

Ansiedad y conductas de riesgo de trastornos alimentarios

Anxiety and risk behaviors of eating disorders

Loruhama Quevedo, Lcda¹, Nadia Reyna, MgSc^{1,3}, Valmore Bermúdez, MD, MgSc, MPH, PhD²

¹Cursante del Máster de Obesidad. Universidad de Alcalá de Henares, España. Director: Dn. Melchor Álvarez de Mon Soto, MD, PhD.

²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez" Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Venezuela.

³Cursante del Máster en Endocrinología Avanzada. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid – España. Director: Dn. Melchor Álvarez de Mon Soto, MD, PhD.

Recibido: 20/01/2013

Aceptado: 23/03/2013

RESUMEN

Objetivo: Identificar niveles de ansiedad y su relación con aparición de conductas de riesgo de trastornos alimentarios

Metodología: Se realizó un estudio transversal en 79 estudiantes asignados al azar con un rango de edad entre 21 y 32 años, se realizó evaluación antropométrica, los participantes contestaron de manera confidencial los instrumentos psicométricos de evaluación; inventario de ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), cuestionario sobre insatisfacción corporal (BSQ), y test de actitud alimentaria (EAT 26) con el fin de evaluar nivel de ansiedad, y presencia de sintomatología relacionada con trastornos de la conducta alimentaria. Resultados: De la muestra estudiada 17,72% estudiantes del grupo masculino y 37,97% del grupo femenino presentaron un diagnóstico nutricional normal, mientras que 10,12% estudiantes del grupo masculino y 29,11% del grupo femenino presentaron sobrepeso y solo 1,26% del grupo masculino y 3,79% del grupo femenino presentaron obesidad. El Índice de masa corporal tuvo un comportamiento de $24,68 \pm 0,99$ y $24,77 \pm 0,57$ en el grupo masculino y femenino respectivamente, el grupo femenino demostró mayor frecuencia de ansiedad de nivel medio y alto en comparación con el grupo masculino mostrando un comportamiento significativo en ambos factores (factor ansiedad rasgo $p=0,007$); (factor ansiedad estado $p=0,013$) y mostrando diferencias significativas entre sexo $p=0,000$, $p=0,05$. Conclusión: El presente estudio demostró que el 55,6% de los estudiantes presentaron un estado nutricional normal, mientras que la frecuencia y los niveles de ansiedad fueron mayores en las mujeres en comparación con los hombres sin presencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios.

SUMMARY

Objective: To identify levels of anxiety and its relationship with occurrence of risk behaviors eating disorders.

Methodology: A cross-sectional study was conducted in 79 randomly assigned students with an age range between 21 and 32, anthropometric assessment was performed, participants answered confidentially psychometric assessment instruments; Trait Anxiety Inventory-State (STAII) questionnaire on body dissatisfaction (BSQ), and eating attitudes test (EAT 26) in order to assess the level of anxiety, and presence of symptoms related to eating disorder. Results: In the sample studied male students 17.72% 37.97% group and the female group had a normal nutritional diagnosis, while male students 10.12% and 29.11% group of women were overweight and only group 1.26% from 3.79% male group and female group had obesity. The BMI had a behavior of 24.68 ± 0.99 and 24.77 ± 0.57 in the male group and female respectively, the female group showed higher frequency of anxiety medium and high level compared with the group Male showing significant behavior in both factors (trait anxiety factor $p = 0.007$); (State anxiety factor $p = 0.013$) and showing significant differences between sex $p = 0.000$, $p = 0.05$. Conclusion: This study showed that 55.6% of students had a normal nutritional status, while the frequency and anxiety levels were higher in women compared to men without the presence of risk behaviors eating disorders.

Keywords: Nutritional status, anxiety, physical appearance, eating behavior

INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud, no se ha adoptado una única definición sobre el concepto de ansiedad, empleándose sinónimos tales como: angustia, estrés y temor entre otros. Investigadores definen la ansiedad como la emoción más frecuente experimentada por el ser humano, siendo una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional acompañada de sintomatología.

La ansiedad puede ser positiva de tipo aguda o adaptativa o negativa de tipo crónica o patológica. La positiva ayuda al individuo a adaptarse y resolver situaciones puntuales, moviliza el cuerpo para tomar las medidas convenientes según el caso y la naturaleza del riesgo o del peligro bien sea huir, atacar, neutralizar, afrontar o adaptarse. Es normal y no representa ningún problema para la salud. Una vez que la situación termine, la ansiedad desaparece, el problema ocurre cuando la ansiedad se sale de control, es desproporcionada al estímulo o persiste en el tiempo, porque trae consecuencias negativas a la salud física y emocional. Cuando el individuo se siente constantemente amenazado y con temor, se ingresa al mundo de la ansiedad negativa, crónica o patológica que lleva a padecer diversas enfermedades como trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, entre otras¹ siendo esta última motivo de estudio en la presente investigación.

Algunos autores consideran a los factores psicológicos como causantes de desórdenes alimentarios, mientras que otros, como Jiménez y Borjau la suponen como una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso^{2,3}. Se considera que aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal⁴.

En este sentido los trastornos de la conducta alimentaria están vinculados a una percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, así como a la insatisfacción corporal⁵. La importancia del estudio de la insatisfacción corporal se debe a que una reciente investigación ha confirmado que las alteraciones de la imagen corporal tienen una participación causal en el trastorno alimentario, en lugar de ser secundarias a él^{6,7}.

La presencia de conductas alimentarias inapropiadas ha sido reportada desde hace varios siglos en culturas antiguas y su frecuencia ha mostrado algunas variaciones a lo largo de la historia^{7,8}. Sin embargo, la motivación espiritual comúnmente descrita en las culturas antiguas⁹ contrasta con el deseo de delgadez que en la actualidad está presente en la mayoría de las personas que realizan conductas alimentarias no saludables.

Uno de los principales factores que han ejercido un papel importante en la interiorización del modelo de delgadez como sinónimo de belleza, libertad, control sobre sí mismo y éxito, son las influencias socioculturales¹⁰. La cultura en la que actualmente vivimos ha promovido la del-

gadez de tal forma que una cantidad importante de personas, principalmente jóvenes y adolescentes, presentan marcada insatisfacción con la forma de su cuerpo y su peso^{11,12,13}. Esta situación desencadena una serie de comportamientos inadecuados relacionados con la alimentación y el peso corporal, comportamientos que representan un riesgo para el desarrollo de algún trastorno del comportamiento alimentario (TCA) descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (APA, por sus siglas en inglés, 2000).

Durante mucho tiempo se consideró que los TCA o su sintomatología sólo se presentaban en personas de estratos socioeconómicos altos y en sociedades occidentalizadas e industrializadas¹⁴, otras investigaciones sugirieron que estas psicopatologías se desarrollaban predominantemente en personas blancas^{15,16}. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que también ocurren en un amplio rango de grupos étnicos y culturales, se distribuyen en los diferentes estratos socioeconómicos, así como en países poco industrializados u orientales¹⁷. En las últimas décadas se ha registrado un incremento de los TCA o su sintomatología en países europeos¹⁸, alcanzando cifras equiparables con las de Estados Unidos. Por lo anteriormente mencionado la finalidad de este estudio se centra en identificar niveles de ansiedad y su relación con aparición de conductas de riesgo de trastornos alimentarios en una población universitaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Selección de la muestra

El estudio se realizó con estudiantes del octavo año de la escuela de psicología de la Universidad Rafael Urdaneta donde se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple y se seleccionaron 79 estudiantes (23 masculinos y 56 femeninos) respectivamente.

Antropometría

Se midió el peso corporal utilizando una balanza digital (omron modelo HBF-5168, Tokio, Japón) el cual midió peso corporal, porcentaje de grasa, tejido magro, la estatura se midió con un tallímetro (seca, modelo 222), las personas se pesaron ligeras de ropa, sin calzado y ubicándolos según el plano de Frankfort. Luego se determinó el índice de masa corporal según la fórmula de Quetelet.

Descripción de Instrumentos Psicométricos

Todos los participantes contestaron de manera confidencial los instrumentos psicométricos ansiedad rasgo-estado (IDARE) para identificar frecuencia y niveles de ansiedad, cuestionario de la figura corporal (BSQ) para evaluar la insatisfacción con la imagen y el peso corporal y test de actitudes alimentarias (EAT-26) para detectar síntomas de conductas de riesgo de trastornos alimentarios.

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) es un instrumento que intenta cuantificar los fenómenos de ansiedad. La construcción de la escala se inició en 1964 en Estados Unidos de Norteamérica por Spielberger Goursu-

ch¹⁹, para utilizarse principalmente en investigación con la meta de desarrollar una prueba que tuviera medidas objetivas de autoevaluación, consta de dos cuestionarios de 20 reactivos cada uno destinados a medir ansiedad-rasgo y ansiedad-estado respectivamente, en cuya redacción se utiliza la sintomatología más característica de la ansiedad. Los sujetos contestaron cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala cualitativa de cuatro dimensiones. En la escala Ansiedad-Estado son: 1. No en lo absoluto; 2. Un poco; 3. Bastante y 4. Mucho; y en la escala Ansiedad-Rasgo son: 1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre. Cada respuesta tiene una puntuación de 1 a 4.

La calificación se hizo por medio de una plantilla que presenta los valores correspondientes a la respuesta de cada reactivo, donde el nivel de ansiedad es bajo (< 30), medio (30-44), alto (>45).

A su vez este instrumento define la ansiedad de la siguiente manera:

Ansiedad –Rasgo. Son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

Ansiedad-Estado. Una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva, conscientemente percibidos, y por un aumento de actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo²⁰.

Cuestionario de la figura corporal (BSQ Body Shape Questionnaire), de Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1986). Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta que van de nunca a siempre; evalúa la insatisfacción con la imagen y el peso corporal y su punto de corte es > 105. Este instrumento evalúa la presencia de preocupación e insatisfacción con la imagen corporal. Fue creado y validado en población inglesa con trastorno del comportamiento alimentario y estudiantes por Cooper, Taylor, Coopery Fairburn en 1987²¹. Ha sido validado en población española por Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater en 1996, Raich²².

Test de actitudes alimentaria (EAT 26 Eating Attitudes Test), Se agrupo en 3 factores: El factor 1 Dieta (13 preguntas, con un puntaje máximo de 39 puntos). Se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a). El factor 2 Bulimia y preocupación por la comida (06 preguntas con un puntaje máximo de 18 puntos) refleja pensamientos sobre la comida e indicadores marcados de bulimia, y el factor 3 control oral (7 preguntas, con un puntaje máximo de 21 puntos) está relacionado con el autocontrol en el comer y en el percibir presión de otros por aumentar de peso. Sus puntajes oscilan de 0 a 78 puntos, en donde mayor puntaje implica mayor riesgo, la obtención de un puntaje total

igual o superior a 20 se asocia a la presencia de actitudes y conductas de riesgo de un desorden alimentario. Tiene por objetivo identificar, a través del auto reporte, síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Es considerado una de las pruebas estandarizadas más utilizadas en el ámbito de los trastornos alimentarios, ya que posee altos índices de confiabilidad y validez²³.

Analisis Estadistico.

Los análisis se realizaron en el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS para Windows v20 con un nivel de confianza de 95%. Para la realización del análisis se utilizaron las medidas de tendencia central y dispersión (media y error estándar). Por otra parte se comprobó la distribución normal de las variables, para estudiar normalidad o no en la distribución de las variables cuantitativas se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Aquellas variables con distribución no normal fueron sometidas a transformación logarítmica para su normalización. Las diferencias de las medias fueron analizadas mediante una prueba T de muestras independientes y las variables dicotómicas se evaluaron mediante el chi cuadrado. Además se determinaron las correlaciones de las variables mediante el coeficiente de correlación Spearman, considerando significativos los valores de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra estudiada

La muestra estudiada estuvo constituida por 56 estudiantes del grupo femenino y 23 del grupo masculino de los cuales 17,72% estudiantes del grupo masculino y 37,97% del grupo femenino presentaron un diagnóstico nutricional normal, mientras que 10,12% estudiantes del grupo masculino y 29,11% del grupo femenino presentaron sobrepeso y solo 1,26% del grupo masculino y 3,79% del grupo femenino presentaron obesidad tal como se observa en la tabla I. El Índice de masa corporal tuvo un comportamiento de $24,68 \pm 0,99$ y $24,77 \pm 0,57$ en el grupo masculino y femenino respectivamente, el porcentaje de grasa corporal en el género masculino obtuvo un promedio de 19,5% considerándose este valor dentro de los límites saludables y 35,3% para el género femenino considerándose alto en grasa según la OMS.

Tabla I. Distribución de la muestra estudiada y estado nutricional

	Sexo		Total
	M	F	
IMC clasificación	Normal	14	30
	Sobrepeso	8	23
	Obesidad	1	3
Total		23	56
			79

El Índice de masa corporal tuvo un comportamiento de $24,68 \pm 0,99$ y $24,77 \pm 0,57$ en grupo masculino y femenino respectivamente.

Variables antropométricas y grupos etarios

La muestra fue dividida según el nivel de IMC (normal, sobrepeso y obesidad) y grupos etarios (menores de 24 años y mayores de 25 años). No hubo diferencia significativa entre grupos etarios y clasificación de IMC.

Frecuencia y nivel de ansiedad

El grupo femenino demostró mayor frecuencia de ansiedad tanto en el factor de ansiedad como estado ($p=0,05$) y ansiedad como rasgo ($P=0,000$), en comparación con el grupo masculino, mostrando un comportamiento significativo en ambos factores. € Diferencia significativa ($p=0,013$) £ Diferencia significativa ($p=0,007$) tal como se muestra en la tabla II. La ansiedad como estado fue de nivel medio siendo mayor en el grupo femenino en comparación con el grupo masculino, mostrando diferencias significativas entre sexo $p=0,05$ tal como se observa en la tabla III. La ansiedad como rasgo fue de nivel alto siendo mayor en el grupo femenino en comparación con el grupo masculino, mostrando diferencias significativas entre sexo $p=0,000$ (Tabla IV). No se observó diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad rasgo - estado e índice de masa corporal.

Cuestionario de la figura corporal (BSQ Body Shape Questionnaire) y Test de actitudes alimentaria (EAT 26 Eating Attitudes Test)

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores sumatorios de BSQ y EAT 26 de acuerdo a sexo y grupos etarios. Igualmente no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones factor dieta, factor bulimia y factor oral por sexo.

Tabla II. Frecuencia de ansiedad por factor estado y rasgo

	Ansiedad estado €	Ansiedad rasgo £
Masculino	35,48	38,43
Femenino	41,30	44,98

El grupo femenino demostró mayor frecuencia de ansiedad tanto en el factor de ansiedad como estado ($p=0,05$) y ansiedad como rasgo ($P=0,000$), en comparación con el grupo masculino, mostrando un comportamiento significativo en ambos factores. € Diferencia significativa ($p=0,013$) £ Diferencia significativa ($p=0,007$)

Tabla III Niveles de ansiedad como estado y sexo.

		Sexo		Total
		M	F	
Ansiedad como estado	Bajo	5	6	11
	Medio	14	29	43
	Alto	4	21	25
Total		23	56	79

La ansiedad como estado fue de nivel medio siendo mayor en el grupo femenino en comparación con el grupo masculino, mostrando diferencias significativas entre sexo $p=0,05$.

Tabla IV. Niveles de ansiedad como rasgo y sexo

		Sexo		Total
		M	F	
Ansiedad como rasgo	Bajo	6	3	9
	Medio	12	18	30
	Alto	5	35	40
Total		23	56	79

La ansiedad como rasgo fue de nivel alto siendo mayor en el grupo femenino en comparación con el grupo masculino, mostrando diferencias significativas entre sexo $p=0,000$

DISCUSIÓN

En el presente estudio el grupo femenino demostró mayor frecuencia de ansiedad de nivel medio en el factor de ansiedad como estado ($p=0,05$) y nivel alto en el factor ansiedad como rasgo ($P=0,000$), en comparación con el grupo masculino, mostrando un comportamiento significativo.

Al igual que lo reportado por Murphy et al., la variable edad no sería estadísticamente significativa para la dimensión Ansiedad-Rasgo. Al analizar las puntuaciones obtenidas en las dimensiones Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo según sexo, Estos resultados concuerdan con lo reportado por autores como Naidu et al Barbería et al^{24,25} en cuyos estudios se expone que existen diferencias según sexo. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede decir que los estudiantes del sexo femenino del octavo semestre de psicología evidencian mayores niveles de ansiedad media y alta, la cual podría ir en aumento según su avance curricular lo que sería interesante objeto de estudio en futuras investigaciones. Esto concuerda con lo descrito por Barbería et al.²⁵, así como con las investigaciones realizadas por Rajab, Naidu et al^{24,26}.

Es interesante observar que los resultados de este estudio coincide también con los investigadores Al-Omari, Sanders y Lushington, Henning et al^{27,28}, quienes concluyen que los años clínicos son más estresantes que los años preclínicos, siendo así más alto los niveles de ansiedad en los estudiantes de cursos superiores^{27,29}. También en este estudio la tendencia de padecer mayores niveles de ansiedad tanto rasgo como estado se evidencio en los estudiantes con estado nutricional normal, mientras que en los obesos la tendencia es menor. Sin embargo no se observó diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de ansiedad como rasgo – estado e IMC.

No se puede desconocer que la ansiedad está presente en los estudiantes universitarios, siendo unánime esta afirmación por los investigadores antes mencionados. Por tanto, se hace imperativo que el sistema educativo planifique estrategias educacionales para controlar los niveles indeseados de ansiedad. La ansiedad estado y rasgo, aparece como un fenómeno frecuente en muchos estudiantes estos niveles son altos y con tendencia al aumento. En este estudio no existe relación de los niveles

de ansiedad, rasgo y estado con edad pero si existe un grado de correlación con el sexo. El sistema universitario debería planificar estrategias psico-educacionales para controlar la ansiedad, considerando el riesgo en la salud física y emocional.

Los estudios prospectivos han identificado a la insatisfacción corporal entre otros factores que aumentan el riesgo de aparición de TCA incluyendo la presión sociocultural percibida para alcanzar la delgadez, la internalización del ideal estético de belleza, favorecidas por los medios de comunicación y la publicidad³⁰, la influencia de los padres, los patrones específicos del género^{31,32}, el factor étnico³³, la restricción dietética, y el afecto negativo. La evidencia también sugiere que la insatisfacción corporal y la restricción dietética pueden constituir fases prodrómicas en la evolución de los TCA³⁴.

En este estudio no hubo diferencia significativa entre grupos etarios y clasificación de IMC con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria, por lo que no influyó en la puntuación del BSQ, en concordancia con Lavoisy et al³⁵.

En cuanto a la edad, las comparaciones realizadas mostraron que los estudiantes entre 15 y 25 años presentaron mayor insatisfacción frente a los mayores de 26, sin embargo no fue estadísticamente significativo lo que coincide con una revisión similar que no demostró asociación entre estas variables³⁶. Al analizar otras investigaciones^{37,38}, los rangos de edad son más amplios, incluso a través de diversas etapas de la vida. No obstante, un estudio comparó la insatisfacción corporal a través de la edad e identificó mayor grado de insatisfacción entre los más jóvenes, de 19 a 23 años; así como en mujeres de edad avanzada^{39,40}. Por otro lado una revisión apunta hacia un grupo especialmente vulnerable con un alto grado de insatisfacción corporal, de mujeres entre 35 a 44 años^{41,42}. En contraste, otros refieren que la insatisfacción corporal se mantiene estable durante toda la vida adulta de las mujeres o al menos hasta que son bastante mayores^{43,44}.

La puntuación obtenida en el factor dieta para el cuestionario EAT 26 podría estar asociada a futuras actitudes y conductas de riesgo de un desorden alimentario para ambos sexos, este factor se relaciona con la evitación de alimentos que engordan y la preocupación por estar delgado(a)⁴⁵. También se observó mayor puntuación en el grupo etario > de 26 años en comparación con los de 15 a 25 años (tabla VI). Sin embargo no se observaron diferencias significativas en los valores sumatorios de EAT 26 de acuerdo a sexo y grupos etarios.

Los resultados de otros estudios⁴² aportan evidencia de una mayor prevalencia de riesgo de TCA en las mujeres, incluyendo el grupo etario de la adolescencia, también sugieren que la preocupación por el control del peso y la imagen corporal lleva a los individuos a desarrollar mayor TCA, afectando en particular en las dimensiones: bienestar psicológico, bullying, entorno escolar, estudiantes universitarios no escolar, estado emocional y ánimo, autopercepción, autonomía y recursos económicos.

Possibles explicaciones se plantean desde la construcción de los roles de género que inciden en la percepción de la imagen corporal en donde a las mujeres se les invita y se les recuerda constantemente “el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez”, y que el comer poco es más femenino⁴³. Cabe destacar que actualmente los adolescentes comienzan a preocuparse a más temprana edad por su imagen corporal, debido a que está asociada a una mayor popularidad y éxito, rechazando la gordura⁴⁴.

Según Lewinsohn y colaboradores en los últimos 20 años el estudio de los TCA o su sintomatología en varones ha recibido mayor atención^{45,46} y estudios recientes han mostrado que los hombres también son afectados por las expectativas socioculturales acerca de la forma corporal e intentan cambiar su cuerpo⁴⁷. En general, los hombres se encuentran en mayor riesgo de presentar problemas relacionados con la persecución de la musculatura⁴⁸. Sin embargo, la mayoría de la investigación sobre TCA o su sintomatología se ha enfocado en el género femenino⁴⁹. Sin embargo en esta investigación no se evidencio conductas de riesgo relacionada con trastornos de la conducta alimentaria en ninguno de los géneros. En América Latina la investigación en el campo de los TCA es incipiente, a pesar de que se ha documentado la presencia de casos de Anorexia (AN) o Bulimia (BN) específicamente en Argentina⁴⁹, Brasil⁵⁰, Colombia⁵¹, Chile⁵² y México⁵³. En el caso particular de México se han realizado algunos estudios transculturales con Estados Unidos comparando muestras clínicas⁵⁴ y principalmente con España comparando muestras comunitarias.

Los resultados de los estudios transculturales México-España han mostrado que aun cuando entre las mujeres españolas se identifican mayores porcentajes de sintomatología de TCA^{55,56} las mujeres mexicanas presentan características de riesgo en mayor medida, por ejemplo, se sienten más insatisfechas con la forma de su cuerpo, se preocupan más por su peso y quieren estar más delgadas en comparación con las mujeres españolas⁵⁶. Asimismo, se ha encontrado que las mujeres mexicanas presentan mayores Índices de Masa Corporal^{55,56}. Los estudios que han incluido muestras de mujeres y hombres han mostrado que las mujeres, españolas y mexicanas, desean pesar menos y practican dietas con mayor frecuencia que los hombres^{57,58}.

El presente estudio demostró que el 55.6% de los estudiantes presentaron un estado nutricional normal, mientras que la frecuencia y los niveles de ansiedad fueron mayores en las mujeres en comparación con los hombres sin presencia de conductas de riesgo de trastornos alimentarios por lo que sería motivo de futuras investigaciones con una muestra probabilista mayor. El sistema Universitario debería planificar estrategias educacionales para controlar Los niveles de ansiedad, considerando el riesgo en la salud física y emocional de la población estudiantil.

REFERENCIAS

1. Ochoa, E. Psicología médica, Sicopatología y Psiquiatría. Madrid, Interamericana-McGraw-Hill, 1990.
2. Kay, R. (1981). Some psychological dynamics of obesity in childhood: The relationships among anxious attachment, impaired self-identity, and body image. Doctoral dissertation. Los Angeles, CA: California School of Professional Psychology.
3. Martínez Uso, Civera Andrés M. Protocolo diagnóstico de la malnutrición. Medicine 2002; 8: 4717-9.
4. Sepúlveda AR, León JA, Botella J. Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. Clínica y Salud 2004; 15 (1): 55-74.
5. Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney D, Gibney M, Martínez-Hernández JA. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública México 1999; 41: 479-486.
6. Cruz S, Maganto C. Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. Revista de Psicología General y Aplicada 2002; 55 (3): 455-473.
7. Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 19, 217-37.
8. Bemporad, J. R. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. Theoretical Medicine, 18, 401-420.
9. Lacey, J. H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. British Medical Journal, 285, 1816-1817.
10. Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel.
11. Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa, I., Yenes, F. & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. Psicothema, 13, 4, 533-538
12. Merino, H., Pombo, M. G. & Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. Psicothema, 13, 4, 539-545.
13. McCabe, M. & Ricciardelli, L. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of past literature. Journal of Psychosomatic Research, 56, 675-685.
14. Bruch, H. (1973). Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books.
15. Altabe, M. N. (1996). Issues in the assessment and treatment of body image disturbance in culturally diverse populations. En J. K. Thompson (Ed.). Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment (pp. 129-47). Washington, DC: American Psychological Association.
16. Thompson, J. K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity: An emerging synthesis. En J. K. Thompson (Ed.), Body Image, Eating Disorders, and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment (pp. 1-20). Washington, D.C.: American Psychological Association
17. Aguirre, M. L. C., López, C. C., Béhar, R.A., Cordella, P. M. & Urutia, L. F. (2006). Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile. En, J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitré (Eds). Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica (pp. 57-87). México: Manual Moderno.
18. Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L.I., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G. et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: A two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. International Journal of Eating Disorders, 34, 281-291.
19. Spielberger, C.D., Gorusch, R.L. & Lushene, R.R. (1968). State Trait Anxiety Inventory. Preliminary test manual form X. Florida State Univ: Tallahassee.
20. Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C.D. (1975). Idare: Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. (Manual e Instructivo). México D.F: El Manual Moderno.
21. Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating Disorders, 6(4), 485-495.
22. Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M. C., Zapater, L. et al. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two spanish-speaking countries: Spain and México. European Eating Disorders Review, 9, 1, 53-63.
23. Corada L, Montedónico A, Wenk Estudio del aporte de un instrumento - test de actitudes alimentarias EAT-26, en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. (Tesis para optar al título de psicólogo, Universidad de Chile. 205.
24. Naidu, R. S.; Adams, J. S.; Simeon, D. & Persad, S. Sources of stress and psychological disturbance among dental students in the West Indies. J. Dent. Educ., 66(9):102130, 2002.
25. Barbería, E.; Fernández-Frías, C.; Suárez-Clúa, C. & Saavedra, D. Analysis of anxiety variables in dental.
26. Rajab, L. D. Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan. J. Dent. Educ., 65(3):232-41, 2001. [Links students. Int. Dent. J., 54(6):445-9, 2004.
27. Al-Omari, W. M. Perceived sources of stress within a dental educational environment. J. Contemp. Dent. Pract 6(4):64-74, 2005.
28. Sanders, A. E. & Lushington, K. Sources of stress for Australian dental students. J. Dent. Educ., 63(9):688-97, 1999.
29. Murphy, R. J.; Gray, S. A.; Sterling, G.; Reeves, K. & DuCette, J. A comparative study
30. Rodgers R, Chabrol H. The impact of exposure to images of ideally thin models on body dissatisfaction in young French and Italian women Encephale 2009; 35 (3): 262-8.
31. Rodgers R, Paxton S, Chabrol H. Effects of parental comments on body dissatisfaction and eating disturbance in young adults: A socio-cultural model. Body Image 2009; 6 (3): 171-7
32. Behar R. Gender-related aspects of eating disorders: A psychosocial view. In: Swain P, editor. New trends in eating disorders research. New York: Nova Science Publishers, 2006. p. 37-63.
33. Jaeger B, Ruggiero G, Edlund E, Gómez-Peretta C, Lange F, Mommadkhan P. Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. Psychother Psychosom 2002; 71: 54-61. 42.
34. Stice E, Shaw H. Risk factors and prodromal eating pathology. J Child Psychol Psychiatry 2010; 51 (4): 518-25.
35. Lavoisy G, Guelfi J, Vera L, Dardennes R, Rouillon F. Evaluation of perturbed body image in eating disorders using the Body Shape Questionnaire. Encephale. 2008; 34 (6): 570-6.
36. Flores M. Validez y confiabilidad del Body Shape Questionnaire en adolescentes universitarias de Lima Metropolitana. Tesis de bachiller

- ler. Biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
37. Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*. 2004; 1: 29–41.
38. Runfola C, Holle A, Trace S, Brownley K, Hofmeier S, Gagne D et al. Body Dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and gender and Body Image (GABI) Studies. *Eur Eat Disord Rev*. 2012; 21: 52–59
39. Waaler N. Body image and physical activity: A survey among Norwegian men and women. *Int J Sports Psychol*. 1998; 29: 339–365.
40. Camacho J, Fernández E. Imagen corporal y práctica de actividad física en las chicas adolescentes: incidencia de la modalidad deportiva. *Int J Sport Sci*. 2006; 2: 1–19.
41. Tiggemann M, Lynch J. Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Dev Psychol*. 2001; 37: 243–253.
42. Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr*. 2002; 29:86-91.
43. López P, Molina Z, Rojas L. Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos Nutr*. 2008; 21: 85–90.
44. Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C. & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 426-440.
45. Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Miller et al., 2000
46. Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos de la Conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12, 3, 415-427.
47. Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11-22.
48. Mancilla-Díaz, J. M, Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, R. G., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X. et al. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario.
49. Zuckerfeld, R., Fuchs, A., & Cormillot, A. (1988). Characterization and detection of bulimia in the city of Buenos Aires. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 34, 298-302.
50. Negrao, A. B., & Cordas, T. A. (1996). Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Research*, 62, 17-21.
51. Ángel, L. A. & Vázquez, R. (1997). Encuesta de Comportamiento Alimentario (ECA), Grupo SILENE. Colombia: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
52. Aguirre, M. L. C., López, C. C., Béhar, R.A., Cordella, P. M. & Urutia, L. F. (2006). Estado actual de los trastornos del comportamiento alimentario en Chile. En, J. M. Mancilla y G. Gómez-Peresmitré (Eds.). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 57-87). México: Manual Moderno.
53. Mancilla-Díaz, J.M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., López-Aguilar, X., Álvarez-Rayón, G.L. & Tellez-Ciron, M.T. (2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15, 6, 463-470.
54. Caballero, A. R., Sunday, S. R. & Halmi, K.A. (2003). A comparison of cognitive and behavioral symptoms between Mexican and American eating disorders patients. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 1, 136-141. Carlos, A. S. (1972). Psychiatry in Latin America. *British Journal of Psychiatry*, 121, 121-36.
55. Toro, J. (2006). Medios de comunicación y trastornos del comportamiento alimentario. En J.M. Mancilla-Díaz & G. Gómez-Peresmitré (Eds.), *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 203-228). México: Manual Moderno.
56. Gómez-Peresmitré, G. & Acosta, V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: Una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud*, 11, 2, 35-58.
57. Raich, R. M., Mora, M., Sánchez-Carracedo, D., Torras, J., Viladrich, M. C., Zapater, L. et al. (2001). A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two spanish-speaking countries: Spain and México. *European Eating Disorders Review*, 9, 1, 53-63.
58. Acosta, V., Llopis, J. M., Gómez-Peresmitré, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 3, 223-232.