

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE
ALCOHOL, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
EN ADOLESCENTES DE CHIAPAS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
ASUNCIÓN DEL CARMEN CRUZ PÉREZ**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GERMÁN A. GARCÍA LARA

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Septiembre de 2021





Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas
Dirección de Servicios Escolares
Departamento de Certificación Escolar
Autorización de impresión



Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
24 de septiembre del 2021

C. Asunción del Carmen Cruz Pérez
Pasante del Programa Educativo de Psicología

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado “Relación entre el consumo de alcohol, ansiedad, depresión y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Chiapas” en la modalidad de tesis.

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente, y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su examen profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtra. Irma Hernández Solís

Mtra. Lina Edelmira Mancilla Vera

Lic. Edgar Mendoza Morales

Firmas:

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos van dirigidos primeramente a Dios, ya que me ha sabido guiar, me ha dado mucha fortaleza para poder seguir en los momentos más difíciles, así como continuar generando conocimientos, y el brindarme salud durante la carrera.

A mi madre, quién me ha apoyado en todo momento y circunstancia de la vida, sin su ayuda no habría logrado una meta tan grande como lo es terminar la carrera, merece mi respeto y admiración.

Al Dr. Lara, quién apoyo la realización del presente trabajo, sin su ayuda no habría sido posible, ha sabido guiarme e instruirme la responsabilidad y el comprometerme a la realización de proyectos. Así también a los revisores; a la Mtra. Lina Edelmira Mancilla Vera, Mtra. Irma Hernández Solís y el Lic. Edgar Mendoza Morales, por el tiempo, disponibilidad y dedicación brindada.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN

OBJETIVOS

GENERAL

ESPECÍFICOS

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.1 ENFOQUE, TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO | 14 |
| 1.2 INSTRUMENTOS | 14 |
| 1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA | 17 |
| 1.4 HIPÓTESIS | 17 |
| 1.5 VARIABLES | 18 |
| 1.6 PROCEDIMIENTO | 19 |
| 1.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS | 20 |

CAPÍTULO 2. ALCOHOLISMO

| | |
|---|----|
| 2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ALCOHOLISMO | 21 |
| 2.2 ALCOHOLISMO EN JÓVENES ADOLESCENTES | 23 |
| 2.3 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL | 24 |
| 2.4 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO, LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO | 26 |

CAPÍTULO 3. ANSIEDAD

| | |
|---|----|
| 3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD | 28 |
| 3.2 ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES | 29 |
| 3.3 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN | 29 |
| 3.4 FACTORES DE RIESGO DE ANSIEDAD RESPECTO A DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO | 31 |

CAPÍTULO 4. DEPRESIÓN

| | |
|---------------------------------------|----|
| 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN | 34 |
| 4.2 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA | 35 |
| 4.3 FACTORES DE RIESGO | 36 |

CAPÍTULO 5. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

| | |
|--|----|
| 5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO | 38 |
| 5.2 DISTORSIÓN CORPORAL | 39 |
| 5.3 FACTORES DE RIESGO | 41 |
| 5.4 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN | 42 |

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

| | |
|--|----|
| 6.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 44 |
| 6.2 CONFIABILIDAD | 46 |
| 6.3 DATOS DESCRIPTIVOS | 47 |
| 6.4 COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES | 47 |
| 6.5 COMPARACIÓN A PARTIR DE ANOVA DE UN SOLO FACTOR | 50 |
| 6.6 NIVELES DE ALCOHOLISMO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO | 51 |
| 6.7 CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES | 55 |

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período decisivo en el desarrollo del ser humano, por lo que resulta de suma importancia el abordaje de los cambios que impactan su adaptación individual, interpersonal y social.

En México, la investigación epidemiológica ha enfatizado que la población adolescente está en riesgo de presentar diversas problemáticas sociales que afectan la salud mental como el consumo de drogas, la ansiedad, la depresión, las conductas alimentarias de riesgo, entre muchas otras. Es por ello que en adolescentes uno de los comportamientos de riesgo en la salud es el consumo de drogas o sustancias, en este caso específicamente el consumo de alcohol, en la actualidad constituye un gran problema a nivel mundial. No dejando a un lado la importancia de los procesos que conlleva esta etapa, que puede generar que los individuos se expongan a situaciones difíciles de afrontar y resulten estresantes, debido a que se encuentran más vulnerables emocionalmente, es así como se puede presentar problemas emocionales y del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión. Aunado a que la conducta alimentaria es básica para la supervivencia, el funcionamiento general de las personas es relevante tener en cuenta que esta se puede generar como una conducta de riesgo en esta etapa de la vida donde se van presentando diversos cambios.

Como indican diversos textos, los trastornos de conducta alimentaria como la anorexia, la bulimia nerviosa, están involucrados diversos factores tanto la moda como exigencias culturales, donde la delgadez es el modelo a seguir. La relación entre esos patrones socioculturales como la moda, la relación entre ansiedad y depresión, en los adolescentes causan conflictos internos por lo que tienden a desarrollar conductas alimentarias de riesgo, como ayunos, vómito auto inducido, utilización de laxantes etc., la adolescencia es la etapa de mayor riesgo para el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria dada la coincidencia de los retos físicos y psicológicos, además de la presión de estereotipos y los medios de comunicación.

El presente trabajo de investigación se integra de seis capítulos, siendo el capítulo I el relacionado con la metodología, donde se explica que el presente estudio se basa en un enfoque cuantitativo de tipo correlacional y no experimental, con una temporalidad transversal, lo que significa que no se manipulan las variables, que son Alcoholismo, Ansiedad, Depresión y Conductas Alimentarias de riesgo; la población y muestra, la integran estudiantes del Colegio de Bachilleres de Chiapas, plantel 13, del 4° y 5° semestre, los instrumentos de evaluación que se incluyen son Audit, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y el Eating attitudes test (EAT-26) en su versión de 26 reactivos, el procedimiento seguido, así como el análisis de los datos.

En el capítulo II, se conceptualiza al alcoholismo, se ofrece una breve historia del concepto, su consumo en adolescentes, los factores de riesgo, en específico de aquellos relacionados con la ansiedad, depresión y las conductas alimentarias de riesgo.

En el capítulo III, se abordan los principales conceptos relacionados con la Ansiedad, su prevalencia en los adolescentes y de diversos estudios que lo relacionan con el tema central de la investigación.

En el capítulo IV, se aborda el tema de la Depresión, exponiéndose su conceptualización e importancia, los factores que inciden en esta, y las principales afectaciones que conlleva en los adolescentes.

En el capítulo V, se expone la conceptualización de las conductas alimentarias de riesgo, así como su relación con la depresión, la presencia de la distorsión corporal así también los principales factores de riesgo.

Expuesta la información teórica, se presentan los resultados del estudio en el capítulo VI, en la que se informan los hallazgos de la correlación entre la ansiedad, la depresión y las conductas alimentarias de riesgo; las diferencias estadísticamente significativas a partir de las variables atributivas y dependientes como edad, sexo, religión, trabajo, etc., así como las conclusiones en que se

resumen los hallazgos más relevantes encontrados en la investigación, lo que se analiza a partir de diversas investigaciones que contrastan los datos obtenidos, posteriormente se proponen una serie de sugerencias y las limitantes encontradas en la presente investigación como el agregar más variables, ampliar la población estudiada, con base a los datos obtenidos a través de los alumnos evaluados y el análisis de datos realizado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por la transición entre la niñez y la adultez, tiene como objetivo preparar a los sujetos para asumir los roles de un adulto; con esto se acompañan diversos sucesos importantes que pueden ser tanto positivos como negativos para los adolescentes. Algunos de dichos eventos se relacionan con problemáticas psicosociales o individuales que colocan al adolescente en situaciones de conflicto e incluso de patologías tales como el consumo de drogas, alteraciones en el estado de ánimo, problemas comportamentales, ansiedad, conductas alimentarias de riesgo e incluso el suicidio.

Entre el consumo de sustancias, el inicio de ingesta de alcohol se sitúa en la adolescencia temprana para la mayoría de los individuos. La adolescencia es reconocida como una etapa crítica, en que muchos adolescentes tienen problemas para manejar los cambios identitarios, de relación con los pares, de autonomía e inserción a la vida adulta, por lo que son vulnerables de desarrollar conductas de riesgo, como lo es el consumo de drogas, esto debido a la inexperiencia, el deseo de pertenencia con los pares y al interés de querer experimentar con nuevos comportamientos (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006; Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008, citados por Ahumada, Gámez, & Valdez, 2017)

Existen algunos factores que condicionan al adolescente al inicio del consumo de sustancias, estos factores pueden definirse como factores de riesgo, entendidos como un “atributo o característica individual, una condición situacional o un contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso o abuso de drogas” (Clayton, 1992, citado por Ahumada, Gámez, & Valdez, 2017, p. 15).

El consumo de alcohol puede deberse a diversos factores como biológicos, personales, familiares, psicológicos, escolares y sociales. Este, constituye una de las problemáticas más importantes en población adolescente. “Los jóvenes que empiezan a beber desde los quince

años de edad tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar dependencia al alcohol que aquellos que empiezan a los veintiuno”. (Garza, 2005, citado por Hidalgo, 2014, p. 7)

En este caso el consumo de alcohol se presenta estrechamente relacionado con otras patologías como los trastornos del estado de ánimo “emocionalidad que no remite necesariamente condiciones específicas, normalmente no se puede relacionar con acontecimientos determinados” (Echeverría, 1993, p. 5). La ansiedad es una “emoción normal que todas las personas hemos experimentado, es una respuesta a situaciones del medio que nos resultan sorprendidas, nuevas y amenazantes” (Reyes, 2000, p.10); o la ideación suicida, fenómeno complejo en que intervienen distintos tipos de factores (Cheng et al., 2009); los problemas escolares como el bajo rendimiento “producto de la interacción de varios factores, intelectuales, psicológicos y afectivos” (Enríquez, Segura & Tovar, 2013, p. 656), y las conductas alimentarias de riesgo: “Conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica o sociocultural, todas estas vinculadas a la ingestión de alimentos.” (Radilla *et al.*, 2015, p. 16)

La ansiedad es una experiencia emocional, pero no por eso fácil de definir. “La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta.” La ansiedad es otra problemática que se presenta en la adolescencia y más cuando estos se encuentran en contextos donde la tensión es muy alta, ya que los cambios biológicos cognoscitivos y sociales, traen consigo ciertos riesgos para la aparición de patologías.

Sadin (1997, citado por Venegas, 2012, p. 8) plantea al respecto:

Los miedos más comunes en los adolescentes se refieren a la mayoría de los casos a sexualidad a la formación de la propia identidad, al rendimiento personal, en cuanto a aspectos de las relaciones interpersonales y sociales, (amigos, persona del sexo opuesto, etc.), acerca del rendimiento académico y en menor medida de aspectos económicos y políticos.

Durante la adolescencia se presentan diversos factores de riesgo, uno de estos es la depresión, la cual se define como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Se considera que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información (Hollon y Beck, 1979), son la causa principal del desorden a partir del cual se detonan los componentes restantes.

Para algunos autores como Weiner, Glaser, Malmquist, & Toolan (1996) los síntomas de la depresión en el adolescente son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad. Sin embargo, este trastorno del estado de ánimo se centra más en comportamientos como: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas y predisposición a los accidentes, (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) (Bakwin, H. en 1956). Existe un diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a la interpretación de la variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.

Otra problemática en los adolescentes son los hábitos y modelos alimentarios actuales, ya que han impactado en el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Desde el punto de vista social los adolescentes manifiestan preferencias hacia determinadas estéticas impuestas por el entorno social, los más jóvenes presentan una preocupación excesiva por su cuerpo y llevan a cabo conductas alimentarias de riesgo. En el caso de las mujeres fueron reemplazadas las curvas por una delgadez extrema como sinónimos de belleza. El deseo y la obsesión por la perfección física dejó de ser una cuestión estética para convertirse en un problema de salud. “Los hábitos y modelos alimentarios actuales, han impactado en el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales.” (Figuerola, García, Revilla, Villareal, Caballero, 2010, p. 16). Actualmente, los adolescentes presentan obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada, lo que se traduce cada vez más en conductas de riesgo que pueden favorecer el surgimiento de trastornos alimentarios. “Uno de los grupos más afectados son los adolescentes debido a su preocupación por su imagen corporal y su apariencia física.” (Figuerola, et al 2010, p.16). Así, algunos adolescentes suelen sentirse insatisfechos con su cuerpo, y se someten a dietas

restrictivas.

La literatura indica que el inicio temprano de los trastornos mentales se asocia con mayor riesgo de dependencia a drogas; se ha demostrado que cuando anteceden trastornos como ansiedad y depresión, el riesgo de desarrollar dependencia en el consumo de sustancias se incrementa de 3 a 10 veces (Medina Mora *et al.*, 2013)

Según el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares [CAAF] (citado por la Secretaría de Salud, 2016) refiere los siguientes factores para la presencia de alcoholismo: curiosidad (29.4%), invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%)

Por su parte Castaño-Pérez (2014) señaló que algunos de los problemas psicológicos que presentan los consumidores que tienen dificultades con el consumo de alcohol son la depresión, ansiedad, altibajos emocionales (distimia), irritabilidad y poca tolerancia.

La OMS (2013) señala que la depresión puede concurrir con el abuso de alcohol, así como otras sustancias, con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También se ha identificado que existe mayor sintomatología depresiva para los jóvenes de nivel superior, en contraste con los de nivel medio. Al comparar la sintomatología depresiva en estos grupos, los resultados indicaron mayores puntajes de depresión en el grupo que consume más alcohol (González *et al.*, 2012).

En el 2016 la Asociación Colombiana de Psiquiatría publicó un artículo denominado “Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015” cuyo objetivo fue evidenciar la prevalencia de trastornos mentales principalmente depresivo y de ansiedad en una muestra de 1,754 personas comprendidas en las edades entre 12 a 17 años. Los resultados de la encuesta mostraron que el 5% de la población estudiada presentaba algún trastorno de ansiedad y el 2.9% presentaba trastorno depresivo mayor.

Durante el 2017 se publicó un artículo de investigación realizado por la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia titulado “Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos”, en la investigación se estudiaron a 289 estudiantes pertenecientes a los grados noveno, décimo y undécimo de cuatro colegios públicos de la ciudad de Tunja con edades comprendidas entre los 13 y 17 años. Para la evaluación de depresión e ideación suicida utilizaron el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa, así como el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs. El estudio evidenció que el 30% de los participantes presentaban un alto nivel de ideación suicida pero solo el 9% de la población total presentó algún síntoma de depresión moderada o severa.

Pinto (2018), hizo un estudio sobre hábitos alimenticios de riesgo en adolescentes de 11 a 17 años de la I.E Villa Los Reyes Ventanilla Región Callao, Lima. 2018, con el objetivo de determinar los hábitos alimenticios de riesgo y utilizó una muestra conformada por 120 alumnos adolescentes de 11 – 19 años. Con el Objetivo específico, identificar los hábitos alimenticios en la dimensión preocupación por la comida, se evidenció que existe al menos 2 alumnos de 13 y 17 años, del sexo femenino, del primero y quinto año de secundaria que presentan un riesgo en la conducta alimentaria esta investigación tiene un parecido según Miranda L., (2016) en su estudio; prevalencia de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes preuniversitarios de la academia Aduni Cesar Vallejo en Lima. En cuanto a los resultados el género femenino registró mayor frecuencia de 45 riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria (18.70%) que el género masculino (16.38%) y la edad promedio de los casos riesgo de TCA fue 17 años.

Las tasas de prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria tienden a ser más altas en la población adicta, sin embargo, los resultados difieren significativamente de un estudio a otro, debido a diferencias metodológicas aplicadas. Por otro lado, el Centro para la Adicción y el Abuso de Sustancias en los lugares de la Universidad de Columbia, indican que la prevalencia del abuso de drogas y alcohol en aproximadamente el 50% en individuos que sufren trastornos de la alimentación, en comparación con el 9% de la población general (Flores, 2018).

Eisenberg, Nicklett, Roeder & Kirz (2011), encontraron que la comorbilidad psiquiátrica se incrementa con la presencia de conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios. La prevalencia de depresión mayor mostró una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres con puntuaciones positivas para CAR de 13.3% y 5.4%, respectivamente, en comparación con 4.8% y 3.7% entre las mujeres y hombres que no presentaban CAR. (Jacobi *et al.* 2011), en un estudio longitudinal a tres años con mujeres jóvenes estudiantes de licenciatura, encontraron que los antecedentes de síntomas depresivos uno de los factores de riesgo independientes con mayor potencia para predecir TCA.

En estudiantes universitarios mexicanos, aproximadamente 7% de las mujeres y 4% los hombres presentaron CAR (Díaz de León-Vázquez, 2013; Saucedo, Molina & Unikel, 2010). Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa & Unikel-Santoncini (2009) encontraron asociación de los síntomas depresivos con el riesgo de desarrollar CAR en varones adolescentes. En este mismo estudio donde se encontró una prevalencia de CAR moderada de 19.5% y 11.3%, y para CAR alta fue de 6.1% y 4.1% para mujeres y hombres, respectivamente. Entre las mujeres, la prevalencia de depresión subumbral y riesgo alto de episodio de depresión mayor fue de 6.7%; y para los hombres de 3.3%. El 11.4% de las mujeres y el 6.9% de los varones reportaron interiorización del ideal estético de la delgadez. En el total de la población se encontró que la depresión aumenta el 3.4 veces el riesgo de CAR moderada y 8.1 veces para CAR alta.

Respecto que los adolescentes son los más vulnerables a desencadenar ciertas problemáticas, se pretende recabar información la cual nos precise de manera certera los datos esperados es por ello que se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre el consumo de alcohol, depresión, ansiedad y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia puede ser un periodo de altibajos emocionales, que resultan en cambios de ánimo y conductas prescindibles. El consumo adictivo por la población adolescente constituye un creciente problema con un impacto social que exige un análisis minucioso desde diferentes perspectivas. Entre dichas sustancias, el alcohol se mantiene como la droga más consumida por adolescentes. (Observatorio Español de Drogas, 2008).

Según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016- 2017), el mayor porcentaje de las personas que beben alcohol inició antes de los 17 años de edad, en contra parte las estadísticas apuntan que en nuestra entidad un 7.1 por ciento de los adolescentes reportan consumo en el último mes y hasta un 15.1 por ciento en el último año.

De acuerdo al director del Centro de Integración Juvenil de Tuxtla Gutiérrez, José Antonio Chiñas Vaquerizo (2020) las últimas estadísticas revelan que cada vez son más las mujeres que consumen drogas legales, principalmente el alcohol y el cigarro, y la tendencia de las adicciones va al alza; un 87 por ciento de los casos que se atienden en este Centro está relacionado con el consumo del alcohol, seguido del tabaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) incluyó el consumo de alcohol como uno de los principales factores de riesgo para la salud.

El “informe del Observatorio Proyecto Hombre” (2018) destaca que el alcohol es la sustancia cuyo consumo problemático se destaca a edades más tempranas (entre los 15 y 16 años).

El alcohol es la droga más consumida por las mujeres, quienes superan en un 12 por ciento la

ingesta de bebidas alcohólicas realizada por los hombres, según se desprende del Informe 2018 del Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento, elaborado por la Asociación Proyecto Hombre.

Las edades en que se encuentra el mayor número de estudiantes con síntomas de ansiedad y depresión corresponden a la adolescencia y adultez temprana. Es importante tener en cuenta las peculiaridades y problemáticas evolutivas propias de dichas etapas que podrían actuar como factores de vulnerabilidad (embarazos no deseados, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, presión grupal y académica, conflictos intrafamiliares, carencias afectivas y económicas, y ausencia de patrones de autoridad en la familia). Sabemos que en la aparición de síntomas de ansiedad y depresión entre los jóvenes resulta clave la presencia a estas edades de una serie de factores estresantes del ámbito relacional y académico (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004).

Estudios previos han informado que los grupos más vulnerables a los factores de riesgo asociados con las conductas alimentarias son los adolescentes debido a su preocupación por su imagen corporal y la apariencia física, suelen sentirse insatisfechos con su cuerpo, desean perder peso, se someten a dietas restrictivas, tienen temor de perder el control sobre la alimentación y son más frecuentes en mujeres jóvenes. Los hombres, refieren también cada vez más insatisfacción corporal, en una serie de encuestas aplicadas a finales del siglo XX entre los lectores de la revista *Psychology Today*, se observó, que la insatisfacción corporal en los hombres aumentó de 15 a 43% en menos de una década.

Los adolescentes viven una etapa en donde todo su entorno se vuelve más complicado, la vida social, la escuela, responsabilidades en casa. Es por ello que la presente investigación se enfocará en jóvenes ya que es la etapa en la que se ve manifestada la adolescencia así mismo la relación que existe entre las patologías y las conductas de riesgo que pueden llegar a presentarlos adolescentes ya que son más vulnerables a todo tipo de conductas.

Los adolescentes que cursan el nivel preparatoria se encuentran en constantes cambios en muchos aspectos en su vida, lo cual es importante tomar consciencia tanto profesores, padres de

familia y alumnos, para que ellos eviten realizar conductas de riesgo como el alcoholizarse, sufrir depresión, ansiedad y conductas alimentarias que pongan en riesgo su bienestar, físico, emocional y social, para ello es necesario realizar acciones que ayuden a prevenir e incluso reducir que este tipo de conductas dejen estragos mayores en los adolescentes preparatorianos, y así generar una mayor probabilidad de que puedan culminar su educación media superior, existen investigaciones que proponen asimismo promueven proyectos que ayudan a adolescentes en diferentes situaciones o problemáticas.

Finalmente, todas las personas que conforman esta sociedad deben estar informados en las diversas conductas que se llegan a presentar en los adolescentes y poner mayor importancia al comportamiento y actitudes que llegan a presentar un signo de alerta.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el consumo de alcohol, depresión, ansiedad y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación entre el consumo de alcohol, depresión, ansiedad y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Comparar los niveles de relación entre el consumo de alcohol, depresión, ansiedad y conductas alimentarias de riesgo respecto a las variables sociodemográficas.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA

1.1 ENFOQUE, TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, de acuerdo con Hernández, Fernández & Baptista (2014), considera que el conocimiento debe ser objetivo, y que este se genera a partir de un proceso deductivo en el que, a través de la medicación numérica y el análisis estadístico inferencial, se prueban hipótesis previamente formuladas. Este enfoque comúnmente se asocia con prácticas, normas de las ciencias naturales así mismo del positivismo, con la intención de obtener resultados que permitan hacer generalizaciones.

El tipo de estudio que se realiza es correlacional, debido a que “se tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernández et al 2014, p. 81); con un diseño no experimental por lo que no se manipulan deliberadamente las variables, con una temporalidad transversal, pues se recolectan datos en un solo momento y tiempo único (Hernández et al 2014, p. 155).

1.2 INSTRUMENTOS

Audit test

Para la obtención de datos se aplicó el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, por sus siglas (AUDIT), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de un cuestionario que comprende de 10 ítems sobre ingesta reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, la validez fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. Los ítems del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron elegidos en base a la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales

relevantes (p.ej., consumo de alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo). Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional. En las muestras de desarrollo del test, un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Para la detección de Ansiedad y Depresión se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, es una prueba de uso como de detección con usos asistenciales, epidemiológicos, como una guía de interrogatorio. Se trata de un test que orienta el diagnóstico hacia la ansiedad y depresión (ambas en casos mixtos) y dimensiona sus respectivas intensidades.

La Escala de depresión-Ansiedad de Goldberg, en su versión castellana, que ha demostrado fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria y presenta una sensibilidad de 83.1%, una especificidad de 81.8% y un valor predictivo de 95.3%.³⁵ Es una prueba de cribaje que consta de dos subescalas: una para la detección de síntomas de ansiedad y otra para síntomas de depresión, conformadas por nueve preguntas con respuesta dicotómica (sí/no). En la muestra de este estudio, se obtuvo un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.85 para síntomas de ansiedad y 0.83 para síntomas de depresión.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg contiene 2 subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: subescala de ansiedad (preguntas 1-9) y subescala de depresión (preguntas 10-18). Las primeras 4 preguntas de cada subescala (preguntas 1-4) y (preguntas 10-13) respectivamente, actúan a modo de precondición para determinar si se deben contestar el resto de las preguntas. Concretamente, si no se contestan de forma afirmativa un mínimo de 2 preguntas de entre las preguntas 1-4 no se debe contestar el resto de preguntas de la primera subescala, mientras que en el caso de la segunda subescala es suficiente contestar afirmativamente a una pregunta de entre las preguntas 10-13 para poder proceder a contestar el resto. Se le aplicó el cuestionario a 276 sujetos

masculinos de distintas instituciones de salud en Ciudad Victoria Tamaulipas, México. El estudio fue aprobado por la comisión dictaminadora del departamento de enseñanza e investigación del hospital general Dr. Norberto Treviño Zapata, clínica hospital del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE) y la jurisdicción sanitaria N° 1 en ciudad Victoria Tamaulipas, México.

Eating Attitudes Test (Test de actitudes hacia la Alimentación)

Se aplicó el test EAT 26, que identificó 4 factores. El primero explicó el 45,5% de la varianza, siguiéndole los factores 2, 3 y 4, que explican el 8,6, el 7,1 y el 4,7%, respectivamente, para una varianza explicada acumulada de 66,0%. Los dominios que emergieron fueron: a) bulimia: 6 ítems; b) dieta: 6 ítems; c) preocupación por la comida: 7 ítems, y d) control oral: 5 ítems. Los ítems 19 («Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida») y 25 («Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías») explicaron menos de 20% de la varianza en los 4 dominios, indicando la conveniencia de eliminarlos de la escala. Cada pregunta tenía 6 opciones de respuesta (nunca, raramente, a veces, a menudo, muy a menudo, siempre); las 3 primeras se califican con 0, la cuarta con 1, la quinta con 2 y la sexta con 3.

La confiabilidad fue del 92,1%. Cuando se eliminaron los ítems 19 y 25 la confiabilidad se elevó al 93,6%. La confiabilidad por subescala fue más alta en BN (89,1%), seguida por dieta (85,7%), control oral (81,8%) y preocupación por la comida (75,6%).

La validación factorial del EAT-26 identificó 4 factores (BN, dieta, preocupación por la comida y control oral), siendo en orden los 2 primeros los que más varianza explicaron, hallazgos parcialmente de acuerdo con Garner y Garfinkel, que reportaron la dieta como el más relevante en la escala original. El número de dominios ha variado en los estudios: de 41,20 a 39,21. El EAT-26 mostró excelente confiabilidad (92%). En otros estudios similares la confiabilidad ha variado según tipo de población y cultura: 75% en jóvenes brasileñas 22,85%, jóvenes italianas 23,86% en adolescentes madrileñas 9,87% en preadolescentes y adolescentes colombianos de ambos sexos 20,90% en adolescentes españolas 24 y 94% en jóvenes españolas 25. En los 2 últimos, al igual que en el nuestro, se recomienda la eliminación de los ítems 19 y 25, lo cual

aumentaría la confiabilidad.

Para una prevalencia del 18,4% y un punto de corte ≥ 11 , nuestro estudio tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 85%.

1.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con una muestra de 200 personas de sexo masculino y femenino del Colegio de Bachilleres plantel 13 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, con edades en un rango de entre 15 y 18 años de edad, a quienes se les solicitó la aprobación y consentimiento, informando para la aplicación de los instrumentos.

1.4 HIPÓTESIS

A mayor consumo de alcohol en los adolescentes mayor ansiedad, depresión y conductas alimentarias de riesgo.

A mayor ansiedad en adolescentes mayor riesgo de padecer depresión.

A mayor depresión en adolescentes mayor conductas alimentarias de riesgo.

Hi: existe relación significativa entre el consumo de alcohol, ansiedad, depresión y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Chiapas.

Ho: no existe relación significativa entre el consumo de alcohol, ansiedad depresión y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes en Chiapas.

1.5 VARIABLES

Variables atributivas

Edad: f. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana. (RAE, 2019,s/p)

Sexo: f. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo masculino, femenino (RAE, 2019,s/p)

Escolaridad: f. Periodo de asistencia a un centro escolar. (RAE, 2019, s/p)

Religión: f. Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social de prácticas rituales principalmente la oración y el sacrificio para darle culto (RAE, 2019, s/p)

Dependientes

Consumo de alcohol: El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto. (OMS, 2018)

Ansiedad: Respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero aspectos fisiológicos o corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos (Pelayo, 1995)

Depresión: La depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o en menor grado, también están

presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo énfasis en la esfera afectiva . (Sudupe, Taboada, Dono & Ventosos, 2006).

Conductas alimentarias de riesgo: Comportamientos expresados en respuesta a la motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculados con la ingestión de los alimentos. (Garner & Garfinkel, 1979); se definen como aquellos comportamientos alimentarios que no cumplen con la frecuencia e intensidad de los trastornos de conducta alimentaria. (Chima, 2012).

1.6 PROCEDIMIENTO

El trabajo de investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Colegio de Bachilleres plantel13, en la cual previamente se solicitó permiso para la aplicación de los instrumentos a una muestra de 200 alumnos de diferentes semestres.

Se estableció contacto con todos los participantes con la finalidad de que ellos supieran sobre el proyecto de investigación, asimismo se les solicitaba su colaboración y consentimiento informado.

En las fechas acordadas, se aplicaron colectivamente las pruebas Audit, la escala de Ansiedad y depresión de Goldberg, para finalizar con la Escala de Actitudes alimentarias. Se les dieron las instrucciones correspondientes, indicándoles que las pruebas no eran de tiempo, y que contestaran de la manera más sincera posible.

Con la finalidad de que los resultados fueran confiables, se les informó que los resultados serían confidenciales y únicamente se utilizarían para la realización de dicha investigación.

1.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de datos se utilizó el SPSS, V 21 para Windows. Se creó un fichero donde se incluyeron las variables de cada uno de los instrumentos, una vez realizada dicha captura se procedió a realizar la captura de los datos. Más adelante se procedió a procesar los datos mediante análisis de frecuencia, se obtuvo el nivel de confiabilidad de la prueba mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, las estadísticas descriptivas para la escala en su conjunto y sus respectivas subescalas. Se establecieron medidas de comparación a través de la prueba t de Student entre las variables dependientes o atributivas.

Finalmente se obtuvo el nivel de correlación entre el consumo de alcohol, ansiedad, depresión y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

CAPÍTULO 2. ALCOHOLISMO

2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo ha sido un tema de mucho interés desde hace muchos años, ya que constituye un problema de salud. Ha sido conceptualizado de diversas maneras de acuerdo a múltiples corrientes.

Las bebidas alcohólicas se conocen desde civilizaciones tan antiguas como la de los egipcios entre otros. En esas épocas seguramente los problemas con el abuso del alcohol eran diferentes a los problemas que se observan en las sociedades modernas.

La Organización Mundial de la Salud (2019), define al alcoholismo como un trastorno en el cual el consumo de alcohol va en detrimento de la salud o del funcionamiento social de la persona, por un periodo de tiempo.

En esta definición, se describen diferentes conductas tales como exceso alcohólico episódico, exceso alcohólico habitual, y adicción (dependencia), según la cantidad de alcohol bebido y la frecuencia de ingestas alcohólicas excesivas. En la última, la adicción, se agregan otros elementos, y se la caracteriza según señala Santana (2016) como “un estado de dependencia física y emocional de consumo regular o periódico, fuerte y sin dominio del alcohol, durante el cual la persona experimenta una compulsión hacia la bebida. Cuando cesa el consumo de alcohol hay síntomas de privación, que pueden ser graves. Si el consumo continúa durante un mes o más, se da por supuesto que existe adicción”. Por otra parte, solo en el caso de la adicción parece indicarse su carácter de morbilidad al mencionar la dependencia física y emocional, los síntomas de privación de alcohol y una compulsión hacia la bebida.

De acuerdo al Informe mundial de salud de la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2018),

el alcohol se encuentra entre los tres primeros factores de riesgo para las enfermedades en países como México, el alcohol ocupó el primero y segundo lugar de frecuencia respectivamente como motivo de consulta en dichas instituciones.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que puede producir dependencia y que ha sido utilizada por diferentes culturas desde hace siglos. De acuerdo a datos del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF 2016) unidad especializada del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, de la Secretaría de Salud, 63% de la población identificada en un estudio como consumidora de alcohol, son adolescentes o jóvenes de entre 12 a 24 años de edad. Las personas inician con el consumo de alcohol por diversas causas, principalmente la curiosidad (29.4%), seguida por la invitación de amigos (13.5%), la experimentación (12.4 %), los problemas familiares (10%), la influencia de amigos (9.4%), la aceptación del grupo (4.1 %), por invitación de familiares (2.9%) o depresión (2.4%).

La Organización Mundial de la Salud (2016) indica que, en América Latina, el primer lugar de consumo de alcohol lo ocupa Chile con el 9.6 litros per cápita mientras que México ocupa el décimo lugar con un consumo de 7.2 litros per cápita. Una bebida alcohólica estándar contiene entre 12 y 15 gramos de alcohol. Para la OMS un consumo excesivo es cuando una mujer ingiere más de 40 gramos y el hombre, 60 gramos. Se considera un problema de salud cuando se ingieren más de 50 gramos en el caso de las mujeres y 70 gramos en el caso de los hombres. Es importante señalar que el consumo de más de 60 gramos de alcohol también produce daños a la salud y es hoy uno de los principales factores de morbilidad, discapacidad y mortalidad, además de agente causante de más de 200 enfermedades, provocando a nivel mundial aproximadamente 303 millones de muertes al año.

Los factores psicológicos constituyen claramente un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de una dependencia a sustancias. En concreto, de entre otros muchos factores, el hecho de no tener buenas capacidades para las relaciones y/o habilidades sociales (Tomlinson, Cummins, & Brown, 2013) es un factor de riesgo claro en la adolescencia, por la búsqueda de aceptación dentro del grupo o la tendencia a dejarse incitar por compañeros al consumo.

2.2 ALCOHOLISMO EN JÓVENES ADOLESCENTES

En nuestro ámbito social, es importante tener en cuenta que ha habido un cambio considerable en las costumbres sociales que favorecen de alguna manera el consumo de alcohol. Por un lado, se tiende hacia las macro sociedades, donde cada vez se da más una pérdida de valores, y por otro los adolescentes tienen hoy una mayor independencia económica en líneas generales, que les permite entrar de lleno en la sociedad de consumo. En definitiva, podríamos decir que tanto el alcohol como otras drogas, están en nuestra sociedad, porque cumplen determinadas funciones, entre las que están, la de servir al adolescente, de elemento de integración en unos casos y de evasión en otros.

En el caso de los jóvenes cabe preguntarse el impacto que el consumo de alcohol tiene en la morbi-mortalidad de este grupo, pero también sobre el uso de la bebida como mecanismo de cohesión social en sus formas ritualizadas de consumo. En una aproximación desde lo cultural, la funcionalidad ideológica, social y económica de la alcoholización debe ser referida a los conjuntos sociales que se relacionan a través del consumo de alcohol, por tanto su análisis debe incorporar información sobre aspectos que operan diferencialmente, como producción y consumo, morbi-mortalidad, estigmatización, etc.

Un proceso de alcoholización lleva consigo los procesos económicos, políticos y socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características dominantes del uso y del consumo de alcohol (incluyendo el no uso y el no consumo) por sujetos y conjuntos sociales. (Menéndez, 2013).

En la última Encuesta Nacional de Adicciones ([ENA] 2017) se indica en cuanto al consumo de alcohol en población general, mostró un aumento significativo entre los años 2002 y 2011 en las prevalencias de consumo de alcohol alguna vez en la vida (64.9% a 71.3%), en el último año (46.3% a 51.4%) y en el último mes (19.2% a 31.6%), siendo esta última la que presenta mayor crecimiento; así también aumentando significativamente el porcentaje de dependencia.

Este aumento también se presentó en población adolescente, en donde el consumo alguna vez pasó de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011, mientras que el consumo en el último año se incrementó de 25.7% a 30% y para la prevalencia en el último mes prácticamente se duplicó de 7.1% a 14.5% en el mismo periodo. El consumo excesivo de alcohol en esta población en 2011 fue de 14.5% (17.3% en hombres y 11.7% en mujeres).

México ocupa el tercer lugar en el consumo de alcohol en el continente americano, con un porcentaje de 86% del total de la población. Por ello se considera que el consumo de esta sustancia afecta a los adolescentes en un 70%

En el estado de México, de acuerdo a la encuesta Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en Estudiantes 2009; se reportó que el 70.8% de los adolescentes ha consumido alcohol algunavez en su vida. En los adolescentes de secundaria este consumo fue 69.7% para hombres, y 71.9% en mujeres de preparatoria.

En cuanto a la edad de los adolescentes, 61.5% se encuentra entre los 14 años o menos y con relación a la cantidad de consumo, 25% de los estudiantes consumen cinco copas o más por ocasión al menos una vez al mes.

2.3 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol se ha asociado con factores de tipo social y cultural, pero principalmente con motivos que propician su consumo. Las causas por las cuales los individuos beben alcohol se encuentran agrupadas en dimensiones que reflejan su valencia (positiva o negativa), y el origen; es decir, los individuos pueden beber para obtener resultados positivos o para evitar un resultado negativo. Sin embargo, el consumo de alcohol puede deberse a la búsqueda de una recompensa interna (manejar estados emocionales) o por buscar obtener recompensas externas (aceptación o aprobación social) y es por ello que cuando se cruzan estas dos dimensiones se obtienen cuatro

motivos (Cooper, 1994):

1. Motivo generado internamente con reforzamiento positivo, es decir, beber para obtener un estado positivo o bienestar.
2. Uno generado externadamente con reforzamiento positivo, el individuo consume para obtener una recompensa social.
3. Uno generado con reforzamiento negativo, es decir se consume para reducir o regular emociones negativas
4. Uno generado extremadamente con reforzamiento negativo beber para evitar el rechazo social.

Las investigaciones han identificado una serie de motivos para el consumo de alcohol. Cada motivo se encuentra relacionado con diferentes aspectos del consumo, por ejemplo, para afrontar estados afectivos como la depresión o la ansiedad (Stewart, Zeitlin & Barton, 1996)

Aunado a lo anterior, los estímulos situacionales adquieren propiedades de reforzamiento secundario y se asocian con actividades de recompensa, como la interacción social (Cooper, 1994). La influencia social se ha propuesto como un motivo importante que contribuye al consumo de alcohol (Bandura, 1999; Becoña, 2005; Palacios, Bravo & Andrade, 2007). En este sentido, Palacios (2009) refiere que la influencia del entorno social se encuentra articulada con factores personales, los cuales conforman respuestas conductuales que son el referente importante para el grupo social. El autor señala que el consumo de alcohol se encuentra influido por el grupo de pares, así como por el consumo de éstos. Lo anterior contribuye no sólo a la cognición (autoeficacia) relacionada con el consumo de la persona, sino que también influye directamente sobre su conducta. Si un joven no percibe barreras o impedimentos de su medio social para consumir alcohol, tendrá una mayor probabilidad de iniciarse y por consiguiente beber alcohol con regularidad (Lyvers, Hasking, Hani, Rhodes & Trew, 2010).

2.4 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO, LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Muchos valores que hoy se entrelazan de forma cada vez más intensa, hasta volverse obsesiva en muchos de nuestros adolescentes, crean una particular "cultura del riesgo", tal como la denomina Donas Burak (2001). El cultivo del cuerpo de "película", tanto en mujeres como en varones, con dietas repetidas y ejercicios violentos inadecuados para sus edades y que conducen a trastornos serios como la anorexia y bulimia; lesiones traumáticas de origen deportivo; "piques" automovilísticos con sus consecuentes accidentes y muertes; relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual e infección de VIH; consumo de alcohol, cigarrillos y drogas pesadas, con sus consecuencias acorto, mediano y largo plazo. De por sí, se podría decir que existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad. Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo y estarían implicados en los aspectos personales, familiares y sociales.

Kazdin (2003) plantea que durante la adolescencia hay un incremento en el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo; como por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo, sexo precoz sin protección.

Los factores comunes que determinan las conductas riesgosas de la juventud en alto riesgo, también han sido revisados por Florenzano Urzúa (1998), quien señala como más importantes la edad, expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar y ciertas variables psicológicas (el diagnóstico de depresión, junto con el de estrés excesivo, es el que aparece más frecuentemente asociado con las diversas conductas de riesgo adolescente. También la autoestima baja es mencionada como predictor de las conductas problema).

Donas Burak (2001) hace una distinción entre factores de riesgo de "amplio espectro" y factores o conductas de riesgo que son "específicos para un daño". Entre los primeros encontramos: familia con pobres vínculos entre sus miembros; violencia intrafamiliar; baja autoestima; pertenecer a un grupo con conductas de riesgo; deserción escolar; proyecto de vida débil; locus de control externo; bajo nivel de resiliencia. Los factores o conductas de riesgo específico serían: portar un arma blanca, en la moto no usar casco protector, tener hermana o amigas adolescentes embarazadas, consumir alcohol (emborracharse), ingesta excesiva de calorías, depresión.

Se han investigado diferentes facetas de factores o comportamientos de riesgo para la salud, entre los que se mencionan los síntomas depresivos, ser varón y tener baja religiosidad (Campo-Arias, Cogollo & Elena Díaz, 2008); trastornos del aprendizaje, de la conducta alimentaria, depresivos, conductas violentas, mayor consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, episodios de embriaguez, mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares (Paniagua Repetto & García Calatayud, 2003); problemas emocionales en todas las áreas, en particular la familiar, la de salud, relacionados específicamente con la interacción o comunicación con los padres, la autoimagen (demasiada preocupación con la imagen corporal, especialmente en las mujeres), tendencia al aislamiento (no pertenecer a ningún grupo de pares ni tener amigos) y conductas de consumo de cigarro y alcohol (Barcelata, Durán & Lucio, 2004).

CAPÍTULO 3. ANSIEDAD

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ANSIEDAD

Desde hace mucho tiempo la ansiedad ha sido un tema de gran importancia para la psicología el estudio en la diferenciación de conceptos es extenso.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

Spilberg (1980) señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo ello cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto. Navas (1989) la define como un estado emocional; compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas.

Papalia (1994), llega a definir la ansiedad como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión surgidas de la anticipación de un amenaza, real o imaginaria.

Las personas tienden a presentar un grado moderado de ansiedad, siendo está considerado como una respuesta adaptativa. Asimismo, se sabe que se ha estudiado desde diferentes perspectivas.

Dentro de las perspectivas del estudio de la ansiedad como emoción, el establecimiento de la teoría tridimensional (Lang, 1968) explica que cuando una persona experimenta un estado de ansiedad, sus reacciones fisiológicas pueden ser muy exageradas mientras que las subjetivas y motoras pueden ser de menor intensidad. Una persona puede reaccionar de forma muy intensa subjetivamente,

moderadamente en el aspecto fisiológico y leve en el aspecto motor .

3.2 ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES

El trastorno de ansiedad se encuentra entre los problemas mentales, emocionales y de comportamiento que se presentan en la niñez y la adolescencia (Villaseñor, 2018).

Según Dickey (2000), los adolescentes experimentan ansiedad en sus vidas en aspectos tales como la escuela, el grupo de pares, mudanzas o la pérdida de algún familiar y estas condiciones pueden propiciar la aparición de reacciones de ansiedad o de un desorden de ansiedad.

Durante la adolescencia los temores relacionados con la muerte y el peligro disminuyen, lo que se asocia a la tendencia de este grupo de personas a desprenderse un poco de la seguridad del hogar y buscar más aventuras y riesgos. Así mismo los miedos relacionados con la crítica, la evaluación social, la popularidad y el éxito se intensifican acercándose cada vez más a los miedos característicos de la edad adulta (Sadín, 1997).

Respecto a lo anterior los adolescentes presentan miedos en cuanto a problemas específicos propios de su edad y del contexto que se desenvuelven. Estos miedos pueden llegar a convertirse en preocupaciones excesivas y en estímulos percibidos por el sujeto como incontrolables y amenazantes, es ahí cuando la ansiedad se hace presente, pasa de un miedo y se convierte en una problemática mayor.

3.3 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales que han ido en aumento en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (2020) calcula que hay más de 300 millones de personas en

el mundo con depresión, aunados a los que padecen de ansiedad.

Con frecuencia se presenta la tendencia a confundir la ansiedad con la depresión y esto representa una problemática importante al diagnosticar estos trastornos. Sadín (1997), plantea que muchos individuos experimentan al mismo tiempo síntomas depresivos y síntomas de ansiedad. Barlow & Duran (2001) por su parte, consideran que estos dos trastornos son más parecidos que diferentes y cuando se presenta un trastorno de depresión en un sujeto, este se encuentra también en un estado de ansiedad. Flint (1989) sugirió que cuando un individuo es altamente depresivo, tiende a ser ansioso, pero cuando una persona presenta elevados niveles de ansiedad, no siempre presenta elevados niveles de ansiedad, no siempre presenta características depresivas.

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta co-ocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, etc. (Berenzon, Lara, Robles & Mora, 2018).

Dobson (1985), plantea que estos dos trastornos se encuentran unidos por la continuidad en el tiempo, se dan uno detrás del otro y los dos se relacionan con la actividad; en el caso de la depresión se asocia con hipoactividad y la ansiedad con la hiperactividad.

En cuanto a la comorbilidad de estos dos trastornos, en niños y adolescentes, parece ser elevada. Kendler (1995), realizó una revisión de los estudios efectuados en cuanto a este aspecto y encontró que el 33% de los niños que presentaban un trastorno de ansiedad, habían sido diagnosticados a nivel secundario por un trastorno depresivo y en un mayor porcentaje sucedía lo contrario. Los niños que presentaban como diagnóstico principal el de depresión tenían también el trastorno de ansiedad.

3.4 FACTORES DE RIESGO DE ANSIEDAD RESPECTO A DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Los trastornos mentales más comunes hacen referencia a dos categorías de diagnóstico principalmente: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, los cuales, constituyen una importante carga económica y social, debido a su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, así como por la discapacidad que producen. Según datos de la OMS, entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad aumentó cerca de 50 por ciento, de 416 millones a 615 millones. Alrededor del 10 por ciento de la población mundial está afectada. (OMS, 2016).

En México, la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) realizada con población urbana de 18 a 65 años de edad registró que una de cada cuatro personas (23.7 por ciento) tiene una historia de trastornos mentales. En población total, las fobias específicas fueron el trastorno mental más común (7.1 por ciento alguna vez en la vida), seguido de los trastornos de conducta (6.1 por ciento), dependencia al alcohol (5.9 por ciento), fobia social (4.7 por ciento) y el episodio depresivo mayor (3.3 por ciento). Uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Por su parte, la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes en México (Benjet, Borges, Blanco *et al.*, 2009), destaca que alrededor de la mitad de los adolescentes (51.3 por ciento) cumplieron criterios para algún trastorno mental alguna vez en la vida. Los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes; les siguen los trastornos de impulsividad, los afectivos y los trastornos por uso de sustancias.

Si bien desde la década de los años 50, se establecen relaciones entre los trastornos de ansiedad en general, los trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias, los mecanismos causales que subyacen a dicha relación no son suficientemente claros. Algunas propuestas teóricas para explicar

dicha asociación son las siguientes:

Modelo Causal: su premisa es que la presencia de uno de los trastornos conduce directamente al desarrollo del otro. A este grupo pertenecen la Teoría de la Reducción de la Tensión (Conger, 1956), según la cual, la tensión, la ansiedad o el estrés juegan un papel instigador en el consumo del alcohol, y a su vez, constituye una respuesta instrumental de escape reforzada por sus propiedades de reducción de la tensión (Higgins & Marlatt, 1975).

En este mismo renglón se ubica la Teoría de la Automedicación (Khantzian, 1987; Thomas, Randall, & Carrigan, 2003), versión reformulada de la Teoría de la Reducción de la Tensión (Conger, 1956). La teoría de la automedicación establece que las personas con un trastorno de ansiedad primario, tienden a desarrollar trastornos por uso de sustancias como resultado del intento de autorregular sus síntomas de ansiedad (Robinson, Sareen, Cox, & Bolton, 2009).

Modelo Causal Indirecto: plantea que la presencia de uno de los trastornos, incrementa el riesgo individual de desarrollar el otro, como es el caso de la Teoría de la Respuesta al Estrés (Sher, & Levenson, 1982).

Modelo de Relación no Causal: propone que factores comunes pueden sumarse para aumentar el riesgo de desarrollar ambos trastornos. En los tres casos, persiste la hipótesis global de que el alcohol actúa como reforzador negativo para reducir el estrés o el afecto negativo.

Algunos estudios epidemiológicos afirman que existen diferentes relaciones entre cada uno de los trastornos de ansiedad, los trastornos por consumo de alcohol, entre ellos, la agorafobia y la fobia social, son propensas a la automedicación (Kushner, Sher, & Beitman, 1990).

Los trastornos de la ansiedad están catalogados como el trastorno mental con mayor prevalencia en los países desarrollados y actualmente en los que están en vías de desarrollo. Al mismo tiempo, se ha reconocido que la ansiedad es uno de los problemas más significativos en la salud pública a nivel

mundial (Rizzo, 2010).

La relación que existe entre peso corporal y desórdenes mentales, es un tema que en la actualidad se lo tiene muy claro y definido. Existe un sin número de evidencia científica documentada, que aclara la relación entre estas dos variables y numerosas ciencias apoyan estas teorías (Magallanes, 2015).

Asimismo, los Trastornos de Conducta Alimentaria se asocian a altos niveles de comorbilidad con trastornos de ansiedad, conductas impulsivas y trastornos de personalidad (Marañón, Echeburúa & Grijalvo, 2007). En este sentido, como hemos señalado, se podría considerar a los Trastornos de Conducta Alimentaria como estrategias de regulación emocional inadecuadas. Así, las personas con un Trastorno alimentaria pueden tener dificultades importantes en el manejo y regulación de las emociones, especialmente de las negativas (Hayaki, 2009; Pascual, Etxebarria, Cruz & Echeburúa, 2011; Waller et al., 2010). Entre las variables emocionales que más interés han despertado en el estudio se encuentran la alexitimia y la ansiedad.

Bruch (1981) sugirió que la dificultad para discriminar y expresar sentimientos, así como para diferenciar estados emocionales y sensaciones corporales, constituía un déficit central en los trastornos alimentarios. Estudios posteriores han confirmado la relación entre la alexitimia y los Trastornos de Conducta Alimentaria (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery & Jeczmién, 2006; Hayaki, Friedman y Brownell, 2002; Pascual *et al.*, 2011).

Respecto a la ansiedad, Buckner, Silgado y Lewinsohn (2010) concluyen que la ansiedad es uno de los factores de riesgo de los TCA y Davey y Chapman (2009) la consideran como un rasgo permanente en muchas de las personas con Trastornos de Conducta Alimentaria.

CAPÍTULO 4. DEPRESIÓN

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Es natural sentirse triste, decaído o desanimado a veces. En algún momento, todos sentimos esta emoción humana, son reacciones a las dificultades y obstáculos de la vida. La mayoría de la gente consigue sobrellevar estos sentimientos.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta edición DSM IV (APA, 1994) la enfermedad depresiva se define como una patología que altera el ánimo o el humor de manera predominante.

De manera complementaria, también se define por un tono hipovital traducido en una claudicación psicofísica y de la vitalidad, que supone tristeza, desesperanza, pérdida de autoestima y desinterés en el plano psíquico, y en el somático se puede expresar por hipoactividad, anorexia y alteraciones del ciclo sueño-vigilia (Rodes & Costa, 1997). Además, se añade un patrón cognitivo el cual se extiende desde una falta de motivación intrínseca que afecta la atención-orientación y la toma de decisiones, hasta problemas como olvidos y un pensamiento enlentecido.

Pero la depresión es más que sentirse triste, según la OMS (2020), la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un problema de salud pública que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe a su alta prevalencia, así como al fuerte impacto que tiene sobre la sociedad, por lo que la atención de este padecimiento genera altos costos para los sistemas de salud. Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la etapa adulta; en la adolescencia los síntomas y trastornos depresivos también representan un grave problema de salud pública y mental.

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2004), demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia, trastorno bipolar I y II.

4.2 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como un padecimiento peligroso que puede generar conductas autodestructivas (Dallal y Castillo 2002; Pardo, Sandoval & Umbarilla, 2004). La depresión ha sido asociada a la adolescencia, ya que en esta etapa de desarrollo suelen darse con frecuencia molestias relacionadas al estado de ánimo. Adicionalmente, durante esta etapa vital suceden al mismo tiempo varios cambios de la personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno.

La depresión ha sido asociada al síndrome de riesgo en la adolescencia. Se entiende como riesgo, la probabilidad de que ocurra un suceso durante un periodo de tiempo. El síndrome de riesgo consiste en la presencia simultánea y covariada de factores de riesgo asociados a la presentación de los cuatro problemas típicos de la salud adolescente: 1) abuso de sustancias, 2) embarazo o iniciación sexual temprana, 3) deserción escolar o problemas de rendimiento académico y 4) delincuencia (Maddaleno, 1987, Pardo, Sandoval & Umbarilla, 2004). Históricamente, la depresión ha sido vista como un factor asociado a los problemas de comportamiento típicos de la adolescencia. Según Gómez y Rodríguez (1997). La naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de la vida de los adolescentes, proceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones difíciles como la elección de carrera, el ingreso a la universidad, elección de pareja, distanciamiento parental, enfermedades propias o algún familiar, ruptura de sus lazos afectivos, separaciones, maltrato físico, sexual o psicológico entre otras. Esta visión fue posteriormente apoyada por Bernal y Escobar (2000). La familia es el centro primario de socialización infanto-juvenil. El vínculo padre-hijo ha sido asociado a las respuestas cognitivas de los jóvenes ante eventos.

4.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo relacionados con la depresión son variados e incluyen desde aspectos biológicos hasta psicológicos y sociales. Los factores de riesgo se definen como aquellos atributos o variables que incrementan la probabilidad de que personas con características similares desarrollen alguna problemática (Lucio, Rapp-Paglicci, & Rowe, 2011). En el caso de la depresión, variables como la edad, el sexo, el divorcio, los problemas familiares y las características socioeconómicas de la región son algunos ejemplos de factores de riesgo (Díaz *et al.*, 2006).

En población adolescente, los hallazgos científicos reportan una relación importante entre el contexto en el que viven y su salud mental (Huston & Bentley, 2010). En este, la interacción

dinámica de factores de riesgo a distintos niveles se refleja en las crecientes tasas de depresión en los adolescentes (Hankin, 2015), siendo el vecindario uno de los ambientes estudiados debido a que el lugar de residencia engloba características étnicas, económicas, de posición e inequidad social, de vivienda, de espacios públicos disponibles para la interacción social (Diez Roux & Mair, 2010), de violencia, desorden e inseguridad (Mair, Kaplan, & Everson-Rose, 2010) que se asocian con autorreportes de síntomas depresivos en adolescentes (Lowe *et al.*, 2014).

Las consecuencias negativas del contexto como factor de riesgo pueden aumentar en conjunto con otras situaciones que generen estrés, como los sucesos de vida (Cutrona, Wallace, & Wesner, 2006), los cuales son experiencias o acontecimientos con potencial de producir estrés (Barcelata, Durán, & Lucio, 2012), pueden suceder en diversos contextos, por ejemplo, ser víctima de violencia, de desastres naturales o sufrir la pérdida de familiares (Cutrona, Russel, & Brown, 2005). En otras palabras, individuos que experimentan sucesos de vida estresantes en un vecindario desventajoso pueden ser más vulnerables a desarrollar depresión que individuos que viven los mismos eventos en un vecindario ventajoso (Cutrona *et al.*, 2006).

Tradicionalmente, la depresión se ha abordado desde la teoría cognitiva, donde se ha establecido una relación entre el estilo cognitivo negativo y los síntomas depresivos; sin embargo, resultados longitudinales de investigación en adolescentes demuestran que el estilo cognitivo negativo y los síntomas de depresión no son significativos cuando no se consideran sucesos de vida estresantes (Kindt, Kleinjan, Janssens, & Scholte, 2015).

Los sucesos de vida son fuertes predictores de la depresión y son más frecuentes en poblaciones de nivel socioeconómico bajo (Verbeek *et al.*, 2015). La relación entre sucesos de vida tanto en el ámbito familiar, social, escolar que viven los adolescentes, así como, los síntomas depresivos se han reportado en investigaciones previas (Veytia, González-Arratia, Andrade, & Oudhof, 2012). Por ejemplo, sucesos de vida estresantes relacionados con la escuela, como el bajo rendimiento, desacuerdos o problemas con los profesores, son más frecuentes en muestras clínicas con depresión que en adolescentes normales (Heredia, Lucio, & Suárez de la Cruz, 2011).

CAPÍTULO 5. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Los estilos de vida actuales y los nuevos hábitos o formas de alimentarnos han modificado el vínculo de cuerpo-alimentación, a los valores estéticos corporales, surge así un patrón de alimentación nutricional y calórico desequilibrado, que incluye la pérdida de la capacidad para regular la ingesta, puede ser excesiva hasta la restricción total de ésta, que caracteriza a las conductas alimentarias patológicas.

Las conductas alimentarias de riesgo se definen como aquellas conductas que de acuerdo con Ukiel, Bojorquez & Carreño (2004) se consideran como comportamientos de riesgo e incluyen las siguientes: preocupación por subir de peso, atracones, falta de control de lo que come, conductas alimentarias de tipo restrictivo como dietas, ejercicio, consumo de pastillas y purgativos como vómito, laxantes y diuréticos.

Aunque los comportamientos del riesgo alimentario pueden considerarse como indicadores próximos a los TCA, existe un cuestionamiento sobre su vinculación, ya que no todos los comportamientos alimentarios de riesgo necesariamente tendrían que terminar en un TCA, además de que en estos se excluye la obesidad (Sánchez, 2019).

En México, Palma *et al.* (2016) encontraron que 6.6% y 6.3% de los jóvenes entre 10 y 19 años, con sobrepeso y obesidad, respectivamente, presentan alguna Conductas Alimentarias de Riesgo, en comparación con 2.6% de los jóvenes que presentan peso normal. En la misma muestra, se encontró que entre los jóvenes de hogares cuyo nivel socioeconómico era más alto, existía un riesgo más elevado de presentarlas (OR: 2.05, 95% IC: 1.52 - 2.75).

Las conductas alimentarias de riesgo también denominadas "disfuncionales"- son manifestaciones similares a los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) pero se dan con menor frecuencia e intensidad. Según la teoría del continuo propuesta por Nylander (1971), las conductas alimentarias de riesgo se encuentran en la parte intermedia de dicho continuo: en un extremo está la conducta alimentaria normal y en el otro los trastornos de conducta alimentaria. Las Conductas alimentarias de riesgo incluyen atracones, seguimiento de dietas restrictivas, abuso de laxantes, diuréticos o anfetaminas, exceso de ejercicio, vómito auto inducido y práctica de ayunos, todos dirigidos a controlar o reducir el peso corporal.

Desde esta perspectiva, las personas con alimentación restringida o "dietantes crónicos" presentan un menor grado de psicopatología que quienes padecen Trastornos de Conducta Alimentaria que comienzan voluntariamente con conductas de riesgo en pequeña escala y evolucionan hasta llegar a la pérdida de control y el síndrome completo.

5.2 DISTORSIÓN CORPORAL

La preocupación por la imagen corporal es una conducta socialmente aprendida, no solo por fines estéticos, sino por fines adaptativos a un entorno o grupo determinado, lo que se ha manifestado desde que los seres humanos desarrollaron civilizaciones en donde los estándares de belleza y aceptación social atraviesan por el cuerpo. La imagen corporal es un concepto complejo que se ha utilizado para referir a una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente de nuestro cuerpo; esta imagen corporal incluye dos dimensiones: una social y una individual (Aguado, 2004, citado por Meza, Cecilia & Pompa Guajardo, 2013).

Las distorsiones en la percepción de la imagen corporal constituyen una de las manifestaciones de los trastornos alimentarios. La imagen corporal fue descrita por Schilder (1935) como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta. En este enunciado está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con nuestra apariencia física real y resalta, por el contrario, la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo.

Para Bruch (1973) la distorsión de la imagen corporal, así como las disfunciones alimentarias tienen un carácter simbólico considerándolos como formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver. Bruch (1981) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de Anorexia nerviosa: una persecución implacable por la delgadez; una preocupación casi delirante por la imagen corporal, una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal; falta de identidad y un sentido de ineffectividad paralizadora.

Desde entonces se considera un criterio diagnóstico de Anorexia y Bulimia a la alteración de la imagen corporal (Morales, 2006).

Baile (2003), asume que una alteración de la imagen corporal (insatisfacción corporal) se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico, así, tenemos que esta aproximación teórica considera que las alteraciones de la imagen corporal incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo, una alteración cognitivo afectiva asociada a la insatisfacción, asimismo preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas (Gamer & Garfinkel, 1981).

Bemis y Hollon (1990) advierten de la necesidad de distinguir entre representación corporal interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. Asher & Asher (1999 citado por Vásquez & Bernal, 2012)

“entienden que la imagen corporal describe una relación compleja entre aspectos tales como normas culturales, género, identidad, estima propia, entre otras cosas”.

La imagen corporal es una representación diagramática de la conciencia corporal del individuo; es la figura que formamos en nuestra mente de nuestro propio cuerpo. Las concepciones más dinámicas de la imagen corporal la definen en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo; por eso Gardner (1996, citado por Contreras, Madrona, García, Fernández y Pastor, 2009) argumenta que la imagen corporal incluye dos componentes: uno perceptivo, que hace referencia a la estimación del tamaño, la apariencia, otro actitudinal, que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

5.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo se refieren a aquellos que aumentan la probabilidad de que se altere el equilibrio del organismo y se desencadene alguna enfermedad (Mora, 1982). Se le denomina así porque tienen un efecto negativo en la salud de las personas, provocando un desajuste o desequilibrio, ya que dejan un organismo vulnerable, facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional entre la probabilidad de contraerla y el número de factores de riesgo (Gómez, Peresmitré, 2001).

Shiltz (1997), propone una clasificación de los factores de riesgo de los trastornos de conducta alimentaria para identificarlos y entenderlos; los individuales incluyen experiencias de abuso sexual, la insatisfacción con la figura, el peso corporal, la práctica crónica de dietas, así también algunos cambios traumáticos en la vida, como la pérdida de un ser querido, el rompimiento de una relación importante, el divorcio de los padres, el cambio geográfico. Entre los factores psicosociales señala la presencia de trastornos afectivos, tanto en el individuo como en sus familiares de primer grado; asimismo, baja autoestima, los rasgos de personalidad, como la necesidad de aprobación, la dificultad para expresar sentimientos, la evasión de los conflictos; también un patrón de

pensamientos rígidos con énfasis en el “debe ser”; la sensación de ausencia de control, que se traduce en la búsqueda de control de la conducta alimentaria, el perfeccionismo, así como el problema de identidad. Entre los factores socioculturales se encuentran los ideales de belleza, las actitudes de la familia hacia el peso corporal, la falta de definición de límites, la rigidez, la confusión de roles en la familia, así como la disfuncionalidad, el maltrato emocional, la influencia del grupo de pares, el involucramiento en algunas actividades que enfatizan el bajo peso, las críticas con respecto al peso y la figura.

5.4 CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN

La relación entre trastornos de conducta alimentaria con depresión es muy estrecha. De hecho, frecuentemente pacientes recuperadas mantengan niveles altos de depresión (Toro & Vilardell, 1987). Las principales características que comparten ambas patologías son; alteraciones en los niveles de serotonina; distorsiones cognitivas, principalmente abstracción selectiva, sobregeneralización, razonamiento dicotómico y magnificación de estímulos; falta de habilidades sociales y aislamiento; locus de control externo y sentido de ineficiencia personal y desesperanza.

Además de síntomas depresivos, también se encuentran eventos aversivos relacionados con conflictos parentales, lo que también es evidencia de que los eventos de vida también pueden influir en la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y depresión (Wade *et al.*, 2007).

Un análisis de regresión múltiple hecho por Breat e Ipema (1997; citado por Casullo *et al.*, 2001) concluyen que la presencia de patología afectiva aparece como el primer predictor de los trastornos de conducta alimentaria. Según el estudio de Piran *et al.*, (1988; citado en Echeburúa & Marañón, 2001), en un 44% de las pacientes diagnosticadas con depresión mayor, el inicio de la depresión se dio al menos un año antes de iniciarse la alteración de la conducta alimentaria; en el 22% uno y otro trastorno comenzaban a la vez; y por último, en el 34% restante la sintomatología depresiva fue posterior al trastorno de la conducta alimentaria.

Hurtado *et al.*, (2002) hicieron un estudio sobre factores de riesgo en desórdenes alimenticios, realizando un análisis de la relación entre anorexia y diferentes variables, entre ellas la depresión, encontrando que esta es una variable bastante significativa, por lo que concluyeron que la depresión podría ser un indicador de posible trastorno alimenticio.

También puede considerarse que, en primer lugar, aparecen las alteraciones del pensamiento y percepción del cuerpo, ideas con mayor o menor acompañamiento de disfunciones del estado de ánimo que llegan a aumentar su intensidad, con o sin un factor precipitante, por lo que al parecer la alteración del comportamiento alimentario. (Solano, 2006).

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

En este apartado se presenta información estadística acerca de los datos sociodemográficos de la muestra, la confiabilidad de los instrumentos, estadísticos descriptivos de la sumatoria total de cada instrumento, los niveles de presencia ausencia de las variables en estudio a partir de los puntos de corte establecidos, así como estadísticos de correlación y comparación entre variables dependientes y atributivas. Para ello, en primer lugar, se presenta información sobre la edad, sexo, religión, trabajo y el grado de la escolaridad.

6.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La población de estudio fueron jóvenes adolescentes del COBACH plantel 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, los instrumentos se aplicaron a 200 alumnos, quienes participaron de manera voluntaria.

En la tabla 1 se da a conocer la edad de los sujetos, del total de casos, 134 (67.0%) son escolares de 16 años, 55 (27.55) de 17 años, 8 (4.0%) de 18 y 3 (1.5) de 15 años de edad (tabla 1).

Tabla 1. Edad

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 15 | 3 | 1.5 |
| 16 | 134 | 67.0 |
| 17 | 55 | 27.5 |
| 18 | 8 | 4.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

De los casos, 103(51.5%) son escolares mujeres y 97(48.5) son escolares hombres (tabla 2).

Tabla 2. Sexo

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| Mujeres | 103 | 51.5 |
| Hombres | 97 | 48.5 |
| Total | 200 | 100.0 |

De los jóvenes encuestados, 131 (65.5%) son de religión católica, 36 (18.0%) no pertenecen a ninguna religión, 23 (11.5%) son religiosos cristianos, 6 (3.0%) pertenecen a la religión adventista y 4 (2.0%) profesan la religión agnóstica (tabla 3).

Tabla 3. Religión

| Religión | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| Católica | 131 | 65.5 |
| Cristiana | 23 | 11.5 |
| Adventista | 6 | 3.0 |
| Agnóstica | 4 | 2.0 |
| Ninguna | 36 | 18.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

Del total, 180 (90.0%) son escolares que no cuentan con un trabajo después de la escuela y 20 (10.05%) son alumnos que trabajan en las tardes después de la escuela (tabla 4).

Tabla 4. Aparte de estudiar trabaja

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Sí | 20 | 10.0 |
| No | 180 | 90.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

De los casos, 152 (76.0%) son estudiantes de cuarto semestre, 26 (13.0%), son escolares de tercer semestre y 22 (11.0%), jóvenes estudiantes de quinto semestre (tabla 5).

Tabla 5. Grado

| Grado | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Tercer semestre | 26 | 13.0 |
| Cuarto semestre | 152 | 76.0 |
| Quinto Semestre | 22 | 11.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

6.2 CONFIABILIDAD

La consistencia interna global de la Escala AUDIT arrojó un coeficiente alpha de Cronbach con un índice satisfactorio de .785, la EADG obtuvo un índice satisfactorio de .782 y la EAA un índice satisfactorio de .903 (tabla 6).

Tabla 6. Confiabilidad

| Escalas | Alfa de Cronbach | N de elementos |
|--------------|------------------|----------------|
| Escala AUDIT | .785 | 10 |
| EADG | .782 | 18 |
| EAA | .903 | 24 |

6.3 DATOS DESCRIPTIVOS

Para el AUDIT, se obtuvo una M= 1.63 y una DE= 2.97; para la EADG, una M=25.41 y una DE=3.80; y para la EAA una M=10.6 y una DE=13.7 (tabla 7).

Tabla 7. Datos descriptivos por instrumento

| Variable | Media | Desviación típ. |
|----------|---------|-----------------|
| AUDIT | 1.6300 | 2.97007 |
| EADG | 25.4175 | 3.80537 |
| EAA | 10.6505 | 13.72825 |

6.4 COMPARACIÓN ENTRE VARIABLES

Al aplicar el estadístico de T de Student, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la variable Sexo y la dimensión consumo de riesgo de alcohol del AUDIT, con una M= 1.02 para las mujeres y una M= 1.96 para los hombres (sig. = .003); entre la variable sexo y la dimensión consumo perjudicial del AUDIT, con una M=.3883 para las mujeres y una M=.9381 para los hombres (sig. =.004); entre la variable sexo y la suma total del AUDIT, con una M=1.63 para las mujeres y una M=3.28 para los hombres (sig.=.002); entre la variable sexo y la dimensión bulimia del EAA, con una M=2.05 para las mujeres y una M=.9381 para hombres (sig. =.005); entre la variable sexo y la dimensión dieta del EAA, con una M=2.26 para mujeres y una M= 1.35 para hombres (sig.=.042); entre la variable sexo y la dimensión preocupación del EAA, con una M=3.93 para mujeres y una M=2.65 para hombres (sig.=.049); por último, entre la variable sexo y la suma total del EAA, con una M=10.65 para las mujeres y una M=6.63 para los hombres (sig. =.010) (tabla 8).

Los datos confirman que el consumo de alcohol se presenta más en los hombres que las mujeres, similar a lo reportado por la ENA (2017), mientras que el INPRFM (2017) refiere que el consumo de alcohol se mantuvo estable en su prevalencia en el último año, pasando de 30% en 2011, a 28% en 2016, con 28.8% y 27.2% para hombres y mujeres respectivamente; asimismo la Ensanut (2018), expone que el consumo entre los hombres la proporción pasó de 67.8% en 2012, a 80.6% el año pasado, mientras que en las mujeres se elevó de 41.3% a 49.9%. de igual forma la ENCODAT (2017) menciona que la prevalencia del consumo de alcohol en población estudiantil de secundaria del estado de Chiapas, registró que el 29.6% consumió AV en la vida, de los cuales 32.3% fueron hombres y 26.7% son mujeres; si se comparan estas cifras con datos nacionales se observa por debajo de la media nacional en el consumo de hombres y mujeres; 40.7% vs 29.6% en datos generales, teniendo una diferencia de 11.1%; en el caso de los hombres se registró 41.9% vs 32.3% teniendo una diferencia de 9.6% y con el sexo femenino 39.7% vs 26.7% teniendo una diferencia de 12.7%; asimismo, en un estudio realizado en Chiapas sobre actitudes hacia el consumo de alcohol en adolescentes, se señala que la predisposición al consumo y la ingesta es más alta en los hombres que en las mujeres, independientemente del lugar de estudio (Ocaña, García, Cruz y Pérez, 2020)

En cuestión a las conductas alimentarias de riesgo, la bulimia, la dieta y la preocupación por la comida se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, similar a lo que menciona Bojórquez, Saucedo, Juárez y Unikel, (2013). Asimismo, en el estudio en estudiantes universitarios mexicanos, aproximadamente 7% de las mujeres y 4% los hombres presentaron CAR (Díaz de León-Vázquez, 2013; Saucedo, Molina & Unikel, 2010). En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 estimó una prevalencia de CAR de 0.8%. En población de 10-19 años, la incidencia fue 0.4% para hombres y 1.0% para mujeres (Barriguete *et al.*, 2009).

Tabla 8. Prueba T para muestras independientes en sexo

| Dimensión | Sexo | N | Media | DE | sig. Bilateral (Prueba T) |
|-----------|----------|-----|--------|---------|---------------------------|
| AUDIT | Femenino | 100 | 1.0200 | 1.84216 | .003 |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----|---------|----------|-------------|
| Consumo de riesgo de alcohol | Masculino | 95 | 1.9684 | 2.50723 | |
| AUDIT | Femenino | 103 | .3883 | 1.01202 | .004 |
| Consumo perjudicial de alcohol | Masculino | 97 | .9381 | 1.59957 | |
| AUDIT | Femenino | 100 | 1.6300 | 2.97007 | |
| Suma total | | | | | .002 |
| | Masculino | 95 | 3.2842 | 4.16843 | |
| EAA | Femenino | 103 | 2.0583 | 3.53089 | |
| Bulimia | | | | | .005 |
| | Masculino | 97 | .9381 | 1.63818 | |
| EAA | Femenino | 103 | 2.2621 | 3.64332 | |
| Dieta | | | | | .042 |
| | Masculino | 97 | 1.3505 | 2.53328 | |
| EAA | Femenino | 103 | 3.9320 | 5.47232 | |
| Preocupación | | | | | .049 |
| | Masculino | 97 | 2.6598 | 3.29737 | |
| EAA | Femenino | 103 | 10.6505 | 13.72825 | |
| Suma total | | | | | .010 |
| | Masculino | 97 | 6.6392 | 6.90891 | |

Por otra parte, al aplicar el estadístico T de Student, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la variable ocupación y la dimensión consumo de riesgo de alcohol del AUDIT, con una M= 2.73 para los que si trabajan después de estudiar y una M= 1.34 para los que no trabajan (sig. = .010); entre la variable ocupación y la dimensión síntomas de dependencia del AUDIT, con una M=.8500 para los que si trabajan después de estudiar y una M=.2111 para los que no trabajan (sig. =.000); asimismo entre la variable ocupación y sumatotal del AUDIT, con una M=4.26 para los que sí tienen trabajo después de estudiar y una M=2.23 para los que no trabajan (sig. =.023) (tabla 9). Esto refiere que el consumo de riesgo de alcohol y los síntomas de dependencia tienen mayor tendencia de presentarse con alumnos que trabajan después de estudiar, similar a los resultados referidos en el estudio de Mora y Natera(2001), en el cual el uso de bebidas alcohólicas es frecuente por influencia y aceptación social de su consumo. El problema del alcoholismo se puede estudiar desde tres tipos de condiciones: específicas, sociales y psicológicas. Las condiciones específicas corresponden al estudio del entorno laboral, en que tiene importancia el estrés físico derivado de la realización de trabajo físico riguroso o pesado, agotamiento por falta de descanso o reposición de energía, ritmo elevado de la actividad física, cansancio fisiológico del final de la jornada y malas condiciones de trabajo y de vida familiar. Ochoa y Madoz (2008) mencionan que los factores laborales que se consideran de riesgo para el consumo son: el trabajo a destajo y alto rendimiento, tareas rutinarias y

monótonas, insatisfacción en el trabajo, jornadas laborales prolongadas sin descansos, turnos cambiantes, largas ausencias de casa, cansancio intenso en el trabajo, compañeros laborales consumidores, trabajos dependientes de la relación social, disponibilidad en el medio laboral. El bajo ingreso familiar es una razón para que los jóvenes se inserten al mercado laboral a una edad temprana (Basu & Hoang Van, 1998), pero también los jóvenes decidirían trabajar para financiar el consumo persistente de algún bien, en este caso el alcohol (Mullahy & Sindelar, 1993).

Tabla 9. Prueba T para muestras independientes y la variable trabaja

| | Trabaja | N | Media | DE | Sig. Bilateral (Prueba T) |
|------------------------------------|---------|-----|--------|---------|---------------------------|
| AUDIT consumo de riesgo de alcohol | Sí | 19 | 2.7368 | 3.44548 | .010 |
| | No | 176 | 1.3466 | 2.03380 | |
| AUDIT síntomas de dependencia | Sí | 20 | .8500 | 1.69442 | .000 |
| | No | 180 | .2111 | .53887 | |
| AUDIT suma total | Sí | 19 | 4.2632 | 5.83897 | .023 |
| | No | 176 | 2.2386 | 3.34320 | |

6.5 COMPARACIÓN A PARTIR DE ANOVA DE UN SOLO FACTOR

Al aplicar Anova para la variable edad, así como la de religión respecto de las Escalas AUDIT, EADG y EAA no se aprecian diferencias estadísticamente significativas. Por otra parte, en la dimensión de depresión de EADG, hay diferencias significativas en adolescentes de 17 y 18 años (tabla 10). En México, los estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2004) demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida, y que 2.0 % de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. Similar a lo que reportó la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México (2009), en que 10.5 % de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II.

Tabla 10. ANOVA de un solo factor. Edad vs Dimensión Depresión

| Edad | N | Medias | Diferencia | | |
|------|----|---------|-------------|--------------|------|
| | | | medias(I-J) | Error típico | Sig. |
| 17 | 55 | 14.4364 | -.23030 | .28869 | 0.16 |
| 18 | 8 | 12.2500 | -2.41667 | .72580 | |

6.6 NIVELES DE ALCOHOLISMO, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

De acuerdo a los datos obtenidos en la muestra, los niveles de identificación de consumo de alcohol excesivo, se presenta en 21 de los alumnos evaluados, lo que representa el 10.6 %, ante dicha situación es importante desarrollar programas para que se atienda este tipo de problemática en los alumnos (tabla 11). Rubio (2015) menciona que para poder incidir en la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes es necesario trabajar en tres ámbitos. Por una parte, desarrollar programas de prevención que potencien las habilidades tanto de adolescentes como de sus progenitores; también sería necesario generar políticas protectoras y aplicar medidas tales como regular la disponibilidad de bebidas alcohólicas, reduciendo los puntos de venta, de horas o días de venta y aumentando el control de la accesibilidad al alcohol de los menores; cambios en la política económica fiscal, aumentando los impuestos sobre las bebidas alcohólicas y las multas por ventas o actividades inadecuadas, la regulación de la publicidad, reduciendo la misma asimismo controlando su contenido. En México, entre otras instituciones, los Centros de Integración Juvenil (CIJ 2019), desarrollan un programa donde el objetivo es promover ambientes preventivos que favorezcan el desarrollo saludable de niños, niñas o jóvenes, que les permita adquirir competencias para afrontar o reducir riesgos psicosociales y daños asociados al consumo de drogas.

Tabla 11. Nivel de alcoholismo (AUDIT)

| Presencia / Ausencia | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Ausencia de Consumo de alcohol | 174 | 87.0 | 89.2 | 89.2 |
| Presencia de Consumo de alcohol | 21 | 10.5 | 10.8 | 100.0 |
| Total | 195 | 97.5 | 100.0 | |
| No procesados | 5 | 2.5 | | |
| Total | 200 | 100.0 | | |

Del total de alumnos evaluados, se obtiene que 152 alumnos presenten síntomas de ansiedad, lo que representa el 76% del total, lo que indica una proporción de 3 de cada 4 estudiantes, número excesivamente alto si se considera la prevalencia de estudios sobre este tópico. Se calcula que entre 10 y 30 % de la población mundial padece o padecerá problemas de ansiedad de importancia suficiente como para requerir tratamiento (Baeza, 2014) Estos se encuentran entre los problemas mentales más comunes de la infancia y la adolescencia, y se estiman tasas de prevalencia entre 8,9 y 15,4 % (Tanja, Ulrike, Jürgen, 2007). Un estudio realizado en la Universidad Autónoma de Sinaloa, México (2013), obtuvo que 77.7% de los estudiantes universitarios participantes presentaron ansiedad nivel medio, y 48.8% presentaron disfunción. Los datos señalan que más de un 20% de los estudiantes sufren altos niveles de ansiedad frente a los exámenes y ven disminuido notablemente su rendimiento (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008). Ante ello, es necesario desarrollar programas que atiendan dicha problemática en los alumnos, estudios recientes apoyan la utilidad de las intervenciones preventivas de ansiedad en la escuela, obteniendo reducciones significativas en los síntomas de la ansiedad, tanto en el posttest como en el seguimiento (Neil y Christensen, 2009). En España el estudio de la viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela, concluye que contribuye moderadamente a disminuir la presencia de algunos de los factores de riesgo personales para el desarrollo de trastornos de ansiedad (Tortella-Feliu, Servera, Balle y Fullana, 2004). (tabla 12).

Tabla 12. Nivel de ansiedad (EADG)

| Presencia/ Ausencia | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|
|---------------------|------------|------------|------------|------------|

| | | válido | acumulado |
|-----------------------|-----|--------|-----------|
| Ausencia de ansiedad | 47 | 23.5 | 23.623.6 |
| Presencia de ansiedad | 152 | 76.0 | 76.4100.0 |
| Total | 199 | 99.5 | 100.0 |
| No procesados | 1 | .5 | |
| Total | 200 | 100.0 | |

Del total de alumnos evaluados, 152 presentan síntomas depresivos, lo que representa el 76%.lo que indica una proporción de 2 de cada 4 estudiantes, número excesivamente alto si se considera la prevalencia de estudios sobre este tópico. Según los resultados de la investigación Depresión en Adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva, elaborada por López (2017), Aproximadamente 15.6 por ciento de los 2 mil 292 estudiantes en edades que van de los 15 a los 19 años, de los cinco planteles de la escuela preparatoria de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), ubicadas en el Valle de Toluca, tienen o han padecido algún grado de depresión, (Gutiérrez *et al.*,2010) obtienen que la prevalencia para la depresión encontrada fue de 47.2% y la relación de esta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa, ante ello, es necesario desarrollar programas que atiendan dicha problemática en los alumnos, similar a lo que menciona Jarquiny Pérez (2014) prevenir la Depresión en esta etapa de la adolescencia es de mucha importancia no solo por los cambios generados en los diversos contextos educativos, familiares y sociales,también porque en la actualidad existen una mayor parte de adolescentes, que en el futuro propiciará tener una amplia población de adultos y adultos mayores. (tabla 13).

Tabla 13. Nivel de Depresión (EADG)

| Presencia/ ausencia | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Ausencia de depresión | 48 | 24.0 | 24.0 | 24.0 |
| Presencia de depresión | 152 | 76.0 | 76.0 | 100.0 |
| Total | 200 | 100.0 | 100.0 | |

Las conductas alimentarias de riesgo se presentan de manera relevante en 54 alumnos evaluados que representa el 27%, lo que indica una proporción de 1 de cada 4 estudiantes, Rivas, Bersabé y Castro (2001) realizaron un estudio con 1,555 adolescentes, demostrando que un 27.5% de esta población padece trastornos alimentarios, en una relación que va de cuatromujeres por cada hombre. Por su parte, Garandillas, Zorrilla, Sepúlveda y Muñoz (2004), en un estudio realizado con 1,534 alumnas adolescentes, reportaron que 3.4% mostraba un trastorno de la conducta alimentaria; la prevalencia de anorexia fue de 0.6%, de bulimia 0.6% y de casos incompletos 2.1%. Ante ello, es necesario desarrollar programas que atiendan dicha problemática en los alumnos. Portela, Costa, Mora y Raich (2012), señalan que la incidencia de la aparición de casos de Trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia parece ser mayor, porque lo que existe la necesidad implantar programas de prevención de estos casos en el aula. Una detección temprana de estos trastornos lleva a tener una adecuada evolución de la enfermedad. Asimismo, estudios presentados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2010), tienen interés en lograr para la población mundial una alimentación sana y balanceada teniendo en cuenta que los problemas con la conducta alimentaria son mucho más frecuentes y hacen parte de la realidad que se vive día a día en ambientes tanto familiares como escolares prácticamente cualquier edad, haciendo necesario instruir el conocimiento suficiente sobre el tema (tabla 14).

Tabla 14. Nivel de conductas alimentarias de riesgo (EAA)

| Presencia/ausencia | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Ausencia de conductas alimentarias | 146 | 73.0 | 73.0 | 73.0 |
| Presencia de conductas alimentarias de riesgo | | 5427.0 | 27.0 | 100.0 |
| Total | 200 | 100.0 | 100.0 | |

6.7 CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES

En este apartado, se presentan los índices de correlación de cada una de las dimensiones y sumas totales de cada una de las variables. Al aplicar la correlación bivariada de Pearson, existe correlación estadísticamente significativa, aunque baja entre la EADG suma total y la EAA suma total ($r=.324$); lo mismo entre las dimensiones Dependencia del AUDIT y Preocupación de la EAA ($r=.201^{**}$); entre la dimensión Ansiedad de la EADG y Preocupación de la EAA ($r=.230^{**}$); por otra parte, se encuentra correlación estadísticamente significativa baja entre la dimensión Ansiedad de la EADG y EAA suma total ($r=.248^{**}$), entre las dimensiones de Depresión de la EADG y la de Bulimia de la EAA ($r=.328^{**}$), entre la dimensión Depresión de la EADG y Preocupación de la EAA ($r=.294^{**}$), entre la dimensión Depresión de la EADG y la EAA suma total ($r=.312^{**}$); entre la EADG suma total y la dimensión Bulimia de la EAA ($r=.293^{**}$), entre la EADG suma total y la dimensión Preocupación de la EAA ($r=-.302^{**}$); finalmente, entre la EADG suma total y la dimensión Control de la EAA ($r=-.291^{**}$) (tabla 13).

Tabla 15. Correlación entre la EADG y EAA

| | AUDIT consumo | AUDIT dependencia | AUDIT perjudicial | AUDIT suma total | EADG ansiedad | EADG depresión | EADG suma total | EAA bulimia | EAA dieta | EAA preocupación | EAA control | EAA suma total |
|-------------------|---------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------|----------------|-----------------|-------------|-----------|------------------|-------------|----------------|
| AUDIT consumo | 1 | .634(**) | .546(**) | .940(**) | .042 | .016 | .033 | -.051 | .067 | .060 | .025 | .037 |
| AUDIT dependencia | | 1 | .309(**) | .705(**) | -.037 | -.040 | -.045 | .164(*) | .119 | .201(**) | .011 | .161(*) |
| AUDIT perjudicial | | | 1 | .765(**) | .000 | -.022 | -.014 | .028 | .148(*) | .168(*) | .026 | .126 |
| AUDIT suma total | | | | 1 | .016 | -.002 | .007 | .016 | .125 | .143(*) | .024 | .105 |

| | | | | | | | | |
|------------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| EADG ansiedad | 1 | .516(**) | .869(**) | .178(*) | .158(*) | .230(**) | .237(**) | .248(**) |
| EADG depresión | | 1 | .872(**) | .328(**) | -.129 | .294(**) | .265(**) | .312(**) |
| EADG suma total | | | 1 | .293(**) | .167(*) | .302(**) | .291(**) | .324(**) |
| EAA bulimia | | | | 1 | .581(**) | .721(**) | .419(**) | .829(**) |
| EAA dieta | | | | | 1 | .718(**) | .429(**) | .843(**) |
| EAA preocupación | | | | | | 1 | .396(**) | .906(**) |
| EAA control | | | | | | | 1 | .658(**) |
| EAA suma total | | | | | | | | 1 |

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

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como principal objetivo determinar la relación entre el consumo de alcohol, depresión, ansiedad y conductas alimentarias de riesgo utilizando una muestra de 200 alumnos, en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con edades que oscilan de los 15 a 18 años, esto a través del análisis de datos estadísticos por medio de correlación.

De acuerdo a los datos obtenidos, los adolescentes que tienden a presentar niveles de alcoholismo excesivo, es por tener una ocupación después de estudiar, algo similar plantea Ochoa y Madoz (2008), para quienes los factores laborales que se consideran de riesgo para el consumo son: el trabajo a destajo y alto rendimiento, tareas rutinarias y monótonas, insatisfacción en el trabajo, jornadas laborales prolongadas sin descansos, turnos cambiantes, largas ausencias de casa, cansancio intenso en el trabajo, compañeros laborales consumidores, trabajos dependientes de la relación social, disponibilidad en el medio laboral.

No obstante, a mayor nivel de ansiedad y depresión, existe mayor relación en la aparición de conductas alimentarias de riesgo. Aunque no se encuentra relación entre las variables alcoholismo y las conductas alimentarias de riesgo, es importante considerar otras variables para encontrar la relación entre ellas ya que esto no quiere decir que no tenga efectos sobre las conductas alimentarias, la ansiedad o incluso la depresión. En la presente investigación no se encontraron los elementos suficientes para poder aceptar la relación postulada en la hipótesis, situación que deberá profundizarse en futuras investigaciones.

Es importante mencionar que en los datos obtenidos las conductas alimentarias de riesgo son las mujeres más propensas a presentar dichas conductas, como lo menciona Bojórquez, Saucedo, Juárez y Unikel (2013) en el estudio en estudiantes universitarios mexicanos, en el que aproximadamente 7% de las mujeres y 4% los hombres presentaron CAR. La relación entre los TCA

y la depresión está referida en diversos estudios. La controversia se centra en una cuestión predictiva. Es decir que, mientras algunos autores afirman que la Depresión genera TCA (Cooley & Toray, 2001; Stice, 2001), otros sostienen la hipótesis inversa (Heatherton &

Polivy, 1992; Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor, 2000; Stice & Bearman, 2001) y un tercer grupo (Zaider, Johnson & Cockell, 2002) afirma que las asociaciones se deben a que los mecanismos intervinientes tales como el duelo patológico, la desmentida como defensa hegemónica, los sentimientos de ineficacia y la baja autoestima -entre otros- son compartidos por ambas patologías.

En teorías que giran en torno a la depresión o la desesperanza, se ha planteado que en estos trastornos existe una relación entre desesperanza y descontrol, equivalente a la relación existente entre déficit de autoestima y acto (Zukerfeld, 1992). De este modo, se establece un circuito donde cada “acto” impulsivo, por ejemplo, un atracón, incrementa la desesperanza y ésta a su vez, recrea situaciones de baja autoestima, cuyo resultado es un nuevo acto.

Los modelos cognitivos conductuales utilizados en la explicación de las alteraciones alimentarias enfatizan el papel de ciertas cogniciones, emociones y conductas. Entre las emociones mencionadas cobra especial relevancia la ansiedad (Lock, Reisel y Steiner, 2001), cuyo papel en los trastornos alimentarios ha estado centrada fundamentalmente en tres líneas de investigación: la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos de ansiedad (Godart, Flament, Perdereau & Jeammet, (2002); Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich & Masters, (2004); Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, (2007); la relación entre la ansiedad y otras variables importantes en las patologías alimentarias (factores de riesgo), como la insatisfacción con la imagen corporal o el perfeccionismo.

Existe correlación estadísticamente significativa, aunque baja, entre los niveles de Ansiedad y Depresión y las de conductas alimentarias de Riesgo.

Por otra parte, no existen diferencias significativas en relación a la edad y la religión. En cambio, entre aquellos quienes sí trabajan y quienes no, se encuentra una diferencia significativa, lo que sugiere que aquellos estudiantes quienes sí trabajan presentan síntomas pertenecientes a las dimensiones mencionadas respecto a quienes no. coinciden con los hallazgos de Virtanem (2011) quien plantea que largas horas de trabajo puede ser un factor de riesgo para desencadenar ansiedad y/o depresión.

El estudio en cuestión busca ser de utilidad para futuras investigaciones, así como para facilitar la creación de nuevos proyectos que indiquen la relación entre el alcoholismo, la ansiedad, depresión y las conductas alimentarias de riesgo en los adolescentes; no obstante, el mismo cuenta con diversas limitantes, como el que la muestra obtenida evalúa a una población pequeña solo se toman en cuenta variables como sexo, edad, escolaridad, trabajo, religión sin considerar otros factores relacionados como consumo de alguna otra sustancia, pensamiento suicida, la situación que se encuentran con la familia, entre otras; asimismo, no se mantiene una evaluación longitudinal, ni se toman en cuenta a estudiantes de otros grados, ni las generaciones egresadas o en proceso de egreso.

REFERENCIAS

- Ahumada, J., Gámez, E., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximbai*, Vol. 13 núm. 2, julio-diciembre, pp. 13-24 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Ahumada, J., Gámez, E., & Valdez, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximbai*, julio-diciembre, 13(2), 13-24 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>
- Almudena, A., (2009) Depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, núm. 84, Marzo, pp. 85-100 Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Amezcu Palacios, R. (2014). Jóvenes, alcohol y riesgo: una mirada crítica desde las teorías socioculturales. *Index Enferm*, vol.23 no.3. julio-septiembre, pp. 62-68 Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200007
- Anzar, A, (2014) Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescents. *Rev. De psicología clínica con niños y adolescente*. Vol. 1. Núm. 1 - pp 53-60. Recuperadode: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_06.pdf
- Babor, T, Higgins-Biddle, C, Saunders, J, Monteiro, M, (2000) Cuestionario de identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *Geberalitat Valenciana*. Vol.95 núm.5,pp. 677-686 recuperado de: [AUDITmanualSpanish.pdf](#)
- Babín, F, (2017) *Informe 2017 del observatorio español de la drogas y adicciones*. Madrid España. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
- Borges G. (2018) *Estudios sobre ansiedad y depresión*. (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/46763/1/T39658.pdf>
- Caldera, I et al (2019) Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Rev. Mexicana de trastornos alimentarios*. vol. 10 n.1 pp. 22-31 recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/trastornos/mta-2019/mta191c.pdf>
- Calvillo, P. (16 de enero de 2019). Jóvenes inician a tomar alcohol desde antes de los 17 años. *El sol de san Luis*, Pp. 3-10 recuperado de:

<https://www.elsoldesanluis.com.mx/local/jovenes-inician-a-tomar-alcohol-desde-antes-de-los-17-anos-2929721.html>

Cárdenas, E. M., Feria M, Palacios L, de la Peña F. (2010.) *Guía clínica de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México:

Instituto Nacional de Psiquiatría. México, D.F. Recuperado de:

http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf

Carbunell, M., Díaz, R, (2015) Valor diagnóstico de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. *Univ. Psicol*, Bogotá Colombia: vol.15 núm. 1, septiembre pág. 177-199.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a14.pdf>

Carrillo S. (SN) Un estudio sobre ansiedad, *Avances coordinación de investigación*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Ciudad Juárez, Chihuahua, México recuperado de:

<http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>

Centros de integración juvenil (26 de abril 2019) Programa preventivo. Gobierno de México.

Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/cij/acciones-y-programas/programa-de-prevencion-117990>

Constaín, G, Ramírez, Carmenza, et al. (2014) validez y utilidad diagnostica de escala EAT-26 para la evaluación de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en la población de Medellín Colombia. *Elsevier España*, vol. 46, núm. 6, abril, pp. 283-289 Recuperado de:

[file:///C:/Users/Asunci%C3%B3n/Downloads/Constain-2014-Validez-y-utilidad-diagnostica-de-1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Asunci%C3%B3n/Downloads/Constain-2014-Validez-y-utilidad-diagnostica-de-1%20(2).pdf)

Correa, C, Moreno, A, Rodríguez, A, (2020) Diseño de una estrategia pedagógica para identificar factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria. (Tesis)

Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. Recuperado de:

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18280/2/2020_estrategia_pedagogica_TCA.pdf

Fernández, J, (2018) Propuesta de intervención: programa de prevención de trastornos de conducta alimentaria en el aula. (Tesis maestría) máster universitario en psicología

general sanitaria, España. Recuperado de:

http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177312/TFM_2018_FernandezGutierrez_JuanaMaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Figueroa, A., García, O, Revilla, A., Villareal A., Caballero L. (2010). Modelo estético conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, vol. 48, núm. 1, 2010, pp. 31-38. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745506006.pdf>
- Flores, C, et al (2013) Prevalencia de Alcoholismo en Trabajadores de la Industria del Cuero-Calzado y su Asociación con el Nivel de Desestrés. *Cienc Trab. (online)*. vol.15, n.47. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492013000200006
- Flores, H. (20 de mayo de 2019). Crece consumo de alcohol en jóvenes. *Cuarto Poder*, p. 1 Recuperado de: <https://www.cuartopoder.mx/chiapas/crececonsumodealcoholentrejovenes/202980>
- Galiano, M, Castellanos, L, Moreno, T, (2016) Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Rev. Cubana de Pediatría*. Vol.88 núm.2 pp.195-204. recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2016/cup162h.pdf>
- Gandarillas, A., Zorrilla, B., Sepúlveda, A. y Muñoz, P. (2004). Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública, 85. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Recuperado de:
- Garibay D. (2009) *Procesos cognitivos en pacientes con depresión: efecto del tratamiento con antidepresivos*, Tesis para el grado de Maestría, Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Biológicas, Guadalajara, Jalisco, recuperado de: http://biblioteca.cucba.udg.mx:8080/xmli/bitstream/handle/123456789/4855/Garibay_Duenas_Rebeca_Maycell.pdf?sequence=1
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Bautista Lucio, P.(2014) *Metodología de la investigación* (6ª edición). México D.F: Mac Graw Hill Education.
- Ibáñez, A, Barraza, A, González, D (2018) Depresión y rendimiento académico en los alumnos del colegio de estudios científicos y tecnológicos del estado de Durango. *Praxis investigativa redie*. Vol. 11 núm.20 Pp. 36-44. Recuperado de: <file:///C:/Users/Asunci%C3%B3n/Downloads/DialnetDepresionYRendimientoAcademicoEnLosAlumnosDelColeg-6951588.pdf>

- López, M, Gonzales, I, López, A, Palos, P, Oudhof, H (2012) Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, vol. 35, núm. Pp. 37-43, enero- febrero. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58223290006.pdf>
- Lopera A, Jaramillo C, Montaña W, Botina, S, (2015) Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial. *Fundación Universitaria Luis Amigó*. Medellín, Colombia. Recuperado de: https://fundacionamigo.org/wp-content/uploads/2016/04/books_gratis-Prevencion-Tratamiento-Adicciones-Psicosocial.pdf
- Mata, M, (12 de abril 2019) Con depresión, 15.6% de los estudiantes de prepa en UAEM. El milenio. Recuperado de: <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/depresion-15-6-estudiantes-prepa-uaem>
- Mendiburu, C, et. al (2019) Estudio comparativo niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en estudiantes universitarios de Argentina-México. *Revista Odontológica Mexicana* Vol. 23, Núm. 2 Pp. 85-96. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2019/uo192d.pdf>
- Mora-Ríos J, Natera G. (2001) Expectativa, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública Méx.* Vol.43. núm.2 pp. 89-96. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200002
- Muñoz, C, Ramírez, L, Sagarduy, J, (2015) Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, vol. 38, núm. 3, mayo-junio, pp. 201-208 Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n3/0185-3325-sm-38-03-00201.pdf>
- Muñoz, C, Ramírez, L, Sagarduy, J, (2015) Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, vol. 38, núm. 3, mayo-junio, pp. 201-208 Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n3/0185-3325-sm-38-03-00201.pdf>
- Murakami, I, (9 de diciembre de 2019) Crece el consumo de alcohol en México; conoce los estados donde más se toma. *Informador.mx*. Recuperado de:

<https://www.informador.mx/mexico/Crece-el-consumo-de-alcohol-en-Mexico-conoce-los-estados-donde-mas-se-toma-20191209-0103.html>

- Naveillan F. (1981) *sobre el concepto de alcoholismo*. Profesor de Salud Mental. Escuela de Salud Mental. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17162/v91n4p340.pdf?sequence=1>
- Ocaña Z., J., García L., G.A., Cruz P., Ó. y Pérez J., C.E. (2020). Actitudes hacia el consumo de alcohol en adolescentes chiapanecos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol.2 núm.1, pp. 84-96. Recuperado de: <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/92/72>
- Ochoa E, Madoz A.(2008) Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Med Segur Trab*. Vol.54 núm. 213 pp25-32. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003
- OMS (2018 de septiembre) *Alcohol*, México. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS (2020 de enero) *depresión*, México. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS (2019) *Desarrollo en la adolescencia*. México. Recuperado de: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Palacios D., (2012) Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, vol. 20, núm. 1, enero-junio, pp. 29-39 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623004.pdf>
- Pinto, C, (2018) *Hábitos alimenticios de riesgo en adolescentes de 11 a 17 años de la I.E. Villa Los Reyes Ventanilla Región Callao 2018*, (tesis) universidad César vallejo, Lima-Perú, Recuperadode : https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18178/Pinto_ECP.pdf?sequence=1&isAllowe
- Radilla, C, et. al (2015) Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricio en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de nutrición comunitaria*. Vol. 21 (1) pp. 15-21. Recuperado de <https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/web%20renc%202015-1-art%203.pdf>

- Redacción el milenio (10 de octubre 2019) un proyecto de prevención de consumo de alcohol en adolescente. *el milenio*. Recuperado de: <https://elmilenio.info/2019/10/10/un-proyecto-de-prevencion-de-consumo-de-alcohol-en-adolescentes/>
- Rodríguez, A, (2017) *Trastornos de la conducta alimentaria: estudio de variables clínicas y propuesta de una tipología* (Tesis doctoral). Universidad complutense de Madrid España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46697/1/T39643.pdf>
- Secretaria de salud pública (2016) *Aumenta el consumo de alcohol en los jóvenes*. México, D.F Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes>
- Sierra, D, Ortega, V, Zubeidat, I (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev. Mal-Estar Subj.* Vol. 3 núm.1, marzo, p. 1. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Suárez, J, Caamaal, C, (2021) El efecto del consumo de alcohol sobre el trabajo adolescente en México. *Estud. demogr. urbanos* [online]. 2021, vol.36, n.1, pp.225-253. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102021000100225
- Tordera, Baños R. (2007) Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Cadernos de Psicopedagogía*, vol. 6, núm. 11, Abril, p. 1 Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-10492007000100004
- Tuja, A, (2018) *Ansiedad y estrés* .(tesis) universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango. Recuperado de: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Baran-Andrea.pdf>
- Veytia LM, González A, Andrade PP, et al. (2012) Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, Vol. 35, núm. 1, enero-febrero, pp. 37-41 Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam121f.pdf>
- Virtanen, M., Ferrie, J., Singh-Manoux, A., Shipley, M. (2011) Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *Revista Psychological Medicine.*, vol. 3, núm. 1, págs. 1-10. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095591/>.



Universidad de ciencias y artes de Chiapas

Facultad de ciencias humanas y sociales

Folio: _____

Test AUDIT

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Grado: _____ Religión: _____ Aparte de estudiar trabaja: _____
 Fecha: _____

Instrucciones: lea las preguntas cuidadosamente y subraya la respuesta con la que más se identifique.

| | | |
|---|---|--|
| <p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(1) Nunca (2) 1 o menos veces al mes (3) 2 ó 4 veces al mes (4) 2 ó 3 veces a la semana (5) 4 ó más veces a la semana</p> | <p>2. ¿cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?</p> <p>(0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más</p> | <p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?</p> <p>(1) Nunca (2) Menos de 1 vez al mes (3) Mensualmente (4) Semanalmente (5) A diario o casi a diario</p> |
| <p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez habiendo empezado?</p> <p>(1) Nunca (2) Menos de 1 vez al mes (3) Mensualmente (4) Semanalmente (5) A diario o casi a diario</p> | <p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p> | <p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(1) Nunca (2) Menos de 1 vez al mes (3) Mensualmente (4) Semanalmente (5) A diario o casi a diario</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de 1 vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> | <p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de 1 vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p> | <p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, en el último año.</p> |
| <p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) Sí, en el último año.</p> | | |



Universidad de ciencias y artes de Chiapas

Facultad de ciencias humanas y sociales

Folio: _____

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Grado: _____ Religión: _____ Aparte de estudiar trabaja: _____ Fecha: _____

Instrucciones: lea las siguientes preguntas y maque (x) la respuesta con la que más se identifique.

| SUBESCALA DE ANSIEDAD | | | |
|---|----|----|--|
| | Si | No | |
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | | | |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? | | | |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable? | | | |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | | | |
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | | | |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca | | | |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | | | |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? | | | |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | | | |
| SUBESCALA DEPRESIÓN | | | |
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía? | | | |
| 2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? | | | |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? | | | |
| 4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? | | | |
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | | | |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | | | |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | | | |
| 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? | | | |

| | | |
|--|--|--|
| 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | | |
| SUBESCALA DE ANSIEDAD | | |
| 10. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | | |
| 11. ¿Ha estado muy preocupado por algo? | | |
| 12. ¿Se ha sentido muy irritable? | | |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | | |
| 14. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | | |
| 15. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | | |
| 16. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | | |
| 17. ¿Ha estado preocupado por su salud? | | |
| 18. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | | |
| SUBESCALA DE DEPRESIÓN | | |
| 10. ¿Se ha sentido con poca energía? | | |
| 11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? | | |
| 12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? | | |
| 13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? | | |
| 14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | | |
| 15. ¿Ha perdido peso? | | |
| 16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | | |
| 17. ¿Se ha sentido usted enlentecido? | | |
| 18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | | |



Universidad de ciencias y artes de Chiapas

Facultad de ciencias humanas y sociales

Folio: _____

Test EATING 26 (Actitudes hacia la alimentación)

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Grado: _____ Religión: _____ Aparte de estudiar trabaja: _____
 Fecha: _____

La información que usted presente será estrictamente confidencial.

Instrucciones: Ponga una marca (x) en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

| | Siempre | Muy a menudo | A menudo | Algunas veces | Raramente | Nunca |
|---|---------|--------------|----------|---------------|-----------|-------|
| 1. Me da mucho miedo pensar demasiado en comida | | | | | | |
| 2. Procuero no comer, aunque tengahambre | | | | | | |
| 3. Me preocupo mucho por la comida | | | | | | |
| 4. A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de comer | | | | | | |
| 5. Corto mis alimentos en trozos pequeños | | | | | | |
| 6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como | | | | | | |
| 7. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.) | | | | | | |
| 8. Noto que los demás preferirían yo comiese más | | | | | | |
| 9. Vomito después de haber comido | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 10. Me siento muy culpable después de comer | | | | | | |
| 11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a | | | | | | |
| 12. Hago mucho ejercicio para quemar calorías | | | | | | |
| 13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a | | | | | | |
| 14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo | | | | | | |
| 15. Tardo en comer más que las otras personas | | | | | | |
| 16. Procuro no comer alimentos con azúcar | | | | | | |
| 17. Como alimentos de régimen | | | | | | |
| 18. Siento que los alimentos controlan mi vida | | | | | | |
| 19. Me controlo en las comidas | | | | | | |
| 20. Noto que los demás me presionan para que coma | | | | | | |
| 21. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome de la comida | | | | | | |
| 22. Me siento incómodo/a después de comer | | | | | | |
| 23. Me comprometo a hacer dieta | | | | | | |
| 24. Me gusta sentir el estómago vacío | | | | | | |
| 25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas | | | | | | |
| 26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas | | | | | | |