se establece con sus padres (Roth & Heimberg, 2006).

Existe una propuesta de explicación para la ansiedad social (Schlenker & Leary, 1982, en Zubeidat, 2005) menciona la 'teoría de la auto representación y la conducta interpersonal', en donde defiende que las personas influirían unas en otras sobre sus conductas en la mayoría de las situaciones sociales de su vida con la finalidad de alcanzar sus metas. Con esto muchos aspectos negativos que experimentarían los individuos en sus vidas como el abandono, el maltrato físico y psicológico, el rechazo y otros serían también el fruto de la conducta mantenida por otras personas. Existen distintas maneras de influir en otras personas como aplicar las recompensas, las amenazas o castigos, formando las conductas de auto representación un conjunto de tácticas o procedimientos común para el manejo de la impresión causada en los demás. De manera tal que las reacciones mostradas por las personas constituirían una función de la impresión que causamos en ellos. Por tanto el éxito en la vida social estaría determinado por las impresiones que las personas causan en los demás.

Las situaciones sociales temidas por los niños y adolescentes pueden ser muy variadas, pero bien podrían agruparse en seis categorías: 1) Interacción con el sexo opuesto, 2) Quedar en evidencia o en ridículo, 3) Interacción con desconocidos, 4) Hablar en público/Interacción con superiores, 5) Expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado y 6) Actuar en público. Cuanto más generalizado sea el temor mayor será la probabilidad de tener problemas de rendimiento académico, de presentar absentismo y abandono de la educación; mayores serán las dificultades para crear lazos de amistad y relaciones de pareja, crecer profesionalmente, mejorar los ingresos económicos y el nivel de vida; si se analiza esto desde una perspectiva más amplia, implicaría que la sociedad tenga individuos menos formados, menos productivos, más solitarios, con poco refuerzo y apoyo social, con lo cual hay una mayor probabilidad de ser presa de los problemas de

salud mental comentados anteriormente, con altos costes para la salud pública (Caldelero, Salazar & Caballo, 2011).

En esta línea, recientes estudios con población infantil y/o adolescente han tratado de aportar evidencias sobre estas cuestiones. En primer lugar, se ha informado que tanto la ansiedad específica y generalizada mostraban una alta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, si bien al contrario de lo esperado era el subtipo específico el que mostraba una mayor tasa de asociación con trastornos depresivos y con trastornos exteriorizados del comportamiento. También informaron de una incidencia del subtipo generalizado mayor entre las chicas y de mayor malestar e impacto negativo del subtipo generalizado en el proceso de desarrollo individual y social de los adolescentes. Además defienden la conveniencia de seguir manteniendo la distinción entre Trastorno de Ansiedad Social específico y Trastorno de Ansiedad Social generalizado por su relevancia en el pronóstico del curso y el tratamiento. Finalmente, han presentado la validación de una nueva propuesta de delimitación y operacionalización de los subtipos de fobia social en una muestra adolescente. La estructura multidimensional emergente supone una aproximación integradora de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la definición de los subtipos de fobia social y resulta conceptualmente sencilla, empíricamente sostenible y clínicamente relevante. No obstante, esta cuestión requiere de más estudios en población infantil y adolescente para profundizar en el conocimiento de la utilidad/validez de dichas diferenciaciones (García-López, Piqueras, Díaz-Castela & Inglés, 2008).

Tipos

De acuerdo al DSM V (APA, 2014) los tipos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica,

trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado; sin embargo en este estudio es importante rescatar que emplearemos únicamente el trastorno de ansiedad social.

Criterios

De acuerdo al DSM V (APA, 2014) los criterios para la ansiedad social son los siguientes:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado y actuar delante de otras personas.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej. Enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Instrumentos

Existen diferentes instrumentos que se han utilizado en distintas investigaciones para medir la ansiedad social, entre ellos el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI, de Spielberger, Gorsuch y Luschene del 2002, que consiste en un auto informe de 40 ítems que evalúa dos tipos de ansiedad: la ansiedad-estado (A-E) que recoge los sentimientos subjetivos de tensión y aprensión que pueden variar con el tiempo y fluctuar en intensidad, y la ansiedad-rasgo (A-R) que señala la tendencia relativamente estable de la persona a percibir las situaciones como amenazadoras, utilizado por Calderón, Forns y Varea (2010).

También se ha utilizado por Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas (2008) la Escala de Ansiedad en Interacción Social, SIAS. Formada por 20 reactivos con valores de consistencia interna y de fiabilidad test–retest superiores a 0.90 y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, LSAS.14 Incluye 24 reactivos que evalúan la interacción y la ejecución en situaciones sociales por medio de dos subescalas: miedo y evitación.

La Lista de Conductas de Achenbach (Children Behavior Checklist, CBCL/6-18; Achenbach & Rescorla, 2001 en Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009) es un instrumento

que mide una gama amplia de conductas internalizadas y externalizadas de los niños, compuesto por 118 ítems que contienen preguntas para los padres (coeficiente alfa de Cronbach = 0.96). Sus ítems se agrupan en 9 factores (ansioso/deprimido, aislado/deprimido, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de violar reglas, conducta agresiva y otros problemas).

La Entrevista Diagnóstica de Fobia Social es una entrevista semiestructurada que se realiza a los niños, basada en los criterios diagnósticos del DSM IV. Consta de 20 preguntas que indagan sobre la preocupación por exponerse a situaciones sociales, y por la crítica de los padres y profesores. Explora también la duración del trastorno (Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009).

El Instrumento Diagnóstico de Fobia Social (coeficiente alfa de Cronbach = .869; Gil-Bernal, 2003), que responden los niños, está compuesto por 27 ítems que representan las respuestas de fobia social, distribuidos en 6 factores: actividad grupal, exposición social, juego, actividad individual, aproximación e iniciativa (Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009).

La Escala de Ansiedad para Niños de Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS; Spence, 1997) está compuesta por 38 ítems que contestan los niños, referidos a síntomas de ansiedad. Incluye, además, 6 ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los demás ítems, cuya calificación no se toma en cuenta en los análisis. La versión en español tiene un alfa de Cronbach de .883 y se contesta: nunca (0), a veces (1) y siempre (2). Está compuesta por 6 factores: Ataque de Pánico/Agorafobia, Ansiedad de Separación, Miedo al Daño Físico, Ansiedad Generalizada, Fobia Social, y Trastorno

Obsesivo Compulsivo. Se califica mediante la suma de los puntos obtenidos en cada ítem. Por lo tanto, a mayor puntuación más ansiedad (Gil-Bernal & Hernández-Guzmán, 2009).

Actualmente la ansiedad social afecta a un grupo numeroso de adolescentes, por lo cual consideramos asociar este factor con otros más que, con base en investigaciones anteriores se relaciona con este grupo.

Capítulo 3. Conductas Alimentarias de Riesgo

Definición

Para comprender lo que es la conducta alimentaria de riesgo es necesario definir a la alimentación, entendida ésta como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene los nutrimentos y satisfacciones indispensables para la vida, no sólo se refiere a la ingesta de alimentos como tal, sino también a una conducta que está influenciada por más factores externos a la personas que por sus propias necesidades, o por el valor nutrimental y características específicas que tiene un alimento (Bundell, 1991).

La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión alimentaria se ven distorsionados (Saucedo-Molina & Unikel, 2010).

Las CAR son alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación, suelen presentarse como síndromes parciales que pueden convertirse en casos de TCA, en donde las personas experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que les impiden un funcionamiento adecuado (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

Modelos Explicativos de las Conductas Alimentarias de Riesgo

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) (también denominadas disfuncionales) son manifestaciones similares a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pero se dan con menos frecuencia e intensidad. Según la teoría del continuo propuesta por Nylander en 1971, las CAR se encuentra en la parte intermedia de dicho continuo: en un

extremo esta la conducta alimentaria normal y en el otro, los TCA (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011).

Si entendemos la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas éstas vinculadas a la ingestión de alimentos, se apreciara claramente que dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutricional y de las necesidades dietéticas del individuo (Lora-Cortez & Saucedo-Molina, 2006).

Podemos encontrar cuatro principales influencias en la conducta alimentaria de los jóvenes: 1) Influencias personales o intrapersonales (creencias, actitudes, factores psicosociales), 2) Influencias del medio social o interpersonales (familia, pares), 3) Influencias físicas del ambiente o entorno de la comunidad (disponibilidad de los alimentos), 4) Influencias del microsistema (medios masivos de comunicación, normas) (Neumark-Sztainer, Butler & Palti, 1996).

Garfinkel y Garner (1982) proponen tres grupos de factores en su modelo explicativo: 1.- Predisponentes: a) Individuales: preocupaciones por la autonomía, identidad y separación, trastornos de la percepción o del peso, desarrollo de la personalidad, procesos cognitivos; b) Familiares: características demográficas, aumento de la cultura del peso, alimentación, expectativas de desempeño, antecedentes familiares, obesidad de los padres, relaciones; c) Culturales: presión por la delgadez y expectativas de rendimiento. 2.- Precipitantes: un ejemplo sería la dieta restringida. 3.- Perpetuantes: síndrome de inanición, vómito, fisiología intestinal, percepción sobre el cuerpo, personalidad y ganancias secundarias.

El modelo de doble vía (Stice, 2001) plantea que la presión inicial para estar delgado y la interiorización del ideal de delgadez predicen un incremento en la insatisfacción corporal. La cual, a su vez, predice un incremento para hacer dieta restringida y un incremento en el afecto negativo.

Heatherton, Herman y Polivy (1991) propusieron el modelo espiral, el cual indica que las personas con insatisfacción corporal hacen dieta restringida para controlar su peso, al no tener éxito en la dieta no se logra la reducción de peso. El individuo probablemente recurrirá al atracón como resultado de su restricción alimentaria; el fracaso retroalimenta la baja autoestima resultando en más insatisfacción corporal, el cual puede llevar a un nuevo intento de restricción alimentaria.

Finalmente, Striegel-Moore (1993) proponen el modelo del desarrollo, el cual señala que el atracón es consecuencia de las restricciones prolongadas en una dieta que tienen como finalidad la reducción o control del peso. Existe una relación entre la insatisfacción de la imagen corporal, las dietas restringidas y el control de peso y la figura.

Tipos

Según Neumark-Staizner, Butler y Palti (1996) las principales CAR pueden describirse de acuerdo a tres grandes grupos: a) Alteraciones relacionadas con la alimentación, b) Prácticas erróneas de control de peso y, c) Alteraciones de la percepción de imagen corporal:

Alteraciones relacionadas con la alimentación: eliminar tiempos de comida, atracarse, comedor compulsivo, preocupación excesiva por el contenido calórico de los alimentos, preocupación por la preparación de los alimentos, preocupación por los tipos de alimentación, actitudes erróneas frente a la realización de las comidas, evitar comer con

miembros de la familia o amigos, esconder la comida, tirar los alimentos, alteraciones en la ingesta habitual de los alimentos, cortar los alimentos en pedazos muy pequeños y comedor nocturno.

Prácticas erróneas de control de peso: “estar a dieta”, “dietas mágicas”, dietante compulsivo, dietante crónico, vómito auto inducido, uso de medidas purgativas, ayuno, decir que no se tiene hambre, decir que ya comió, miedo a la ganancia de peso, frecuencia excesiva en la medición del peso corporal y ejercicio desmedido.

Alteraciones de la percepción de la imagen corporal: distorsión de la imagen corporal.

Instrumentos

Kid's Eating Disorder Survey (Childress, Jarrell & Brewerton en Platas, Gómez-Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013) (KEDS); validado en México por Zúñiga y Padrón en el 2009 y denominado en su versión en español como Cuestionario Infantil para Trastornos de la Conducta Alimentaria (CITCA) fue diseñado para niños de 7 a 12 años, agrupa dos dimensiones, conductas purgativas/restrictivas e insatisfacción con la imagen corporal, tiene un *alfa de Cronbach* de .92. *Children's Eating Attitudes Test* (ChEAT) (Maloney, McGuire & Daniels en Platas, Gómez-Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013) validado para población mexicana por Escoto y Camacho en el 2008 en niños de 11 a 14 años, cuenta con un alfa de Cronbach de .82 y una estructura formada por cinco factores: motivación por adelgazar, evitación de alimentos engordadores, preocupación por la comida, conductas compensatorias y presión social percibida.

FRATAP-H y la *FRATAP-M* (Saucedo & Unikel en Platas, Gómez-Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013) son una modificación de dos cuestionarios, el CIMEC (Toro, Salamero & Martínez en Platas, Gómez-Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013)

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal) y la EFRATA (Gómez-Peresmitré & Ávila 1998; Gómez Peresmitré, 2001 en Platas, Gómez- Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013) (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios) compuesto por 5 factores en el caso de los hombres: influencia de la publicidad, conducta alimentaria normal, malestar por la imagen corporal, desarrollo puberal y tiempos de comida. Tiene un *alfa de Cronbach* general de .75. Para las mujeres cuenta con 5 factores denominados: influencia de la publicidad, desarrollo puberal, tiempos de comida, malestar con la imagen corporal y dieta restringida. El alfa de Cronbach es de .83.

Escala de Conductas Alimentarias de Riesgo (ECAR) (L'Esperance & Gómez – Peresmitré en Platas, Gómez- Peresmitré, León, Pineda & Guzmán, 2013) validado en niñas púberes (10 a 12 años de edad) arrojó tres factores: dieta restrictiva, preocupación por el peso y la comida y temor a la obesidad, con un alfa de Cronbach de .80.

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) es uno de los instrumentos más frecuentemente utilizado en México en la estimación de factores de riesgo para los TCA en adolescentes hombres y mujeres.

Otro factor con el que se ha encontrado una relación estrecha con el IMC es la influencia de los medios de comunicación, la publicidad y el malestar con la imagen corporal, sin embargo también la mayoría de estos estudios se han realizado con niños, dejando un poco de lado a los adolescentes, por lo que nos es interesante este grupo que queda justo en medio de niños y adultos, para verificar si ese patrón de relación se encuentra en ellos también.

Capítulo 4. Influencia de los Medios Sobre el Modelo Estético Corporal

Definición

Se entiende como la presión que ejercen sobre el individuo los mensajes visuales, verbales o impresos en los que se resaltan los modelos estéticos dominantes, la estigmatización de la obesidad y los valores de la cultura de la delgadez, así como sobre los procedimientos para conseguir ese “cuerpo ideal”, a través de diversos medios de comunicación masivos como la televisión, radio, revistas, etc. (Saucedo-Molina & Guzmán, 2010).

Se consideran influencias culturales en el modelo estético corporal todos aquellos elementos culturales que contribuyen a facilitar el adelgazamiento por razones estéticas y sociales (Guzmán, 2012).

La imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000). El concepto más bien neurológico del esquema corporal, viene a añadirse y a suponerse al de imagen corporal, concepto netamente psicoanalítico gracias al cual el ser humano puede “experimentarse”, como una entidad individual, diferenciada, unificada y constante (Guimón, 2008).

Modelos Explicativos de la Influencia de los Medios Sobre el Modelo Estético Corporal

El modelo publicitario define sus esquemas a partir de las normas culturales y las características específicas de la época, manipula de diversas formas los estereotipos, por ejemplo, el de una mujer delgada, reforzando, modernizando y adecuándolo a las necesidades y deseos del consumidor. La gran mayoría de las mujeres anhelan parecerse

a la mujer del anuncio, busca ser atractiva al sexo opuesto, sobresalir y obtener la aceptación de las demás mujeres (López & Murillo, 2004).

Los medios de comunicación ejercen presión social transmitiendo el mensaje de que un físico delgado proporciona felicidad, ya que éste se asocia con belleza y atractivo sexual, así como también implica tener más poder y autocontrol (Esnaola, 2005).

Los medios de comunicación nos enseñan a modelar y conformar las percepciones que tenemos de hombres y mujeres, modelan los roles, los medios influyen en las relaciones interpersonales y son instrumentos que influyen en la autoimagen del individuo. Revistas y televisión ocupan el principal papel de difusión de esta cultura actual, las revistas tienen un influjo directo en la aceptación social, mientras en la televisión hay fuerte presencia de los modelos de delgadez, la exposición de los televidentes permite la actuación indiscriminada de los patrones actuales (Carrillo, 2001).

Los medios de comunicación contribuyen con publicidad a forzar a las personas a igualar un ideal cultural de apariencia física, mediante una construcción cognitiva que pone en riesgo la salud física y mental. Los grupos más vulnerables a esta presión sociocultural suelen ser los púberes y adolescentes ya que se encuentran en una etapa de cambios corporales y psicológicos importantes, etapa en donde se enfatiza la importancia del atractivo físico, en busca de un auto concepto y una imagen corporal más cercana a la idealizada culturalmente (Escamilla, 2007).

Estos medios promueven la delgadez, las dietas y los productos milagrosos. Bombardean con toda clase de productos para adelgazar. Los adolescentes en su afán de tener un cuerpo ideal establecido por los medios, se vale de todo para lograrlo, por

ejemplo, negarse a comer, auto inducirse el vómito y ayudar, lo cual puede llevarlos a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (Martínez, 2010).

La existencia de un estereotipo de belleza significa una presión importante para las adolescentes, los medios han difundido que las mujeres que encarnan el modelo establecido tendrán una autoestima elevada, ya que les dicen cómo conseguirla, en una pantalla televisa o en una revista, no es un mensaje que únicamente influya en las receptoras, emite un mensaje que, de alguna manera, se hace predominante, es decir no es pasajera y se interioriza (López & Murillo, 2004).

Una hipótesis explicativa de la insatisfacción en mujeres se encuentra en el impacto que tiene el modelo estético corporal en la cultura occidental, la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la sociedad. Este ideal estético corporal propuesto por la sociedad y transmitido por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico (Esnaola, 2005).

Una cosa es la apariencia física y otra distinta la imagen corporal, personas con una apariencia física que se aleja de las imposiciones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse bien así, la apariencia física es la primera fuente de información en la interacción social, es la realidad física, y sabemos que la fealdad, la desfiguración, la deformación congénita, los traumatismos, etc. aumentan el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

Se debe satisfacer como requisitos clínicos las ideas sobrevaloradas acerca de la anormalidad o fealdad del aspecto físico que suscitan preocupación, una intensa

devaluación de la apariencia física que deviene en baja autoestima global, una interferencia en el funcionamiento diario, y la evitación de situaciones que implican exponer la apariencia a otras personas (Sánchez-Carrecedo, Mora, López, Marroquín, Ridaura & Raich, 2004).

De acuerdo con Salvador, García-Gálvez & De la Fuente (2010), la imagen corporal es una experiencia subjetiva y personal que puede o no ser congruente con la realidad objetiva, contiene un componente emocional que incluye experiencias de satisfacción e insatisfacción relacionada con nuestra apariencia corporal.

Se considera a la imagen corporal como una parte del auto concepto que incluye juicios acerca de su comportamiento, de sus habilidades o de su apariencia externa. Las valoraciones, sean positivas o negativas, que realiza una persona sobre este conjunto de percepciones, y los sentimientos que le producen, determinan su autoestima. Debido a esto, la imagen corporal se encuentra relacionada íntimamente con la autoestima, todo esto en el plano de una actitud, ya sea positiva o negativa hacia sí mismo, apoyado en la evaluación de las propias características, llevando a sentimientos de satisfacción o insatisfacción (Salvador, et. al. 2010).

Fisher (1990) ubica tres factores principales en la imagen corporal: Perceptuales: imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de algunos aspectos del cuerpo; Cognitivo: se refiere a la focalización de la atención en el cuerpo y las autoafirmaciones, creencias asociadas al cuerpo y la experiencia corporal; Emocionales: involucran experiencias de placer y displacer, satisfacción e insatisfacción y otras condiciones emocionales relacionadas a la experiencia corporal.

Este autor manifiesta que la imagen corporal de cada individuo es una experiencia subjetiva, en la cual no hay necesidad de existir un correlato con la realidad y presenta las siguientes características: es un concepto multifacético; está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia, es decir, cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos se relaciona significativamente con cómo nos percibimos a nosotros mismos; la imagen corporal está socialmente determinada. Desde que nacemos existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo; la imagen corporal no es fija o estática, es un constructo dinámico; la imagen corporal influye en el procesamiento de la información, la forma de percibir el mundo está influenciado por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

Una alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio en sus componentes (Thompson, 1990 en Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2003) y la dicha alteración es causal en los trastornos alimentarios.

Según el modelo sociocultural, la preocupación por la imagen corporal ocurre si un individuo internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura y mediante una comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Sin embargo, los estudios han mostrado que en la gran mayoría de los adolescentes insatisfechos con su cuerpo, pocos tienen sobrepeso. Las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, los tienen con un cuerpo imaginario y éste se convierte en el valor más importante. (Calaf, Hilerio, León & Rodríguez, 2005).

Ballester y Guirado (2003, en Salvador, García-Gálvez & De la Fuente, 2010) observaron que el hecho de tener que ajustarse a ciertos valores e ideales de belleza lleva a los niños y niñas a un estado de evaluación corporal constante a edades cada vez más

tempranas, lo que conduce al desarrollo de comportamientos que atentan contra su salud física y psicológica. Es aceptado socialmente que la imagen física tiene una gran importancia en nuestra sociedad, pero la búsqueda de cuerpos perfectos conlleva conductas alimentarias de riesgo que ponen en serio peligro la salud.

Instrumentos

Valoración de la Autoestima General: *Self – Esteem Questionnaire* (LAWSEQ) (Lawrence, 1981; en Trujano et. al., 2010). Esta escala formada por 16 ítems valora la autoestima general en niños / as, y tiene tres posibles respuestas: “sí”, “no”, “no lo sé”. Su puntuación media es de 9 puntos. Puntuaciones por encima o por debajo de una desviación estándar indican respectivamente alta o baja autoestima. Los resultados obtenidos en el estudio de adaptación al español indicaron una aceptable finalidad interna, con un $\alpha = 0.67$, con correlaciones ítem- total comprendidas entre $r = 0.61$ y $r = 0.69$.

Valoración de la Autoestima Corporal: *Body Esteem Scale* (BES) (Mendelson & White, 1982; en Trujano et. al., 2010). Es un instrumento formado por 24 ítems que valoran autoestima corporal en niños/ as mayores de 7 años. Consta de 24 reactivos con respuestas de “sí” y “no” que recogen información sobre sentimientos o valoraciones acerca de la propia apariencia y de cómo creen que son valorados por los demás. La BES, tiene una finalidad interna aceptable ($r = 0.85$; de Gracia et al. 2007); el alfa en la versión española fue de .80 (de Gracia et al. 2007), y para la mexicana fue de .85.

Valoración de la Imagen Corporal: *Body Image Assessment* (BIA) (Collins, 1991; Trujano et. al., 2010). Escala visual en la que aparecen por separado 7 figuras de niños /as y 7 de jóvenes de ambos géneros que representan las curvas estándar de percentiles para el IMC en niños que van desde la representación de una figura muy delgada hasta una

figura con sobrepeso, con un rango de puntuaciones de 1 (delgadez) hasta 7 (obesidad) con incrementos de .5 puntos. El BIA provee un indicativo de las discrepancias entre percepciones subjetivas de la imagen corporal real (como se perciben), ideal (como quieren ser), social (como creen que serían).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC), creado por Toro, Salamero y Martínez creado en 1994 (Vázquez, Álvarez, & Mancilla, 2000), con la finalidad de evaluar las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales. Dicho instrumento está compuesto de 40 preguntas directas que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de tres puntos: a) Sí siempre (2) b) Sí a veces (1) c) No nunca (0). Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 80 y la mínima de 0. Fue elaborado y validado en una muestra española de 59 anoréxicas y 59 controles. Presentó una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.93. Con una sensibilidad de 81.4% y una especificidad del 55.9%; el punto de corte se estableció en 23-24. Los autores de este cuestionario, también investigaron las diferencias entre un grupo clínico y otro control en todas y cada una de las 40 preguntas, lo que les permitió aislar 26 de ellas, cuyas diferencias fueron estadísticamente significativas (.05). Estas preguntas formaron el CIMEC-26, del cual se derivan cinco factores:

Factor I.– Malestar por la imagen corporal: Incluye las preguntas [4, 5, 11, 13, 16, 17, 25, 31] que muestran ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez obvios y

sistemáticos. Este factor también incluye la práctica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Factor II.– Influencia de la publicidad: Incluye ocho preguntas [6, 8, 9, 15, 21, 28, 33, 38], todas ellas relativas al interés que despierta la publicidad de productos adelgazantes.

Factor III. – Influencia de mensajes verbales: Incluye las preguntas [19, 23 y 26], que se relacionan con el interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones sobre el adelgazamiento.

Factor IV. – Influencia de los modelos sociales: Incluye las preguntas [1, 12, 27 y 37], relativas al interés que despiertan los cuerpos de las actrices, de los modelos publicitarios y de los transeúntes.

Factor V. – Influencia de las situaciones sociales: Las preguntas [40, 3 y 34], que forman este factor, se refieren a la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias, y a la aceptación social atribuida a la delgadez (Vázquez, Álvarez, & Mancilla, 2000).

Planteamiento del problema

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre nivel de ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal con el IMC en estudiantes la secundaria general número 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo?

Justificación

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo (OMS, 2008). En México la prevalencia ha ido en aumento, sobre todo en los adolescentes, de acuerdo con los datos de la ENSANUT (2012).

Estudios previos han encontrado que el IMC se relaciona positivamente con diferentes factores biopsicosociales como son la ansiedad social, las conductas alimentarias de riesgo, la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal, entre otros, lo cual quiere decir que cuanto mayor sea el IMC, mayores serán las variables antes mencionadas (Murawsky, Elizathe & Rutzstein, 2008; Sánchez & Rossano, 2012; Saucedo, et. al., 2007; Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002; Carrillo, 2001).

La relevancia de la presente investigación radica principalmente en contribuir con datos importantes para la identificación de factores de riesgo que actúan sobre los adolescentes para desarrollar sobrepeso y obesidad, creciente problema que afecta a nuestro país. La información derivada de ésta puede resultar fundamental para la creación e implementación de programas de prevención e intervención en adolescentes que sufren obesidad y sobrepeso o estén en riesgo de padecerlos, esto al ayudar a identificar los

principales factores biopsicosociales que se relacionan con el IMC. Igualmente, la información proporcionada eventualmente podría generar un mejor conocimiento de las formas para desarrollar sobrepeso u obesidad.

Objetivo General

Relacionar las dimensiones de ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal con el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Objetivos específicos

1. Determinar las dimensiones de ansiedad social en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

2. Determinar las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

3. Determinar las dimensiones de la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

4. Determinar el IMC en los estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

5. Determinar la relación que existe entre las dimensiones de ansiedad social y el IMC de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

6. Determinar la relación que existe entre las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

7. Determinar la relación que existe entre las dimensiones de la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Hipótesis

Hipótesis conceptual

Los jóvenes de Madrid con obesidad severa mostraron más ansiedad que los jóvenes con sobrepeso-obesidad leve (Calderón, Forns & Varea, 2010).

En las mujeres entre mayor sea el deseo de disminuir su IMC mayor será su malestar con la imagen corporal (Murawsky, Elizathe & Rutzstein, 2008).

Entre más cerca se encuentren los adolescentes del IMC ideal, menor es su malestar con la imagen corporal (Sánchez & Rossano, 2012; Torres, Cepero & Torres, 2010).

Entre mayor sea el IMC en los adolescentes mayor es el malestar con la imagen corporal (Saucedo, et. al., 2007; Valdez & Guadarrama, 2008).

A mayor IMC, mayor será el riesgo de ejecutar conductas alimentarias de riesgo (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002).

A mayor influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal menor IMC (peso bajo) en los adolescentes (Carrillo, 2001; Faour, 2010).

Hipótesis estadísticas

H₀₁: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad social y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

H1₁: Sí existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad social y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

H0₂: No existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

H1₂: Sí existe relación estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

H0₃: No existe relación estadísticamente significativa entre la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

H1₃: Sí existe relación estadísticamente significativa entre la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Método

Variables

Tabla 1. Definición de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
IMC	El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m ²) (OMS, 2012).	Aplicación de la fórmula $\frac{p}{t^2}$
Ansiedad social	La ansiedad social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. La característica esencial de este trastorno es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas (APA, 2014).	Se utilizará la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, de Jiménez, Sánchez y Valencia (2013) el cual consta de 3 factores: 1) miedo a la evaluación negativa, 2) ansiedad y evitación ante extraños o situaciones sociales nuevas, y 3) ansiedad y evitación ante extraños o situaciones sociales en general.
Conductas alimentarias de riesgo	Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación, incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven las personas (Behar & Icaza, 1972).	Se utilizará la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación de Gómez-Peresmitré (2000) la cual cuenta con dos versiones, una para hombres y una para mujeres donde cada una consta de 3 factores: 1) conducta alimentaria compulsiva, 2) preocupación por el peso y la comida, y 3) dieta crónica y restrictiva.
Influencia de los medios sobre el modelo estético corporal	La presión sociocultural hacia una imagen más esbelta, aunada a la fuerte estigmatización de la obesidad, se ha considerado como uno de los factores principales en la aparición de los Trastornos de	Se utilizará la versión adaptada en población mexicana (Saucedo Molina, et al., 2008) del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal -12, versión modificada del CIMEC-26 (Toro Salamero & Martínez, 1994) que cuenta con 2

la Conducta Alimentaria. Esta influencia ejerce presión sobre las personas con respecto a sus cuerpos y en consecuencia en sus conductas alimentarias.

La influencia, percibida por el sujeto, proviene de personas o imágenes que son idealizadas principalmente a través de los diferentes medios de comunicación (Saucedo-Molina, Escamilla-Talón, Portillo-Noriega, Peña-Irecta & Calderón-Ramos, 2008).

versiones, una para hombres y otra para mujeres y consta de 3 factores: 1) Influencia de la publicidad, 2) Malestar de la imagen corporal para mujeres y 3) Malestar de la imagen corporal para hombres.

Participantes

Participaron 91 estudiantes de la secundaria general 3 con una media de edad de 13.81 años y una desviación estándar de 0.99, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. De la muestra total el 54.90% eran hombres y el 45.10% mujeres (ver figura 1 y 2).

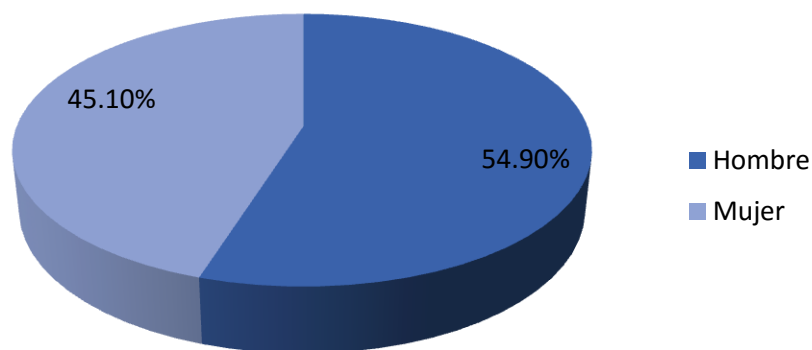


Figura 1 Distribución por sexo

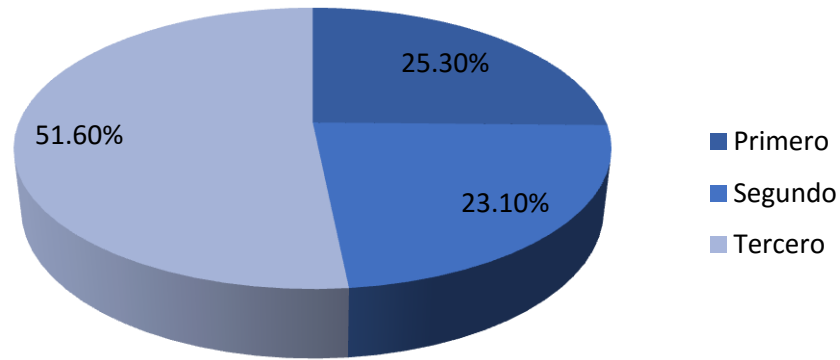


Figura 2 Distribución por grado escolar

Tipo de diseño y estudio

Se llevó a cabo un diseño no experimental, transversal, correlacional

Criterios de inclusión

- Estudiantes de secundaria de primero a tercero que tengan entre 12 y 15 años de edad.
- Estudiantes que tengan acceso a medios de comunicación.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que lleven algún régimen alimenticio.
- Estudiantes de alto rendimiento deportivo.
- Estudiantes con padres que tengan problemas de peso por causas biológicas.

Criterios de eliminación

- Estudiantes que entreguen cuestionarios incompletos o mal contestados.
- Estudiantes sin consentimiento firmado por padre o tutor.

Instrumentos

Índice de Masa Corporal

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas (OMS, 2012).

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

La Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (Jiménez, Valencia & Sánchez, 2013) tiene un alfa de Cronbach de 0.87, consta de 3 sub escalas: a) miedo a la evaluación negativa con un total de 8 reactivos; b) ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas con 6 ítems; y c) ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general con cuatro reactivos. Tiene un total de 22 reactivos, de los cuales 18 son auto descriptivos y los otros cuatro constituyen elementos distractores que no se toman en cuenta para la puntuación. El formato de respuesta es de tipo Likert con cinco opciones, que van desde 1 = nunca hasta 5 = siempre. La calificación se obtiene sumando las puntuaciones asignadas a cada uno de los reactivos con excepción de los neutros. Altas puntuaciones reflejan elevados niveles de ansiedad social. El análisis se realizó con 677 estudiantes voluntarios de edades entre 12 y 18 años de la Ciudad de México.

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios

El instrumento diseñado por Gómez Pérez-Mitre en 1998 es un instrumento auto aplicable con formato mixto para hombres y mujeres, que consta de 48 preguntas y mide conductas de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria, así como la conducta alimentaria normal, validado mediante un análisis factorial de componentes principales en una muestra de 1494 hombres y 1915 mujeres. De su validación se obtuvieron 5 factores, cada uno de los cuales alcanzó los siguientes valores de alpha (Gómez Pérez-Mitre, 2000):

El instrumento para hombres quedó dividido de tal manera, factor 1: conducta alimentaria compulsiva, con un alpha de Cronbach de .8602, factor 2: preocupación por el peso y la comida, con un alpha de Cronbach de .8076, factor 3: conducta alimentaria normal, con un alpha de Cronbach de .8121, factor 4: dieta crónica y restrictiva, con un alpha de Cronbach de .8052 y por último el factor 5: conducta alimentaria de compensación psicológica, con un alpha de Cronbach de .6529. La escala total obtuvo un alpha de .8660.

El instrumento para mujeres se dividió también en 5 factores, el primero de ellos es la conducta alimentaria compulsiva, con un alpha de Cronbach de .9051, el segundo, es la preocupación por el peso y la comida, con un alpha de Cronbach de .8242, el tercer factor es la conducta alimentaria normal, con un alpha de Cronbach de .6944, el factor número cuatro es la dieta crónica y restrictiva, con un alpha de Cronbach de .7434 y por último tenemos a la conducta alimentaria por compensación psicológica, con un alpha de Cronbach de .8136, La escala total obtuvo un alpha de .8876.

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal-12

El instrumento consta con un número total de reactivos de 12 en la sección de hombres y 12 en la sección de mujeres. Su escala de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos: 1 (nunca), 2 (pocas veces), 3 (muchas veces), 4 (siempre). Fue validada en 2194 púberes (52% mujeres y 48% hombres) estudiantes de los tres grados de secundaria de 11 a 15 años de edad ($X = 13.20 \pm 1.02$), de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Consta de 5 factores, 1) 'Influencia de la publicidad', 5 reactivos en hombres, 6 en mujeres, 2) 'Malestar con la imagen corporal', 5 en hombres, 6 en mujeres, 3) 'Tiempos de comida', 3 en hombres, 3 en mujeres, 4) 'Madurez sexual', 4 en hombres, 4 en mujeres, 4) 'Dieta restringida', 5 en hombres, 4 en mujeres y 5) 'Preocupación por el peso y la comida', 0 en hombres, 3 en mujeres. Se califica por medio de la escala Likert en la mayoría de las preguntas que se ponen en el instrumento el cual tiene cuatro puntos: 1 (nunca), 2 (pocas veces), 3 (muchas veces) y 4 (siempre). El instrumento fue diseñado, validado y confiabilizado por Saucedo- Molina, el cual obtuvo un alfa de Cronbach de 0.79 en hombres y un 0.89 en mujeres, mediante un análisis factorial de los componentes principales, el método que se utilizó para evaluar la escala fue por medio de un estudio transversal de campo, descriptivo y correlacional.

Procedimiento

1. Se procedió con el papeleo correspondiente con las autoridades de la escuela secundaria general 3 para realizar la aplicación de los instrumentos.
2. Se les envió a los tutores de los alumnos un consentimiento informado en donde se estipula el procedimiento de nuestra investigación para proceder a la medición y aplicación de los instrumentos correspondientes.

3. Posteriormente se recibieron los consentimientos autorizados por los padres o tutores.
4. Se les explicó a los estudiantes de la escuela secundaria general 3 que nos llevaríamos 2 días en la aplicación, que en el primer día se les tomaría las medidas de peso y talla para obtener su IMC.
5. En el siguiente día se realizó la aplicación de los instrumentos, se les explicó el objetivo de la investigación nuevamente, de igual forma se les explicaron las instrucciones de cada instrumento.
6. Se les aclaró que los datos proporcionados serán totalmente anónimos y únicamente las personas implicadas en la investigación tendrían acceso a ellos y éstos solo se utilizarían con fines totalmente académicos, así mismo se les solicitó contestar con absoluta sinceridad.
7. Se llevaron a cabo los análisis correspondientes por medio del paquete estadístico SPSS versión 15, obteniendo medidas de tendencia central, de dispersión y correlación de Pearson de las variables.

Resultados

El objetivo general del estudio fue determinar la relación entre el nivel de ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal con el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo. Los primeros cuatro objetivos específicos fueron determinar el nivel de ansiedad social, el malestar de la imagen corporal, las conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal y el IMC. En la Tabla 2 se describen los resultados en mujeres de medias y desviaciones estándar de dichas variables:

La Tabla 2 muestra los datos reportados del IMC obtenido, que cuenta con una media de $\bar{x} = 20.09$ y una desviación estándar de $DE= 3.17$, indicando que los estudiantes presentan un IMC en promedio con clasificación de normo peso.

La Tabla 2 también muestra los datos reportados por cada uno de los tres factores que conforman la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, los cuales se describen a continuación:

La dimensión de Miedo a la Evaluación Negativa cuenta con una media de $\bar{x} = 15.64$ y una desviación estándar de $DE= 6.03$, indicando que las estudiantes presentan niveles moderados de Miedo a la Evaluación Negativa, ya que la media se encuentra ligeramente debajo de la media teórica (20).

La dimensión de Ansiedad y Evitación Social en Situaciones Nuevas cuenta con una media de $\bar{x} = 14.23$ y una desviación estándar de $DE= 5.41$, indicando que los estudiantes presentan niveles moderados de Ansiedad y Evitación Social en Situaciones Nuevas, ya que la media se encuentra ligeramente por debajo de la media teórica (15).

Tabla 2 Medidas de tendencia central y dispersión de las variables Ansiedad Social e IMC en hombres y mujeres.

Variable	Rango teórico	Media	DE
IMC		20.09	3.17
Ansiedad Social			
Miedo a la Evaluación Negativa	8-40	15.64	6.03
Ansiedad y Evitación Social en Situaciones Nuevas	6-30	14.23	5.41
Ansiedad y Evitación Social en General	4-20	7.67	2.88

La dimensión de Ansiedad y Evitación Social en General cuenta con una media de $\bar{x} = 7.67$ y una desviación estándar de $DE = 2.88$, indicando que los estudiantes presentan niveles moderados de Ansiedad y Evitación Social en General, ya que la media se encuentra ligeramente por debajo de la media teórica (10).

Por otro lado, se evaluaron las CAR, a través de la EFRATA, a continuación se detalla lo encontrado en esta muestra de adolescentes.

En un primer momento se identificó el número de participantes en situación de riesgo por sus conductas alimentarias, se realizó un análisis de cada una de éstas de acuerdo con los puntos de corte de a EFRATA, para los factores: dieta crónica restringida, conducta alimentaria compulsiva y preocupación por el peso y la comida.

Con relación a la preocupación por el peso y la comida, en la figura 3, se puede observar que el 95.6% de la muestra total no presenta riesgo, en cambio aproximadamente el 4.4% de los participantes sí tiene riesgo. Al realizar el análisis de acuerdo al sexo de los participantes, se encontró que en un mayor porcentaje (4.4%) los hombres a diferencia de las mujeres (0%) presentan esta conducta (ver tabla 3).

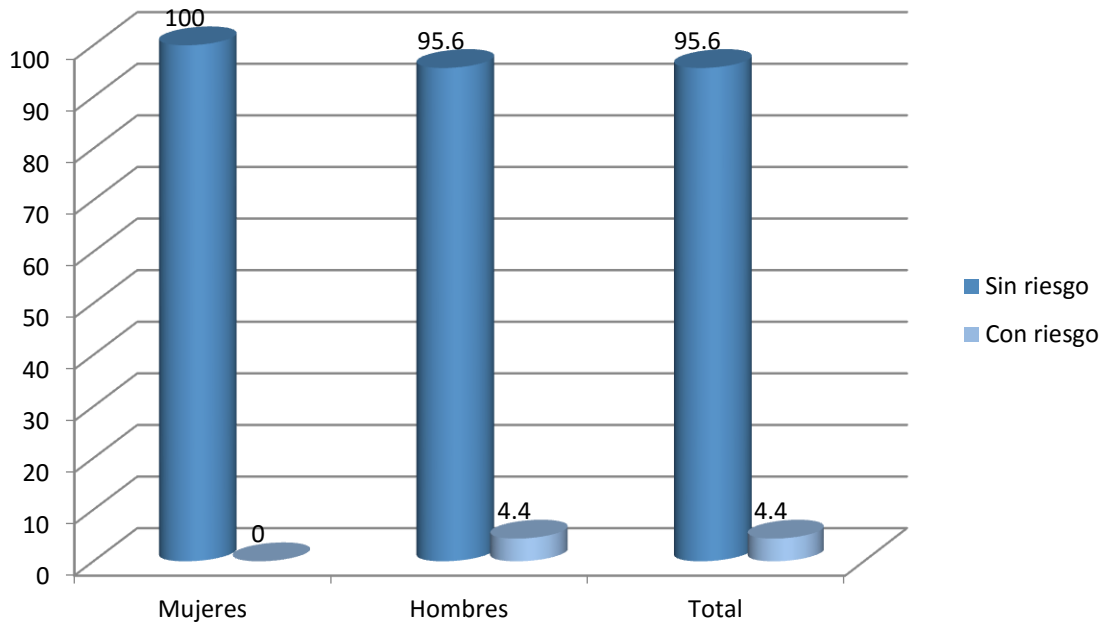


Figura 3. Preocupación por el peso y la comida, participantes del estudio.

Tabla 3. Distribución porcentual de preocupación por el peso y la comida.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	0	0
	H	4	4.4
Total		4	4.4

Con relación a la dieta crónica restringida, en la figura 4, se puede observar que el 97.8% de la muestra total no presenta riesgo, en cambio aproximadamente el 2.2% de los participantes sí tiene riesgo. Al realizar el análisis de acuerdo al sexo de los participantes, se encontró que en un mayor porcentaje (1.1%) las mujeres a diferencia de los hombres (0%) presentan esta conducta (ver tabla 4).

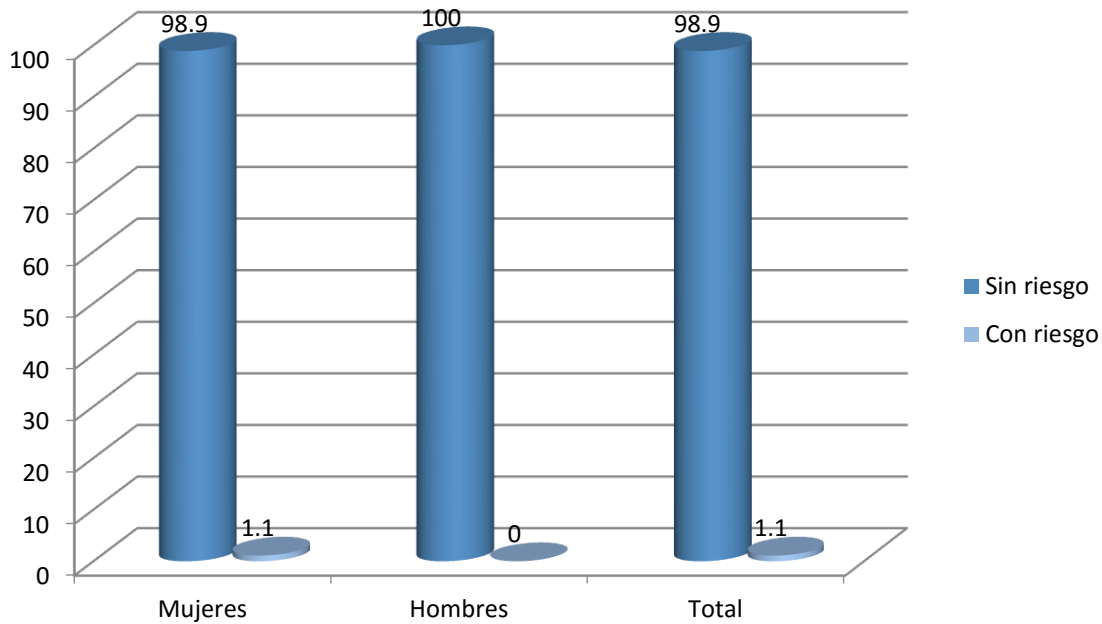


Figura 4. Dieta crónica restrictiva, participantes del estudio.

Tabla 4. Distribución porcentual de dieta crónica restrictiva.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	1	1.1
	H	0	0
Total		1	1.1

Con relación a la conducta alimentaria compulsiva, en la figura 5, se puede observar que el 98.9% de la muestra total no presenta riesgo, en cambio aproximadamente el 1.1% de los participantes sí tiene riesgo. Al realizar el análisis de acuerdo al sexo de los participantes, se encontró que en un mayor porcentaje (1.1%) las mujeres a diferencia de los hombres (0%) presentan esta conducta (ver tabla 5).

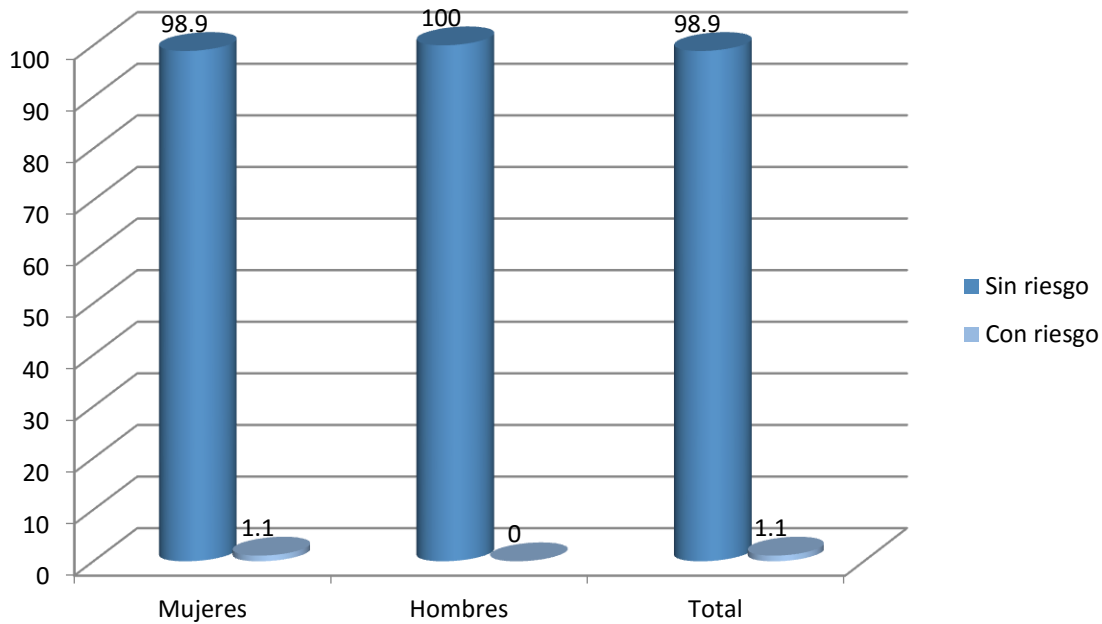


Figura 5. Conducta alimentaria compulsiva, participantes del estudio.

Tabla 5. Distribución porcentual de conducta alimentaria compulsiva.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	1	1.1
	H	0	0
Total		1	1.1

La variable denominada influencia de los medios sobre el modelo estético corporal se evaluó a través del CIMEC 12, específicamente se consideraron dos factores influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, a continuación se describen los resultados obtenidos.

Influencia de la publicidad

Con relación al factor llamado influencia de la publicidad se encontró para la muestra total que según la mayoría de los participantes (91%) pocas veces o nunca la

publicidad influye en ellos (as), contra un 9% que dieron respuestas de muchas veces y siempre.

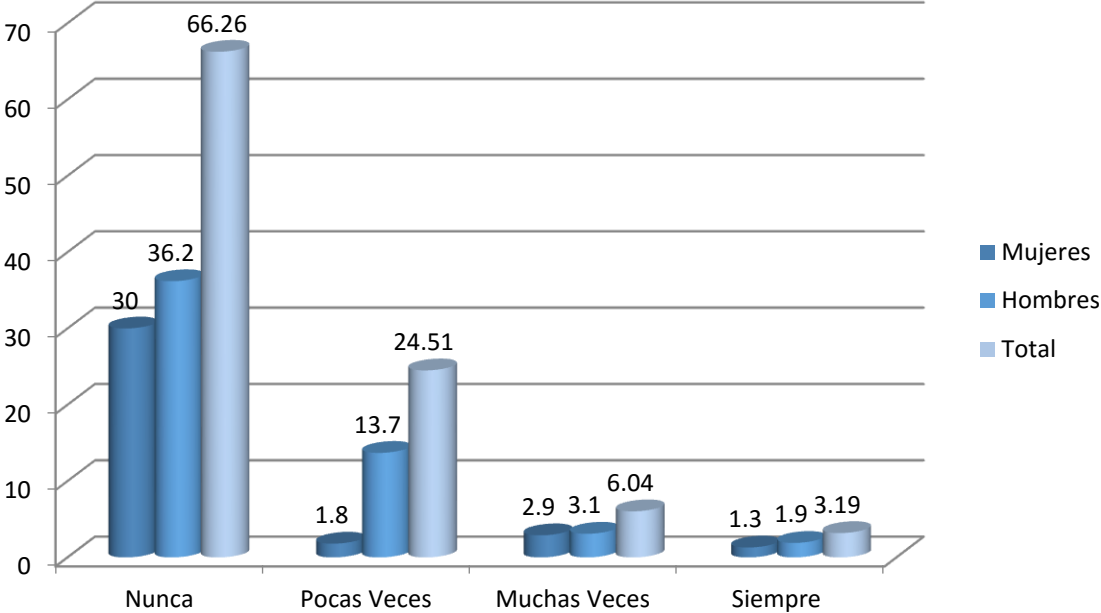


Figura 6. Influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal.

Al realizar el análisis por sexo, se observó que los porcentajes más altos respecto a que nunca o pocas veces en las mujeres influye la publicidad en ellos; en cambio los hombres presentan un porcentaje mayor en respuestas de muchas veces y siempre es evidente que a los hombres les llaman más la atención los anuncios, reportajes y conversaciones sobre productos para adelgazar o ‘mejorar’ la figura corporal (ver figura 6).

Ahora bien en el factor de malestar con la imagen corporal la mayoría de las respuestas de los participantes se ubicaron en pocas veces y nunca. Al realizar el análisis por sexo se encontró que son los hombres en quienes se presenta malestar por la propia imagen corporal provocado por las figuras de los modelos estéticos dominantes al compartiros con el propio cuerpo (ver figura 7).

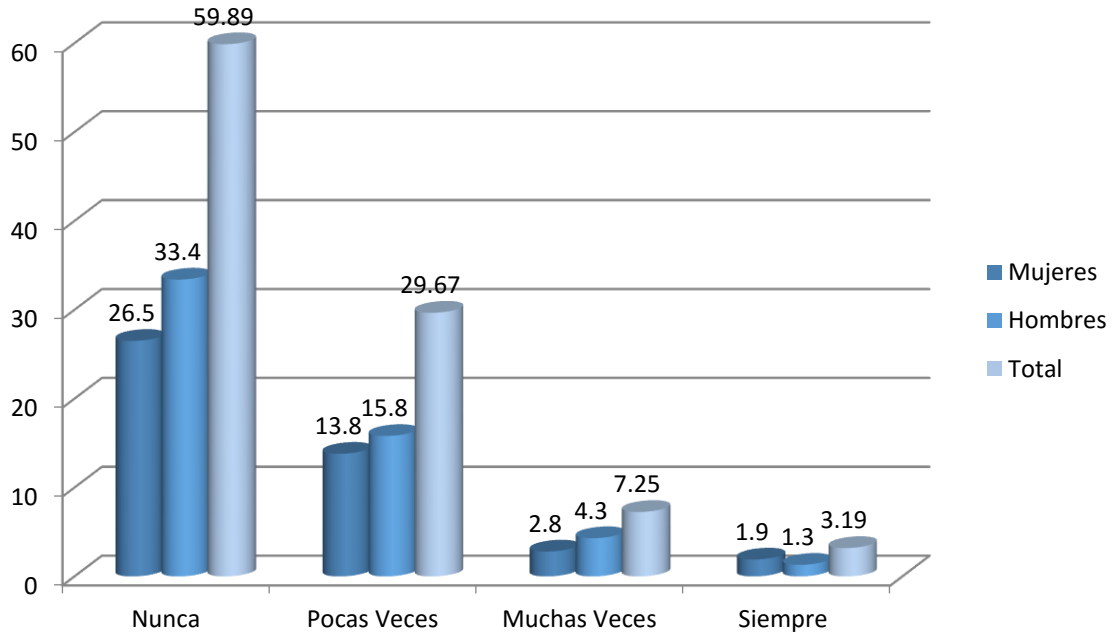


Figura 7. Malestar con la imagen corporal.

La figura 8 muestra la distribución de las participantes por IMC. Para poder hacer la comparación con las variables, se tomó en cuenta las medidas de peso y talla de cada uno de ellos.

Como se puede observar los estudiantes presentan en su mayoría peso normal, en comparación de las clasificaciones de bajo peso, sobrepeso y obesidad. Lo que quiere decir que predominan los estudiantes con peso normal en la muestra (ver figura 8).

La figura 9 muestra las medias transformadas de cada una de las dimensiones de ansiedad social abarcados por la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes. Para poder hacer la comparación de cada una de las dimensiones, se tomó en cuenta el número de reactivos que evalúan cada uno de ellos.

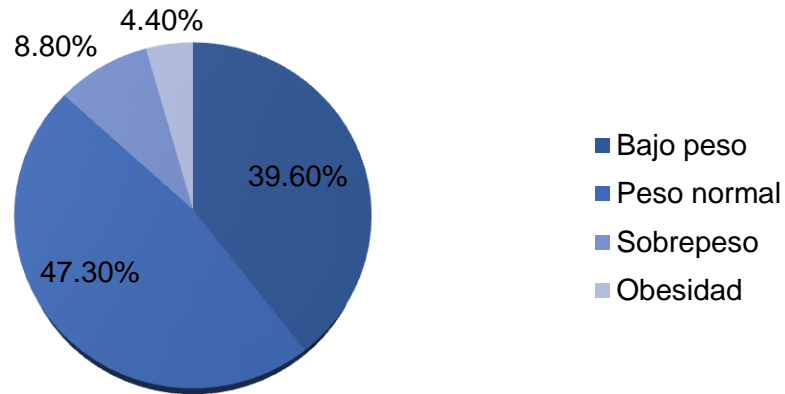


Figura 8. Distribución por IMC de los estudiantes.

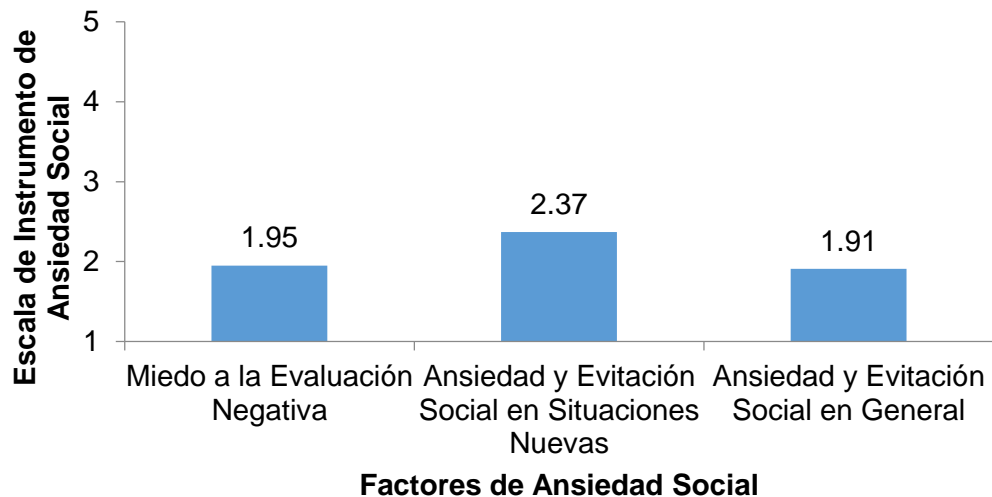


Figura 9. Medias aritméticas de cada una de las dimensiones de ansiedad social en la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes.

Como se puede observar los estudiantes tienen una inclinación notoria hacia la dimensión de ansiedad y evitación social en situaciones nuevas, en comparación de las dimensiones de miedo a la evaluación negativa y ansiedad y evitación social en general. Lo que quiere decir que predominan los estudiantes con ansiedad social y evitación social en situaciones nuevas en la muestra.

Los siguientes objetivos específicos fueron determinar la relación existente entre el nivel de ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal con el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo. Donde se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson para determinar la relación entre estas variables, dichos resultados se presentan en las tablas 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12.

Tabla 6 Relación entre las dimensiones de Ansiedad Social e IMC en hombres y mujeres.

	Miedo a Evaluación Negativa	Ansiedad y Evitación Social en Situaciones Nuevas	Ansiedad y Evitación Social en General
IMC	.128	-.012	-.122
	* $p < .05$	** $p < .01$	

En lo que se refiere a la relación entre las dimensiones de ansiedad social y el IMC, no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas.

Tabla 7 Relación entre las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo e IMC en mujeres.

	Conducta Alimentaria Compulsiva	Preocupación por el Peso y la Comida	Dieta Crónica Restrictiva
IMC	.198	.348(*)	.163
	* $p < .05$	** $p < .01$	

Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas en mujeres entre la preocupación por el peso y la comida y el IMC ($r = .348$). Lo cual indica que a mayor preocupación por el peso y la comida, mayor es el IMC en las mismas.

En la tabla 8 se muestra que se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas en hombres entre la conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica restrictiva y el IMC ($r = .406$; $r = .539$ y $r = .468$). Lo cual indica que a mayor conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica restrictiva, mayor es el IMC en los hombres.

Tabla 8. Relación entre las dimensiones de conductas alimentarias de riesgo e IMC en hombres.

	Conducta Alimentaria Compulsiva	Preocupación por el Peso y la Comida	Dieta Crónica Restrictiva
IMC	.406(**)	.539(**)	.468(**)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 9. Relación entre el malestar de la imagen corporal e IMC en mujeres

	Malestar de la Imagen Corporal
IMC	.345(*)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas en mujeres entre el malestar con la imagen corporal y el IMC ($r = .345$). Lo cual indica que a mayor malestar con la imagen corporal, mayor es el IMC en mujeres.

Tabla 10. Relación entre el malestar de la imagen corporal e IMC en hombres

	Malestar de la Imagen Corporal
IMC	.446(**)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas en hombres entre el malestar con la imagen corporal y el IMC ($r = .446$). Lo cual indica que a mayor malestar con la imagen corporal, mayor es el IMC en hombres.

Tabla 11. Relación entre la influencia de la publicidad e IMC en mujeres.

	Influencia de la Publicidad
IMC	.544(**)

* $p < .05$ ** $p < .01$

Se encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas en mujeres entre la influencia de la publicidad y el IMC ($r = .544$). Lo cual indica que a mayor influencia de la publicidad, mayor es el IMC en mujeres.

Tabla 12. Relación entre la influencia de la publicidad e IMC en hombres.

	Influencia de la Publicidad
IMC	.389(**)

* $p < .05$ ** $p < .01$

En la tabla 12 se muestran las relaciones positivas estadísticamente significativas en hombres entre la influencia de la publicidad y el IMC ($r = .389$). Lo cual indica que a mayor influencia de la publicidad, mayor es el IMC en hombres.

Discusión y conclusiones

El propósito de la presente investigación fue relacionar el nivel de ansiedad social, conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal con el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo.

El primer objetivo específico fue determinar las dimensiones de ansiedad social en estudiantes de la escuela secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo, los resultados arrojan que los estudiantes tienen una inclinación notoria hacia la dimensión de ansiedad y evitación social en situaciones nuevas, lo que quiere decir que los estudiantes presentan mayores niveles de ansiedad social cuando se encuentran en una situación nueva para ellos (Jiménez, Valencia & Sánchez, 2013), en tanto que las dimensiones de miedo a la evaluación negativa y ansiedad y evitación social en general se encuentran por debajo de la media, indicando que éstas no provocan niveles de ansiedad tan elevados.

Estos resultados son consistentes con estudios realizados en adolescentes, donde se encontró que en promedio los estudiantes presentan mayores niveles de ansiedad social, presentando principalmente timidez en situaciones nuevas (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal & Filgueira, 2013).

De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2009) la adolescencia es un periodo donde las personas presentan mayor vulnerabilidad, de manera tal que como lo mencionan Palpan, Jiménez, Garay y Jiménez (2007) la ansiedad tiene que ver con la manera de evaluar ciertos estímulos del entorno que se perciben amenazantes.

El segundo objetivo específico fue determinar las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto,

Hidalgo, los resultados arrojan mayor inclinación hacia la dimensión de preocupación por el peso y la comida, en comparación de las dimensiones de conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica restrictiva.

Estos estudios son consistentes con un estudio realizado con una muestra de adolescentes donde se encontró que, en promedio, presentan puntajes bajos en las dimensiones de las conductas alimentarias de riesgo, con mayor inclinación hacia la conducta alimentaria compulsiva y la preocupación por el peso y la comida (León, 2012).

De acuerdo con (Altamirano, Vizmanos & Unikel, 2011) esto se debe a que las conductas alimentarias de riesgo se dan con menos frecuencia e intensidad que los trastornos de la conducta alimentaria son manifestaciones aunque son muy similares entre sí.

El tercer objetivo específico fue determinar la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo, los datos obtenidos muestran un bajo nivel de influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal.

Estos resultados son consistentes de manera inversa con un estudio realizado con universitarios en donde a mayor IMC y malestar de la imagen corporal, mayor será la influencia de los medios de comunicación (Zaragoza, Saucedo-Molinda & Fernández, 2011).

De acuerdo con Escamilla (2007) esto se debe a que los medios contribuyen a forzar a las personas a igualar un ideal cultural de apariencia física, mediante una construcción cognitiva, de la cual los grupos más vulnerables son los púberes y adolescentes ya que se encuentran en una etapa de cambios corporales y psicológicos importantes, etapa en

donde se enfatiza la importancia del atractivo físico, en busca de un auto concepto y una imagen corporal más cercana a la idealizada culturalmente.

El cuarto objetivo específico fue determinar el IMC en los estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo, los datos arrojan que los estudiantes se encuentran en su mayoría en la categoría de peso normal, seguidos de quienes se encuentran en la categoría de peso suficiente y, finalmente, preobesidad.

Estos resultados son consistentes con las estadísticas del Perfil Nutricional de Escolares en el Estado de Hidalgo, en el cual la mayor parte de la población se encuentra en peso normal, seguida de quienes padecen sobrepeso u obesidad.

El quinto objetivo específico fue determinar la relación que existe entre las dimensiones de ansiedad social y el IMC, los datos obtenidos muestran que no existe relación significativa entre la ansiedad social y el IMC, lo que nos permite inferir que se debe a que dentro de nuestra población no existe una variabilidad extensa de niveles de IMC, lo que indica que la hipótesis nula es aceptada.

El siguiente objetivo específico fue determinar la relación que existe entre las conductas alimentarias de riesgo y el IMC en estudiantes, los datos arrojados muestran una correlación positiva, estadísticamente significativa entre las conductas alimentarias de riesgo y el IMC, que quiere decir que los estudiantes que presentan mayores niveles de IMC, tienen mayor posibilidad de ejecutar conductas alimentarias de riesgo, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

Estos resultados son consistentes con las investigaciones de Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) que menciona que quienes se encuentren clasificados en la categoría de “sobrepeso” presentan mayores porcentajes de conductas alimentarias de

riesgo y que en el caso de los hombres se inclinan más hacia los atracones a diferencia de las mujeres, quienes encuentran mayor preocupación por engordar, sin embargo, en el caso de nuestra muestra los hombres presentaron mayor ejecución de dietas y preocupación por engordar también.

Los resultados de la presente investigación coinciden con la literatura que menciona que las personas con insatisfacción corporal hacen dieta restringida para controlar su peso, al no tener éxito en la dieta no logran la reducción de peso y recurren entonces al atracón como resultado de la restricción alimentaria (Heatherton, Herman & Polivy, 1991).

El último objetivo específico fue determinar la relación que existe entre la influencia de los medios de comunicación sobre el modelo estético corporal y el IMC en estudiantes de la secundaria general 3 de Pachuca de Soto, Hidalgo, los datos arrojados muestran una correlación positiva, estadísticamente significativa entre la influencia de los medios y el IMC, que quiere decir que los estudiantes que presentan mayores niveles de IMC, tienen mayor posibilidad de ser influenciados por los medios de comunicación.

Estos resultados son consistentes con estudios realizados con una muestra de adolescentes donde se encontró que el malestar de la imagen corporal es menor durante los primeros años de adolescencia y aumenta con el tiempo durante este periodo (Álvarez-Rayón, Franco-Paredes, López-Aguilar, Mancilla-Díaz, & Vázquez-Arévalo, 2009).

Los resultados obtenidos son consistentes con las investigaciones que se han realizado sobre el tema, quedando claro que las alteraciones del IMC no pueden ser atribuibles a una causa única sino que son influenciadas por múltiples factores que pueden alterar el desarrollo físico y psicológico del adolescente. Por lo cual es importante que, conociendo los factores relacionados con el IMC, se realicen programas de prevención e

intervención encaminados a mejorar las conductas alimentarias, promover la activación física y cambiar las ideas y percepciones erróneas sobre la imagen corporal. Igualmente, debido a los altos niveles de ansiedad social encontrados es viable realizar entrenamiento en habilidades sociales en esta población, promoviendo una mejor convivencia y una salud mental sana.

Sugerencias y limitaciones del estudio

Se sugiere realizar una diferenciación con respecto al sexo en cada uno de los factores ya que se encontraron diferencias en los niveles de correlación en los casos que en el instrumento no aplicaba ésta.

Igualmente, se sugiere buscar una muestra más amplia con respecto al IMC donde se incluyan las diferentes categorías del mismo ya que consideramos que fue un factor determinante en nuestros resultados y nuestras correlaciones al tener una muestra en su mayoría con normo peso.

De la misma manera, sería importante en estudios similares correlacionar las variables entre sí y no únicamente con el IMC.

Finalmente, consideramos importante buscar nuevos factores con los que correlacionar el IMC para buscar que otros factores importantes de riesgo existen.

Dentro de las limitaciones del estudio consideramos que el hecho de que no hubo oportunidad de hablar con los padres sobre este estudio pudo influir en generar en ellos dudas o temores ya que su información únicamente provino del consentimiento informado, y por lo tanto, parte de la muestra pudo perderse en este paso.

Referencias

- Altamirano, M., Vizmano, B. & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panam Salud Publica*, 30 (5), 401-407.
- Álvarez-Rayón, G., Franco-Paredes, K., López-Aguilar, X., Mancilla-Díaz, J.M., & Vázquez-Arévalo, R. (2009). Imagen Corporal y Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Salud Pública*. 11 (4). 568-578.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V*. Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Ayala, A., & Vargas, D. S. (2005). *Anorexia y bulimia nerviosa: causas y consecuencias que los adolescentes deben conocer*. (Tesis de licenciatura en trabajo social. Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperada de TESIUNAM.
- Bados, A. (2009). *Fobia social*. Facultad de Psicología. Universitat de Barcelona.
- Baile, J.I. & González, M.J. (2011) Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales Sis San Navarra*. 34 (2), 253-261.
- Baker, S. (2012). *Dermatología especialista*. Dermatología especialista: Recuperado de <http://www.dermatologyspecialistsatnorth.com/Health-Library.aspx?chunkid=608531>
- Behar, M & Icaza, S.J. (1972). *Nutrición*. México. Editorial Interamericana.
- Bundell, J. (1991). The Biology of appetite. *Clinical Applied Nutrition*, 1, 23-31.
- Calaf, M., León, M., Hilerio, C. & Rodríguez, J. (2005). Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes (IICFA). *Interamerican Journal of Psychology*. 39 (3). 347-354. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28439304.pdf>
- Caldelero, M., Salazar, I. C. & Caballo, V. E. (2011). Una revisión de las relaciones entre el acoso escolar y la ansiedad social. *Behavioral Psychology*. 19 (2), 393-419.
- Calderón, C., Forns, M. & Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 25

(4), 641 – 647. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017

Carrillo, M., V., (2001). *La influencia de la publicidad, entre otros factores sociales, en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa*. (Tesis de Doctorado. Universidad Complutense de Madrid). Recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/inf/ucm-t25151.pdf>

Contreras, J. (2002). La Obesidad, una perspectiva sociocultural. *Universidad de Barcelona*. Recuperado de: http://www.companiamedica.com/libros_gratis/salud_mental/trastornos%20de%20conducta%20alimentaria/la_obesidad_una_perspectiva_sociocultural.pdf. Revisado: 14 de Abril de 2014.

Díez, I. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno socio familiar. *Hospital Donostia. Serv. de Cuidados Intensivos Pediátricos*.27. 141-147. Recuperado de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/zainak/27/27141147.pdf>

Encuesta Nacional de Nutrición (2012) México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Escamilla, T. A. (2007). *Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo*. (Tesis de licenciatura en nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo) Recuperada de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/11028/Distribucion%20e%20interrelacion%20de%20factores.pdf?sequence=1>

Eснаоla, I. (2005). Imagen corporal y modelos estéticos corporales en la adolescencia y la juventud. *Análisis y modificación de conducta*. 31 (135). 5-22.

Faour, N. (2010). *Influencia de los medios de comunicación en la aparición AN y BN en adolescentes*. (Tesina para obtener el grado de licenciada en Psicología. Universidad Abierta Interamericana). Recuperada de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104445.pdf>

Farber, M. (2014). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el peso*. Recuperado el 29 de agosto de 2014 de http://dospu.unsl.edu.ar/archivos/obesidad_15.htm

- Feldman, R. (2006) *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México. Mc Graw Hill
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. En T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Galván, M., Amezcua, A. & López, G. (2011). *Perfil Nutricional de Escolares de Hidalgo 2010: Estado de Nutrición y Variables del Contexto Familiar, Escolar e Individual*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- García-López, L. J., Piqueras, J. A., Díaz-Castela, M. P. & Inglés, C. J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology*. 16 (3), 501-533.
- Garfinkel, P.E. & Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Bruner-Mazel.
- Gil-Bernal, F. (2004). *Un instrumento para medir la fobia social*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperada de TESIUNAM.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo- conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología*. 40. (1). 89-104. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97020402007>
- Gómez Pérez-Mitre, G (2000). Escala de Factores de Riesgo Asociada a Trastornos de la Conducta Alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo de trastornos alimenticios. *Revista Mexicana de Psicología*, 10, 17-27.
- Guimón, J. (2008) Cirugía Estética: implicaciones psicológicas. Avances en Salud Mental Relacional. *Revista Internacional*. 7 (3). Recuperado de http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0703/cirugia_estetica.pdf
- Guzmán, R. M. E. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. (Tesis de doctorado en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperada de TESIUNAM.

- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60,138-14
- Hernández, M. (2006). Las influencias familiar y social en la anorexia y la bulimia, el caso de Saltillo, México. Universidad del valle de México. 2 (8-9). Recuperado de http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/reportes/a_anorexia.asp
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M. & Basabe, N. (2012). Del miedo a la obesidad a la obsesión por la delgadez; actitudes y dieta. *Nutrición Hospitalaria*. 27 (4). 1148-1155. Recuperado de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5829.pdf>
- Jiménez, L.M., Valencia, A. & Sánchez, R. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*. 21. (2). 72-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525008.pdf>
- Lacunza, A. B., Caballero, S. V., Salazar, R., Sal, J. & Filgueira, J. (2013). Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas 2013*. 7 (1). 25-32. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000100003&script=sci_arttext
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 23-33. Recuperado en <http://www.redalyc.com>
- León Castellanos, Y. (2012). *Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la Ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje: the children`s versión of the eating attitudes test -ChEAT-* (Trabajo de grado). Especialización en pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Liria R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 29 (3). 357-360. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a10v29n3.pdf>

- Lora-Cortez, C. & Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3). 60-67.
- López, E. & Murillo, E. (2004). *La anorexia en las adolescentes del Distrito Federal: la influencia del modelo estético corporal de extrema delgadez difundido por los medios audiovisuales*. (Tesis de ciencias de la comunicación. Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperada de TESIUNAM.
- Martín, F. M. (2003) Trastornos de la conducta alimentaria. En A. J. Cangas, L. A. Maldonado & M. López (Eds.), *Manual de Psicología Clínica y General* (pp. 320-336). Granada: Alborán.
- Martínez, E. (2010). *Influencia de los medios de comunicación en la anorexia (Manifestaciones bucales en la adolescencia)*. (Tesis de cirujana dentista. Universidad Nacional Autónoma de México) Recuperada de TESIUNAM.
- Murawski, B. M., Elizathe, L. & Rutzstein, G. (2008). Hábitos alimentarios e insatisfacción con la imagen corporal. Un estudio comparativo entre mujeres y varones estudiantes de escuelas secundarias. *Facultad de psicología – UBA/Secretaría de investigaciones/anuario de investigaciones*. 8. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v16/v16a06.pdf>
- Neumark-Staizner, D., Butler, R & Palti, H. (1996). Personal and socioenvironmental predictors of disordered eating among adolescent females. *Journal of Nutritional Education*, 28, 195- 201.
- Organización Mundial de la Salud (2007) *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 19 de agosto de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2008) *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 14 de agosto de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2012) *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 21 de agosto de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2015). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 10 de septiembre de 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*. 18 (4). Recuperado de <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Platas, S., Gómez- Peresmitré, G., León, R., Pineda, G. & Guzmán, R. (2013). Capacidad Discriminante y Clasificación Correcta de la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos de la alimentación (EFRATA-II). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 124- 132.
- Raich, R.M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances de la psicología Latinoamericana*. 22, 15- 27.
- Rossi, F. E. (2004). *Sobrepeso y obesidad en la adolescencia*. Universidad Abierta Interamericana. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC063182.pdf>
- Roth, D. & Heimberg, R. (2006). Cognitive vulnerability to social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 25 (7), 755-778.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*. 8. 171-183. Recuperado de <http://hedatuz.euskomedia.org/4564/1/08171183.pdf>
- Salvador, M., García-Gálvez, C. & De la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*. 3(2), 257-273. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

- Sánchez-Carrecedo, D., Mora, M., López, G. Marroquín, H., Ridaura, I. & Raich, R.M. (2004). Intervención cognitivo- conductual en imagen corporal. *Psicología conductual*. 12 (3), 551- 576.
- Sanchez, I. & Rossano, B. (2012). *Insatisfacción corporal en hombres y mujeres de población rural*. (Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias de la Conducta. Universidad Autónoma del estado de México) Recuperado de https://www.academia.edu/3640121/Tesis_insatisfaccion_corporal
- Sarason. I. G. & Sarason. B. R. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México. PEARSON Educación
- Sarason. I. G. & Sarason. B. R. (2006). Trastornos de ansiedad. *Psicopatología Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México. PEARSON Educación
- Saucedo-Molina, T. J., Escamilla-Talón, T. A., Portillo-Noriega, I. E., Peña-Irecta, A. & Calderón-Ramos, Z. (2008). *Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad*. 60 (3), 231-240. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2008/nn083g.pdf>
- Saucedo-Molina, T. & Guzmán, R. M. E. (2010). Validez y confiabilidad de un instrumento para evaluar factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios en púberes: resultados preliminares. En M. García, A. Castillo, R. M. E. Guzmán & J. P. Martínez (Eds.) *Medición en psicología: del individuo a la interacción*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Saucedo-Molina, T. & Unikel, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33, 11-19.
- Saucedo, T., Zaragoza, J., García, A., Peña, A. & Fernández, T. L. (2007). *Distribución y relación de factores socioculturales, insatisfacción corporal e Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres universitarias Mexicanas*. Área Académica de

Nutrición. Instituto Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de

http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0C CgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uaeh.edu.mx%2Fcampus%2Ficsa%2Finvestigacion%2Faap%2Fcongresos%2Fsegundo_congreso%2Ftrabajos%2520en%2520extenso%2Ftrabajos%2520libres%2F6.DOC&ei=UPMIVPqZGarX8AGdtYGIDw&usq=AFQjCNHI3V0fd8Oxj6XJrNBaXjgfOGL1uA&sig2=XNdLHjM7pY3LhCslS5wsEQ&bvm=bv.74649129,d.b2U

Shisslak, C.M., Crago. M. & Estes, L. S. (1995). The spectrum eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*. 18, 209- 219.

Silvestri, E. & Stavile, A.E. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque multidisciplinario*. Recuperado de <http://www.nutrinform.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>

Sistema Nacional de Salud (2008) *Guía de práctica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Staudt, M. A., Arbelo, N. M. & Ojeda, G. A. (2006). Trastornos de Conducta Alimentaria. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*.156, 24- 30

Staudt, M. & Rojo, N. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia Nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 156, 24- 30.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*. 110. 124–135.

Striegel-Moore R.H. (1993). Etiology of binge eating: a developmental perspective. In: Fairburn C.G. & Wilson G.T (Eds.) *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press. pp. 144–172.

Tomo, (2003). *Fobias ¿quiere acabar con ellas? Descubra cómo vencer su miedo. Síntomas causas y tratamientos*. México: Grupo Editorial Tomo.

- Torres, J., Cepero, M. M. & Torres, B. (2010) *Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, auto concepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén.* (Tesis de Doctorado. Facultad de ciencias de educación. Universidad de Gradan). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19727/1/18947761.pdf>
- Toussaint G., & García-Aranda J. A. (2008) Desnutrición energético-proteínica. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz, A. B. Pérez-Lizaur & P. Arroyo (Eds.), *Nutriología Médica.* (pp. 263-295) México: Médica Panamericana.
- Trujano, P., Nava, C., de García, M., Limón, G., Alatríste, A. L. & Merino, M. T. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de psicología.* 26 (3), 279- 287. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_2/12-26_2.pdf
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002) Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental, 25.* 49-57.
- Valdez, J. L. & Guadarrama, R. (2008). Imagen corporal en bailarinas de ballet y estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud.* 18 (1). 63-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29118107.pdf>
- Vázquez, R., Álvarez, G., Mancilla, J. M. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental.* 23 (6) ,18-24, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262303>
- Vázquez, V. & López, J.C. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición.* 9 (2). 91-96. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- Zaragoza, J. (2012). *Factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Estudio comparativo entre estudiantes francófonos de la Universidad de Moncton, Cánada y estudiantes hispanos de la Universidad Autónoma del*

Estado de Hidalgo, México. (Tesis para obtener el grado de maestra en Ciencias biomédicas y de la salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo).

Zaragoza, J., Saucedo-Molina, T. J. & Fernández, T. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal, e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición.* 61(1). 20-27. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222011000100003&script=sci_arttext

Zubeidat, I. (2005). *Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes.* (Tesis para obtener el grado de doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de Granada).

Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. C. & Salinas, J.M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental.* 31 (3). 189-196. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a4.pdf>

ANEXOS

Consentimiento Informado

El Área Académica de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo sustenta la práctica de protección para sujetos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si autoriza la participación de su hijo (a) en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de la institución.

El propósito del estudio es conocer aquellos factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan su vida cotidiana y bienestar con respecto a su Índice de Masa Corporal (IMC), para esto se le tomarán las medidas de peso y talla a su hijo (a) para obtener su IMC y se le aplicarán una serie de cuestionarios en los que se le preguntarán sus conductas, sentimientos y creencias acerca de los factores mencionados. El estudio constará de dos fases, en dos días distintos, el primero se tomarán las medidas de peso y talla de su hijo (a), en el segundo se aplicarán los cuestionarios mencionados anteriormente. Participarán alrededor de 150 alumnos de la institución.

Es probable que su hijo (a) pueda sentirse incómodo (a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá conocer de mejor manera los factores que afectan al IMC. Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación y los registros únicamente podrán ser examinados por los miembros del proyecto o por Autoridades Regulatorias autorizadas.

Si desea información adicional con respecto al estudio, antes, durante o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de preguntarle a las autoridades de la institución o a cualquiera de los miembros del proyecto de investigación.

Con mi firma declaro que estoy de acuerdo y otorgo mi consentimiento para que mi hijo (a) participe en el estudio, y permito que le tomen las medidas de peso y talla.

Nombre y firma del padre o tutor

Encuesta de datos sociodemográficos

1. Folio _____

2. Fecha _____

Ésta es de carácter confidencial, ninguno de los datos que proporcione será revelado a ninguna persona o institución y será únicamente utilizado para los fines de este estudio.

1. Nombre: _____

2. Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ (NO LLENAR)

3. Edad: _____

4. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

5. Grado: 1º _____ 2º _____ 3º _____

6. Grupo: A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ F _____

7. Promedio de tu último curso escolar: _____

8. De quién dependes económicamente:
Padres _____ Otro _____

9. Profesión de tu padre:
Comerciante _____ Obrero _____ Maestro _____
Profesionista _____ Otro: _____

10. Profesión de tu madre: Comerciante
Ama de casa _____
Maestra _____ Profesionista _____ Otro: _____

11. Número de hermanos (incluido (a) tú) _____

12. Actualmente tienes una relación de pareja: Sí
No _____

13. ¿Cuánto tiempo tienes en esa relación?
menos de 6 meses ___ de 6 a 12 meses ___ más de 12 meses ___

14. Tipo de relación:
Noviazgo ___ Free ___ Amigovio ___ Otro _____

15. ¿Has recibido apoyo psicológico anteriormente?
Sí _____ No _____

¿Durante cuánto tiempo?
menos de 6 meses ___ de 6 a 12 meses ___ más de 12 meses _____

16. ¿Padeces alguna enfermedad? Sí _____ No _____

17. ¿Cuál?

Escala de Ansiedad Social para Adolescentes

Por favor, contesta las preguntas indicando en qué medida la afirmación "es cierta" para ti, siendo las respuestas extremas "nunca es cierta" y "siempre es cierta".

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

¿Qué tanto es cierto?	1	2	3	4	5
1. Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás.					
2. Me gusta practicar deportes.					
3. Me preocupa ser evaluado por los demás.					
4. Me da vergüenza estar rodeado de personas que no conozco.					
5. Sólo hablo con personas que conozco bien					
6. Creo que mis compañeros (as) hablan de mí a mis espaldas.					
7. Me gusta pasear por el campo.					
8. Me preocupa lo que los demás piensen de mí.					
9. Pienso que lo que voy a hacer no les gustará a los demás.					
10. Me pone nervioso (a) hablar con gente de mi edad que no conozco bien.					
11. Mirar la televisión me relaja.					
12. Me preocupa lo que los demás digan de mí.					
13. Me pongo nervioso (a) cuando me presentan a personas desconocidas.					
14. Me preocupa no gustar a los demás.					
15. Me quedo callado (a) cuando estoy con/en un grupo de personas.					
16. Escucho música siempre que tengo oportunidad					
17. Pienso que los demás se burlan de mí.					
18. Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos.					
19. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no.					
20. Me pongo nervioso (a) cuando estoy con otras personas.					
21. Siento vergüenza, incluso cuando estoy con personas que conozco bien.					
22. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo.					

EFRATA

Versión mujeres

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

Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A	B	C	D			E
Nunca	A veces	Frecuentemente (aprox. La mitad de las veces)	Muy frecuentemente			Siempre
1. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
2. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
3. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
4. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
5. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
6. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
7. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
8. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
9. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
10. Disfruto, me gusta tener el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
11. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
12. Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
13. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
14. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
15. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
16. Si no ve la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente (aprox. La mitad de las veces)	Muy frecuentemente	Siempre

17. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Paso por periodos en los que como en exceso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empieza nadie me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Siento que mi forma de comer se sale de control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. No soy consciente de cuánto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Difícilmente pierdo el apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Soy de los que se hartan (se llenan) de comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Me avergüenzo de comer tanto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Procuero comer verduras	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Como lo que es bueno para mi salud	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Me sorprendo pensando en la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

EFRATA**Versión hombres**

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

Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

	A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. La mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre
1. Cuido que mi dieta sea nutritiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Siento que la comida me tranquiliza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Procuero comer verduras	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dieta	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Me avergüenza comer tanto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Como lo que es bueno para mi salud	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo contenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Procuero mejorar mis hábitos alimenticios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo, nada me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo a engordar)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos engordadores	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente (aprox. La mitad de las veces)	Muy frecuentemente	Siempre

27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuánto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimo cuando como de más	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito, me lo incrementan	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprende pensado en la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39. Como a escondidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40. Disfruto cuando como con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. Como hasta sentirme inconfortablemente lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como con moderación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Difícilmente pierdo el apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Si no veo la comida, me la puedo pasar sin comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

CIMEC 12 SECCIÓN D (MUJERES)

Esta sección contiene una serie de preguntas referidas a la influencia que la publicidad ejerce sobre las personas. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor, comparte tus experiencias al contestar marcando con una cruz (X) la respuesta que consideres más adecuada.

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1. ¿Te da envidia el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas?	1	2	3	4
2. ¿Te gusta que te digan que te ves delgada o esbelta?	1	2	3	4
3. ¿Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas?	1	2	3	4
4. ¿Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas, y la figura del cuerpo?	1	2	3	4
5. ¿Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de la televisión?	1	2	3	4
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas?	1	2	3	4
7. ¿Te gustaría tener el cuerpo como Anahí, Jacqueline Bracamontes o Thalía?	1	2	3	4
8. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar?	1	2	3	4
9. ¿Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad?	1	2	3	4
10. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura?	1	2	3	4
11. ¿Te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma?	1	2	3	4
12. ¿Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa?	1	2	3	4

CIMEC 12 SECCIÓN D (HOMBRES)

Esta sección contiene una serie de preguntas referidas a la influencia que la publicidad ejerce sobre las personas. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor, comparte tus experiencias al contestar marcando con una cruz (X) la respuesta que consideres más adecuada.

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1. ¿Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas?	1	2	3	4
2. ¿Te gusta que te digan que te ves delgado o esbelto?	1	2	3	4
3. ¿Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas?	1	2	3	4
4. ¿Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas, y la figura del cuerpo?	1	2	3	4
5. ¿Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de la televisión?	1	2	3	4
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas?	1	2	3	4
7. ¿Te gustaría tener el cuerpo como Cristiano Ronaldo, Latin Lover o Brad Pitt?	1	2	3	4
8. ¿Te llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar?	1	2	3	4
9. ¿Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad?	1	2	3	4
10. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas sobre como volverse un hombre musculoso?	1	2	3	4
11. ¿Te molesta que te digan que estás llenito o gordito, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma?	1	2	3	4
12. ¿Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa?	1	2	3	4